ALZHEIMER

SCPD | Aide-mémoire à l'intervention

MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

OCTOBRE 2020

Québec

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

AUTEURES

Claire Bonin, M.Sc., conseillère en soins infirmiers,
Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes

RÉVISION

Dr Jean-Robert Maltais, gérontopsychiatre

CONCEPTION GRAPHIQUE

Service des communications | Direction des ressources humaines,
des communications et des affaires juridiques

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document ou des aide-mémoire sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée. Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.

LIBELLÉ DE LA SOURCE À MENTIONNER EN CAS DE BESOIN :
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 2020.

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - Octobre 2020

Introduction

Il est maintenant reconnu que la majorité des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie apparentée présenteront, durant l'évolution de leur maladie, un épisode comportemental ou un symptôme psychologique problématique. Appelées « symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) », ces manifestations se présentent sous diverses formes, allant de l'irritabilité aux hallucinations. Elles sont en grande partie associées au déclin cognitif. Les SCPD occasionnent un grand inconfort chez la personne atteinte et constituent une source d'incompréhension et de détresse pour les proches et les intervenants qui l'accompagnent. Or, le recours aux approches non pharmacologiques, pharmacologiques et environnementales adaptées permet de prévenir ou d'atténuer l'apparition de ces symptômes.

Dans le cadre de l'*Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs*, l'équipe du volet SCPD du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a voulu améliorer et faciliter la prise en charge des SCPD, notamment en créant **19 aide-mémoire**, répartis en **5 thématiques** et en regroupant l'essentiel de l'information requise. Fortement inspiré des guides de pratique sur l'approche pharmacologique[1] et non pharmacologique[2], chaque aide-mémoire présente l'information sous forme de résumés, d'exemples cliniques ou d'images illustrant la thématique.

---

[1] **Approche pharmacologique visant le traitement des SCPD**, MSSS, Publication n° 14-829-07W, ISBN (pdf) n° 978-2-550-71828-4, mise à jour : 10 décembre 2014, www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document

[2] **Approche non pharmacologique visant le traitement des SCPD**, MSSS, Publication n° 14-829-06W, ISBN (pdf) no 978-2-550-71827-, mise en ligne : 11 décembre 2014, www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/msss/

Les 5 thématiques

APPROCHES À PRIVILÉGIER AUPRÈS DES PERSONNES AYANT DES ATTEINTES COGNITIVES

1. Approches de base | Personnes ayant des atteintes cognitives
2. Évolution des symptômes associés à une atteinte cognitive
3. Répondre aux besoins de base
4. Environnement adapté
5. Suggestions d'activités
6. COVID-19 | Interventions liées au confinement

GUIDE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE (SCPD)

1. Processus d'évaluation des SCPD
2. Intervention pharmacologique en présence de SCPD | Guide de base
3. Utilisation des PRN en présence de SCPD et note au dossier lors de l'utilisation d'un PRN
4. Évaluation de l'hypotension orthostatique (HTO)

LA RÉSISTANCE AUX SOINS D'HYGIÈNE

1. Principales causes de résistance à l'hygiène
2. Historique des soins d'hygiène
3. Grille d'observation lors des soins d'hygiène
4. Approches spécifiques aux soins d'hygiène
5. Séquence des soins en fonction des parties du corps
6. Bain à la serviette

INTERVENIR LORS D'UNE RÉACTION DE CATASTROPHE

1. Les éléments déclencheurs
2. Les signes d'escalade et les interventions
3. Après la réaction de catastrophe : les interventions

PERSONNES AYANT DES COMPORTEMENTS ASSOCIÉS À UNE ATTEINTE DU LOBE FRONTAL | APPROCHES PRÉVENTIVES

1. Comportements associés à une atteinte du lobe frontal
2. Approches préventives suggérées

Pour chacune des thématiques, une formation variant de 1 h 30 à 3 heures a été développée et s'adresse aux intervenants de la première ligne. Le contenu tient compte le plus possible de la réalité clinique et intègre les différents **aide-mémoire** associés aux thématiques. Ces **aide-mémoire** soutiennent et aident les proches et les intervenants qui accompagnent, au quotidien, la personne atteinte. Ils peuvent être utilisés :

- pour accompagner la formation ou guider la pratique clinique dans des situations générales ou ciblées;
- pour expliquer une problématique spécifique ou afin d'améliorer l'intervention au quotidien.

Nous remercions toutes les personnes qui ont collaboré de près ou de loin à la création et à la production de ces outils cliniques, notamment Madame Johanne Bédard, agente administrative, et l'équipe du Service des communications de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques du CIUSSS de l'Estrie — CHUS.

L'équipe du volet SCPD de l'Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs est composée de :

LES INFIRMIÈRES-RESSOURCES SCPD

Caroline St-Laurent, infirmière clinicienne
Valérie Fortier, infirmière clinicienne

LES INTERVENANTS EN GÉRONTOPSYCHIATRIE

Claire Bonin, M. Sc., conseillère en soins infirmiers
Dr Jean-Robert Maltais, gérontopsychiatre
Dr Jean-François Trudel, psychiatre

CHARGÉES DE PROJET

Anne-Marie Simard, M. Sc., infirmière clinicienne
Christine Giguère, M.Sc.

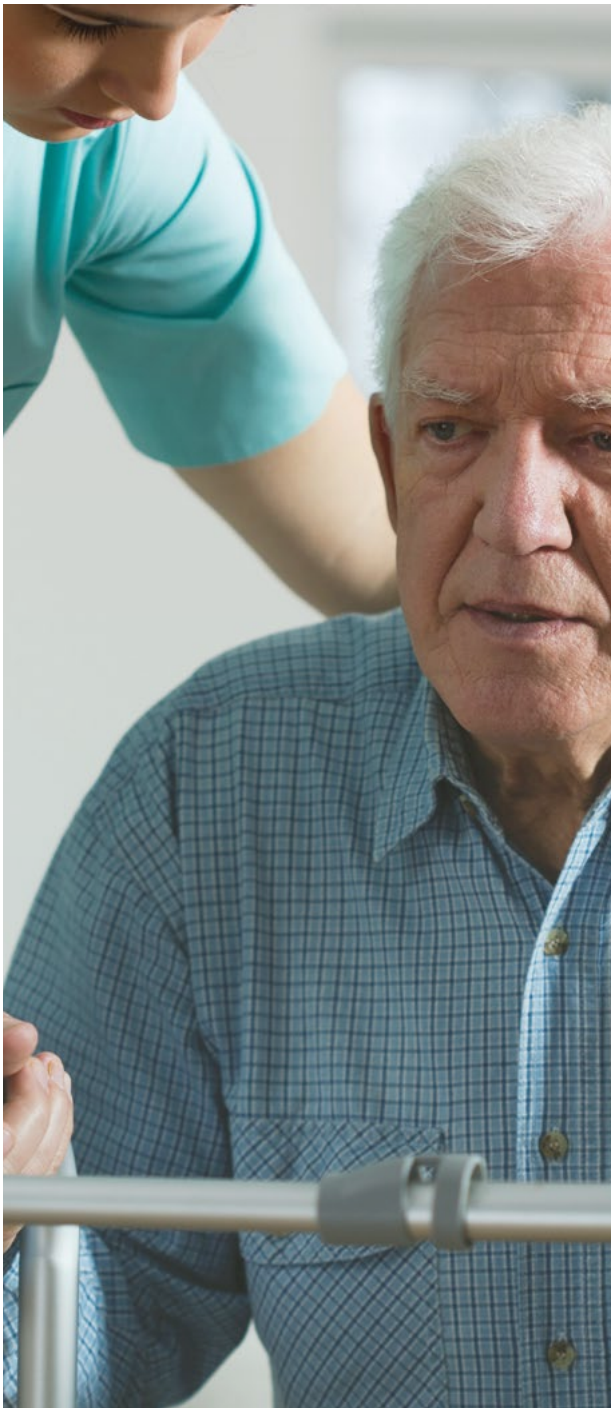
APPROCHES À PRIVILÉGIER AUPRÈS DES PERSONNES AYANT DES ATTEINTES COGNITIVES

1. Approche de base | Personnes ayant des atteintes cognitives
2. Évolution des symptômes associés à une atteinte cognitive
3. Répondre aux besoins de base
4. Environnement adapté
5. Suggestions d'activités
6. COVID-19 | Interventions liées au confinement

Approches de base | Personnes ayant des atteintes cognitives

Attitudes au quotidien

1. Établissez et maintenez le contact avec la personne par le regard, la voix ou le toucher.
2. Abordez la personne avec un visage souriant et détendu.
3. Respectez l'espace vital de la personne en l'approchant.
4. Déplacez-vous lentement, évitez les gestes brusques et vifs.
5. Commencez la conversation en appelant la personne par son nom et en vous présentant.
6. Prenez un ton de voix doux et rassurant.
7. Parlez lentement et articulez clairement.
8. Utilisez des phrases positives, simples, courtes et concrètes.
9. Ayez recours aux gestes et à la démonstration pour vous faire comprendre.
10. Donnez une consigne à la fois et attendez la réponse ou la réaction.
11. Privilégiez les questions simples qui demandent une réponse brève (oui ou non).
12. Abstenez-vous d'utiliser des propos infantilisants.
13. Évitez les exigences trop élevées qui entrainent l'anxiété, la frustration et le sentiment d'échec.
14. Abstenez-vous de confronter ou d'argumenter la personne.



Pour une approche optimale...

1. La connaissance de l'histoire de vie de la personne est essentielle.
2. Le rythme de la personne doit être respecté (ex. : la laisser dormir le matin et lui laisser faire ce dont elle est capable).
3. Un environnement calme apaise. Évitez d'ouvrir le téléviseur lors des repas. Privilégiez l'alternance d'activités et de repos.
4. Les routines sécurisantes, tel le rituel du coucher, doivent être encouragées.
5. Les activités occupationnelles, répétitives et en lien avec le passé, créent de l'intérêt chez ces personnes. Regarder l'album photos ou des catalogues, écouter des chansons d'antan, faire le pliage de serviettes ou de vêtements d'enfants sont des exemples d'activités à effectuer avec elles.
6. L'exercice physique à l'extérieur, comme la marche, favorise la détente.
7. L'ajout de collations substantielles et protéinées permet d'assurer les apports nutritifs requis et favorise un sentiment de bien-être.

Autres approches

LA DIVERSION consiste à détourner l'attention de la personne qui présente des idées envahissantes et anxiogènes en lui proposant une activité significative et répétitive ou en lui parlant des événements heureux liés à son passé.

Exemple
Parler à la personne de son travail sur la ferme, chanter ou marcher avec elle ou encore lui permettre de laver son visage pendant le soin d'hygiène).

LA VALIDATION consiste à reconnaître les émotions et le vécu de la personne et à lui permettre de les exprimer plutôt que de chercher à l'orienter, à tout prix, dans la réalité actuelle.

Exemple
Devant une personne voulant quitter pour retrouver sa mère décédée depuis plusieurs années, l'écouter, l'encourager à en parler et observer si cette intervention la rassure.

Ces interventions sont recommandées auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs modérés à sévères. Il est important d'observer la réponse de la personne lorsqu'on les met en application.

RÉFÉRENCES
Guide pour les proches aidants et les intervenants : problèmes rencontrés dans la maladie d'Alzheimer, Service de gérontopsychiatrie, CSSS-IUGS, Sherbrooke, 2012.
Voyer, P., Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e éd., Éditions du renouveau pédagogique inc., Saint-Laurent, Québec, 2013, p. 473, tableau 27.13.

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée. Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2016

Évolution des symptômes associés à une atteinte cognitive

Selon le type et l'évolution de la démence, les symptômes peuvent être présents ou non et varier en intensité. Les comportements décrits ci-dessous pourraient donc se manifester chez la personne.

Diminution de son attention

- Elle a plus de difficulté à se concentrer et à terminer une tâche.
- Elle est plus distraite par les stimuli extérieurs.
- Elle se fatigue plus facilement.

Prévoyez un environnement calme, attirez son attention avant de lui parler et proposez-lui des périodes de repos.

Altération de sa mémoire

- Elle a de plus en plus d'oublis, perd ses objets personnels, ne se rappelle pas les dernières visites de ses proches.
- Elle se rappelle davantage les événements du passé que les événements récents.

Faites davantage référence aux événements de son passé et évitez de la confronter à ses pertes de mémoire.

Diminution de son orientation

TEMPS

Elle a plus de difficulté à se souvenir de la date, puis de la saison et du moment de la journée.

ESPACE

Elle est désorientée dans les lieux moins familiers, puis a de la difficulté à s'orienter dans un environnement connu comme la résidence ou sa chambre.

PERSONNE

Elle ne reconnaît pas les personnes moins familières. Par la suite, elle aura de la difficulté à reconnaître les gens de son entourage et les membres de sa famille.

Utilisez davantage de moyens qui aident à l'orienter, comme un calendrier ou une photo à la porte de sa chambre. Privilégiez aussi la stabilité du personnel.

Diminution de son langage

EXPRESSION ORALE ET ÉCRITE

Elle a de plus en plus de difficulté à s'exprimer. Elle utilise des phrases courtes, puis incomplètes. Elle peut aussi employer des mots isolés ou inventés, jusqu'à s'enfermer dans un mutisme complet.

Laissez-lui le temps de s'exprimer et proposez-lui des choix de réponses.

COMPRÉHENSION ORALE ET ÉCRITE

Elle comprend de moins en moins les explications complexes, puis les consignes multiples.

Donnez-lui une consigne simple et courte. Accompagnez cette consigne d'un geste explicatif.

Des troubles gnosiques

(impossibilité de reconnaître des objets, des formes ou des visages autrefois familiers)

La personne ne reconnaît plus certains objets usuels comme les ustensiles, un peigne. Elle confond la commande du téléviseur avec le téléphone ou même elle interprète la brillance du plancher comme une flaque d'eau.

Présentez-lui le bon objet et diminuez les stimuli de l'environnement pouvant être mal interprétés.

Des troubles praxiques

(difficulté ou incapacité à exécuter des tâches simples, sans atteinte motrice)

La personne utilise difficilement les ustensiles pour finalement manger avec ses mains. Elle a de la difficulté à enfiler et à boutonner sa chemise.

Incitez-la à amorcer le geste. Si cette action ne fonctionne pas, aidez-la davantage.

Diminution de son jugement

Sa prise de décision est laborieuse, puis impossible.

Elle est de moins en moins en mesure d'amorcer une tâche, de planifier, de s'organiser et de prendre des décisions appropriées à la situation.

Aidez la personne si elle a des limites, tout en lui laissant faire ce dont elle est capable.

RÉFÉRENCES

Guide pour les proches aidants et les intervenants : problèmes rencontrés dans la maladie d'Alzheimer, Service de gérontopsychiatrie, CSSS-IUGS, Sherbrooke, 2012.

Bonin, C., et Létourneau, C., Les fonctions cognitives : mieux les connaître pour mieux les évaluer, RUIS, 2014.

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée. Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2016

Répondre aux besoins de base

Avec l'évolution des atteintes cognitives, la personne pourra avoir de la difficulté à combler ses besoins de base, de même qu'à les communiquer. L'inconfort ressenti par ses besoins insatisfaits pourra alors contribuer à l'apparition de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Par exemple, son envie d'uriner, combinée à sa désorientation dans l'espace, pourra augmenter son comportement d'errance et l'amener à uriner dans des endroits inappropriés. Il faudra donc s'assurer de combler l'ensemble de ses besoins pour lui assurer un meilleur confort et ainsi prévenir plusieurs SCPD.

Interventions de base

Connaitre la personne et ses capacités cognitives vous permettra de bien identifier ses besoins. Il vous sera alors plus facile de les compenser en les inscrivant dans une routine quotidienne rassurante. La stabilité du personnel, le soutien de la famille et une saine communication contribueront au succès des interventions.

Boire et manger

- Créer un climat agréable pendant les repas :
  - Initier un échange positif.
  - Prendre les repas dans un endroit calme et bien éclairé (fermer la télévision et la radio).
- Apporter à la personne le soutien nécessaire en tenant compte de ses capacités.
  - Servir un plat à la fois et un seul ustensile.
  - Au besoin, favoriser des aliments qui se mangent avec les mains.
  - Manger en sa compagnie afin qu'elle puisse vous imiter.
  - Lui laisser le temps nécessaire pour s'alimenter.
- Offrir à la personne des aliments qu'elle apprécie.
- Inclure une source de protéine à tous les repas (viande, œufs, yogourt, lait, fromage, noix, etc.).
- Offrir des collations protéinées entre les repas et en soirée.

LE SAVIEZ-VOUS?

- La sensation de soif diminue en vieillissant.
- Jusqu'à 96 % des ainés en CHSLD ne boivent pas suffisamment d'eau.[5]
- Une perte de poids de ≥ 10 % en 6 mois suggère la présence d'une malnutrition ou d'un risque nutritionnel élevé.[4]
- Jusqu'à 40 % des résidents en centre d'hébergement présentent une malnutrition.[4]

- Encourager la personne à boire suffisamment (≥ 6 tasses par jour à moins d'indication contraire) en lui offrant des breuvages variés et colorés à plusieurs moments de la journée.
  - Pendant les repas et aux collations.
  - Entre les repas.
  - Offrir les médicaments avec un grand verre d'eau.
- Toute perte de poids non désirée doit être investiguée (voir brochure 3)

Être confortable et sans douleur

LE SAVIEZ-VOUS?

- La douleur est souvent sous-questionnée, sous-investiguée et sous-traitée chez la personne âgée.[6]
- Jusqu'à 80 % des résidents en CHSLD ont une forme de douleur.[6]
- La douleur est une des premières causes de SCPD.[5]

- Assurer le confort de la personne.
  - Offrir des vêtements confortables et adaptés à la saison.
  - Ajuster les dentiers, les lunettes, les souliers, etc.
  - Assurer le confort du fauteuil et du matelas.
- Évaluer fréquemment sa douleur et la traiter en collaboration avec l'équipe soignante.
  - Les personnes ayant des diagnostics douloureux (arthrose, ostéoporose, etc.) devraient recevoir une analgésie conséquente.
  - Une échelle de douleur peut être utilisée au besoin (voir document 1)
  - Privilégier l'administration des analgésiques à intervalles réguliers plutôt que ponctuels (PRN).
  - Utiliser des mesures non pharmacologiques en combinaison avec les analgésiques pour optimiser le soulagement (positionnement, chaleur, massage, etc.).

Être actif et se sentir utile

- Encourager et stimuler l'autonomie de la personne.
- Offrir des souliers sécuritaires (fermés, talons plats, semelles antidérapantes).
- Initier des séances d'exercices physiques adaptés (voir brochure 3).
- Accompagner la personne pour des marches extérieures.
- Initier régulièrement des activités occupationnelles selon ses intérêts (voir aide-mémoire 2)

LE SAVIEZ-VOUS?

- Une personne âgée peut perdre de 1 à 5 % de sa masse musculaire chaque jour si elle n'est pas active physiquement.[6]
- La sous-stimulation liée à l'ennui et l'isolement peut contribuer à l'apparition de SCPD.[5]

Uriner et aller à la selle

LE SAVIEZ-VOUS?

- L'incontinence urinaire n'est pas liée au vieillissement normal.[7]
- Les infections urinaires et la constipation sévère sont des causes de délirium chez la personne âgée.[9]

- Aider la personne à s'orienter.
  - Ajouter la photo d'une toilette sur la porte.
  - Laisser une veilleuse allumée dans la salle de toilette et maintenir la porte entre-ouverte.
- Fournir des vêtements faciles à enlever (pantalons à tailles élastiques).
- Prévenir les fuites urinaires.
  - Limiter la prise d'irritants pour la vessie (alcool, caféine, édulcorant).
  - Augmenter l'hydratation de jour et limiter les liquides après le souper.
  - Établir un horaire mictionnel (avant les repas et au coucher).
- Prévenir la constipation en privilégiant des aliments riches en fibres et en favorisant l'hydratation dans la journée.
- Surveiller la régularité des selles (fermer la valve de la toilette).

Voir et entendre

LE SAVIEZ-VOUS?

- Une perte visuelle ou auditive peut mener à l'isolement et augmenter le risque de déclin cognitif.[10-11]

- S'assurer que la personne porte ses lunettes et qu'elles soient propres.
- S'assurer qu'elle porte ses appareils auditifs, qu'ils sont bien en marche et changer les batteries régulièrement.
- Vérifier la présence de bouchons de cérumen.
- Prévoir des examens de la vue et de l'audition annuellement.
- Utiliser un amplificateur de son au besoin.

Dormir et se reposer

- Alterner les périodes d'activités et de repos.
- Encourager les bonnes habitudes de sommeil.
  - Initier des activités occupationnelles pendant la journée.
  - Favoriser l'exposition à la lumière du soleil.
  - Éviter les siestes dans la mesure du possible bien qu'elles deviendront nécessaires avec l'évolution de ses atteintes cognitives.
  - Lorsque nécessaire, une sieste ne devrait pas durer plus de 30 minutes et ne devrait pas se faire après 15 h.
  - Éviter les repas copieux et la caféine en soirée.
  - Éviter l'exposition aux écrans 1 h avant le coucher.
  - Assurer le confort (pièce fraîche et sombre, tête de lit surélevée, etc.)
  - Traiter les problèmes de santé qui pourraient nuire au sommeil (douleur, insuffisance cardiaque, MPOC, apnée du sommeil, dépression, etc.)

LE SAVIEZ-VOUS?

- Jusqu'à 50 % des personnes âgées de plus de 65 ans ont des symptômes d'insomnie.[6]
- En général, une personne âgée aura besoin de 6 à 8 heures de sommeil, comprenant les siestes.[12]

- Instaurer une routine du coucher.
  - Tamiser les lumières, diminuer les stimuli, fermer les stores.
  - Offrir une collation protéinée accompagnée d'un verre de lait chaud.
  - Amener la personne à la toilette.
  - Bonifier l'installation au lit d'un toucher thérapeutique (massage).
- Respecter son rythme.
  - Éviter de la réveiller la nuit (rehausser l'absorption de sa culotte d'incontinence).
  - La laisser dormir le matin (éviter de la réveiller pour le déjeuner ou pour ses soins).
  - Lors d'éveils nocturnes.
  - Reprendre la routine du coucher (l'accompagner à la toilette, lui offrir une collation protéinée, etc.).
  - Accepter qu'elle demeure dans les salles communes si elle refuse de retourner au lit et réessayer plus tard.

En comblant les besoins de base de la personne, vous contribuez à son bien-être et prévenez plusieurs SCPD. Merci!

RÉFÉRENCES

1. Grille d'évaluation PACSLAC
2. Aide-mémoire « Suggestions d'activités pour personnes ayant des atteintes cognitives »
3. Trucs et conseils pour les aînés. Manger sainement, bouger et maintenir une routine durant la pandémie de COVID-19. CIUSSSE-CHUS, Avril 2020.
4. Prise de position de la SGQ : Diagnostic, investigation, prise en charge et dépistage de la malnutrition chez la personne âgée, 2017.
5. Voyer,P., Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e éd., Édition du renouveau pédagogique inc., Saint-Laurent, Québec, 2013.
6. COVID-19. Particularités gériatriques. Guide de soins et revue de la littérature. CHUM, 2020.
7. L'incontinence urinaire chez la personne âgée. Exercices et traitements. CHUM, 2019.
8. Prise de position de la société Québécoise de gériatrie sur L'évaluation et la prise en charge de l'insomnie chez la personne âgée, 2019.
9. Délirium. CHUM https://www.chumontreal.qc.ca/patients/geriatrie/delirium.
10. Waridel,S., Y a-t-il un lien entre la perte auditive et l'Alzheimer?, Polyclinique de l'oreille, 2014.
11. La baisse de vision et d'audition sont liées à la perte cognitive. Profonia, 2017.
12. Insomnie. Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu Hospitalier – Fiches cliniques. IUGM – CSSS-IUGS, 2012.
13. Rester actif à l'hôpital. Pour récupérer, il faut bouger!. Projet d'information et d'éducation à la santé. CHUM, 2017.

Rédaction : Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes ressources SCPD. Document révisé par l'équipe de gérontopsychiatrie de Sherbrooke.
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée. Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2020

Environnement adapté

Un environnement adapté à la personne ayant des atteintes cognitives favorisera son intégration dans son milieu de vie et lui permettra de vivre dans la dignité. Voici des pistes de solution qui sont complémentaires à l'approche de base. Elles nécessitent cependant un personnel régulier et la contribution de la famille.

Diminuer ou augmenter les stimuli de l'environnement

- Utiliser de petites salles permettant une période de repos ou des activités significatives.
- Diminuer l'éclairage et les bruits ambiants, surtout lors d'activités stimulantes (hygiène, repas, loisirs) et en fin de journée.
- Fermer le téléviseur lors des repas.

Reproduire le milieu de vie

- Privilégier les petites unités dont l'aménagement est semblable à celui de la maison.
- Prévoir des endroits bien éclairés et dégagés de même que des aires de circulation à l'intérieur et à l'extérieur (ex. : jardins aménagés).
- Éviter de cirer les planchers afin de réduire les reflets.
- Installer des repères spatiaux et temporels, comme :
  - Afficher des photos qui illustrent des lieux (ex. : une toilette).
  - Allumer une veilleuse dans la salle de bain et laisser la porte ouverte pour aider la personne à mieux s'orienter.
  - Ajouter des éléments de décor, selon le moment de l'année (ex. : un bouquet de lilas au printemps).
  - Cuisiner sur l'unité afin de reproduire les odeurs du domicile.

Personnaliser sa chambre

- Mettre des indices d'orientation :
  - Installer à la porte de sa chambre un objet personnalisé ou une photo que la personne reconnaît. Une photo ancienne s'avère parfois plus significative pour la personne ayant des troubles importants de la mémoire.
  - Accrocher un calendrier à la vue, indiquant la date et le jour.
  - Déposer des journaux afin qu'ils soient accessibles et visibles.

- Décorer la chambre avec des objets personnels significatifs (ex. : son couvre-lit, sa chaise, un album avec des photos qu'elle reconnaît, etc.)

Faciliter les repas

- Diminuer le nombre d'objets sur la table.
- Utiliser une nappe unie avec une vaisselle aux couleurs contrastantes.
- Personnaliser les repas en fonction de ses capacités. Servir un plat à la fois, offrir des contenants facilitant la manipulation et donner les ustensiles appropriés permettant à la personne de manger seule.

Instaurer des mesures sécuritaires discrètes au besoin

- S'assurer que la personne porte un bracelet « sécu retour » ou une pièce d'identité.
- Dissimuler les serrures en les peinturant ou en les installant dans des endroits invisibles ou inhabituels, comme au haut des portes.
- Camoufler les portes de sortie par un rideau ou une mosaïque, etc.

- Installer des systèmes d'alarme afin que l'entourage soit avisé dès que la porte s'ouvre.
- Mettre sous clé les articles qui pourraient être dangereux pour la personne.
- Aménager des tiroirs avec des objets que la personne peut utiliser sans restriction.

RÉFÉRENCES

Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, Direction des communications du MSSS, Québec, 2014.

Guide pour les proches aidants et les intervenants : problèmes rencontrés dans la maladie d'Alzheimer, Service de gérontopsychiatrie, CSSS-IUGS, Sherbrooke, 2012.

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée. Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2016

Suggestions d'activités

Les activités occupationnelles font partie intégrante de la prévention et de la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). En proposant régulièrement à la personne des activités correspondant à ses intérêts, vous contribuerez à son bien-être et à son sentiment d'utilité. Assurez-vous de lui proposer des activités à la mesure de ses capacités et de les alterner avec des périodes de repos. N'hésitez pas à collaborer avec les familles, elles pourront vous aider à cibler des activités significatives pour la personne.

Voici quelques suggestions d'activités simples et répétitives que vous pouvez initier pour la personne :

Intérêt pour les tâches ménagères

- Nettoyer les tables de la salle à manger.
- Passer le balai dans la salle à manger ou dans la chambre.
- Plier des débarbouillettes, serviettes ou vêtements.
- Assortir des bas de différentes couleurs et grandeurs.
- Faire une salade de fruits frais.
- Faire de la limonade maison.
- Servir du thé avec des biscuits dans un service ancien ou de fantaisie.
- Placer et ranger les vêtements dans les tiroirs.
- Découper des coupons de circulaires d'épicerie.
- Étendre des vêtements sur une corde à linge.
- Laver et essuyer de la vaisselle.
- Tricoter ou faire des balles de laine.

Intérêt pour aider à différents travaux

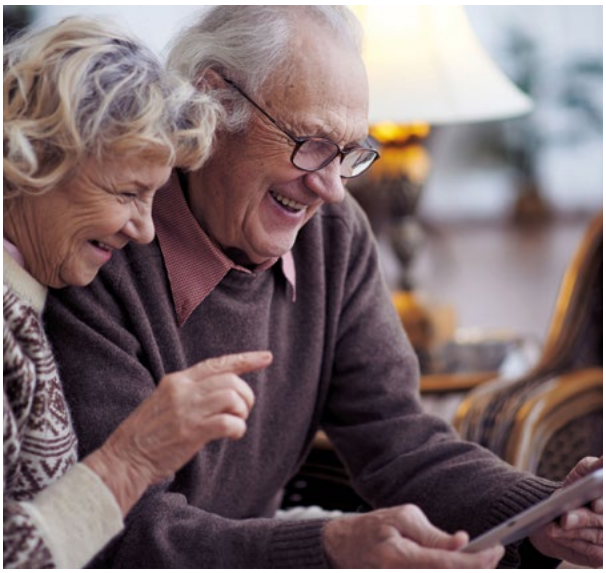
- Sabler du bois.
- Nettoyer les chaises de jardin.
- Déchirer du papier pour le recyclage.
- Mettre des sous ou des boutons dans un pot.
- Trier des boutons par grosseur ou par couleur.
- Trier des vis et des boulons.
- Assortir des jetons de bingo ou de poker par couleur.

Besoin de socialiser

- Discuter avec les proches par téléphone, appels vidéo, courrier, etc.
- Regarder des photos que la personne reconnaît (album d'une photo par page sans reflets).
- Suggérer à la famille de remettre un enregistrement vidéo ou audio que la personne pourra écouter régulièrement pour se rassurer (présence simulée).
- Parler du bon vieux temps.
- Se rappeler de son école primaire, de sa première communion.
- Se souvenir des grandes inventions (ballon dirigeable, bateau à vapeur, chemin de fer, etc.)
- Prendre connaissance de l'arbre généalogique de sa famille (parents, enfants, petits-enfants).
- Se rappeler son premier baiser.
- Nommer des premiers ministres ou des comédiens.
- Se rappeler ses vacances ou ses voyages.

Intérêt pour la lecture et l'écriture

- Faire la lecture des mémos écrits par ses visiteurs.
- Écrire une lettre, une carte d'anniversaire ou une carte postale à ses proches et en recevoir.
- Regarder un magasine illustré qui l'intéresse (revue de chasse et pêche, ancien catalogue SEARS, etc.).

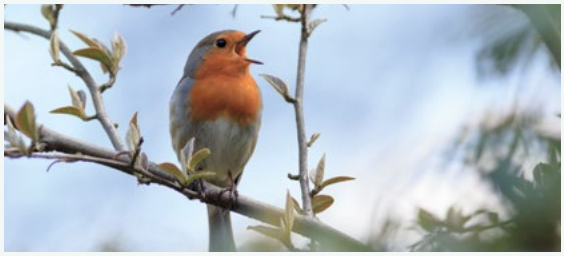


Intérêt pour le bricolage

- Colorier des dessins simples sans être enfantins.
- Découper des illustrations de cartes de souhait ou de calendriers usagés.
- Colorier des formes associées à un événement (cœurs de St-Valentin, trèfles de la St-Patrick, feuilles d'érables à la Confédération, etc.).
- Colorier une image du drapeau de la province ou du pays.
- Faire des cartes de souhait avec des pochoirs.
- Décorer des napperons de papier.
- Tracer et découper des feuilles d'automne ou autres formes (cœur, fleur, etc.).
- Broder des cartes trouées.

Intérêt pour les animaux

- Flatter un chat ou un chien robotisé.
- Demander à quelqu'un ayant un animal calme de venir visiter la personne.
- Enfiler des céréales (Cheerios) sur une corde pour offrir aux oiseaux.
- Remplir des mangeoires pour les oiseaux.



Intérêt pour la nature et les plantes

- Faire un arrangement de fleurs naturelles.
- Arroser les plantes intérieures.
- Aider à l'entretien des jardins extérieurs.
- Regarder des livres illustrés.

Besoin de bouger

- Prendre une marche à l'extérieur.
- Faire des exercices sur chaise adaptées[2].
- Presser une balle souple antistress.

Intérêt pour la religion

- Faire un chapelet.
- Chanter des hymnes religieux.
- Compléter des citations de l'Évangile.
- Écouter la messe à la télévision.
- Écouter un CD de prières.

Intérêt pour la musique

- Écouter par le biais d'un casque d'écoute sans fil une série de chansons qui la rend heureuse (Music & Memory)[1].
- Écouter en groupe une musique entrainante et taper des mains (marche militaire, polka, folklore, etc.).
- Chanter des chansons populaires anciennes.
- Danser.

Intérêt pour les enfants

- Demander à quelqu'un de son entourage ayant un jeune enfant de venir la visiter.
- Lui remettre une poupée thérapeutique.
- Plier des vêtements de bébé.
- Regarder des photos ou vidéos d'enfants.

Autres activités

- Écouter des émissions de télévision d'antan (Le temps d'une paix, Les soirées canadiennes, Séraphin, etc.)
- Se bercer.
- Se faire une manucure.
- Se masser les mains avec une crème hydratante.
- Jouer aux cartes en adaptant les règles à ses capacités (trier les cartes par couleur, bataille, etc.)
- Jouer aux poches ou au fer à cheval.
- Faire un casse-tête simple.
- Pétrir de la pâte à modeler ou de la pâte à sel.

RÉFÉRENCES

1. Le programme «Music & memory» est un service offert dans certaines de nos Sociétés Alzheimer du Québec. Référez-vous à la Société Alzheimer de votre région pour plus de détails.
2. Se référer à la brochure «Trucs et conseils pour les aînés durant la pandémie de COVID-19» pour des idées d'exercices sur chaise.

CSSS Champlain (2007). Programme d'activités pour personnes âgées atteintes de déficits cognitifs, pp. 124-125. Adapté de : Things to do with Seniors with Alzheimer's. www.alzcareproviders.com from the Columbia Missouri Chapter of the Alzheimer's Association

Rédaction : Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes ressources SCPD. Document révisé par l'équipe de gérontopsychiatrie de Sherbrooke.
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée. Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2020

ALZHEIMER
SCPD | Aide-mémoire à l'intervention

COVID-19 | Interventions liées au confinement

Les conséquences des mesures de confinement visant à prévenir la COVID-19 sont nombreuses et peuvent particulièrement affecter nos ainés ayant des atteintes cognitives.

L'interdiction de visites aux proches aidants peut entre autres priver ces personnes d'une source importante de réconfort et certains de leurs besoins de base risquent de ne pas être comblés.

L'interdiction de sortir de leur chambre peut être source d'anxiété et d'incompréhension chez ces personnes qui auront de la difficulté à se souvenir des différentes consignes liées à leur confinement.

L'ensemble de ces perturbations sur leur quotidien risque de provoquer ou d'accentuer certains symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) tels que l'insomnie, l'anxiété, l'errance, l'agressivité, etc.

Les recommandations qui suivent ont pour objectif de prévenir les situations problématiques liées au confinement.

Interventions de base à instaurer en tout temps

IMPORTANT : Toujours tenir compte des capacités cognitives et des réactions de la personne lors de la mise en place des interventions.

Ex. : des images pourraient être appliquées pour une personne n'étant pas en mesure de comprendre les consignes écrites.

Visites préventives régulières

Prévoir des visites régulières dans la journée.

OBJECTIFS DE CES VISITES :

- Maintenir autant que possible sa routine habituelle.
- Écouter attentivement ses inquiétudes et apporter du réconfort.
- S'assurer que ses besoins de base sont comblés[1] (alimentation, hydratation, élimination, hygiène, prise des médicaments, entretien de l'appartement, etc.).
- S'assurer de son confort et soulager sa douleur.
- Encourager la personne à se mobiliser (l'amener à la toilette, la faire marcher, etc.).
- S'assurer que la personne ne présente pas de symptômes associés à la COVID-19 ou à une autre maladie (délirium, dépression, etc.).
- La rassurer en lui nommant le moment de votre prochaine visite.

LE MASQUE ALTÈRE LA COMMUNICATION.

- Conserver votre sourire, il est communicatif.
- Vous présenter à chacune de vos visites.
- Parler lentement et un peu plus fort.

Adapter son environnement

- Installer sur sa porte un mémo simplifié pour lui rappeler la raison de son confinement. Ajouter une image pour attirer son attention, comme un arrêt stop ou un arc-en-ciel.
- Afficher un calendrier avec les jours prévus de confinement (les rayer avec elle lors de vos visites).
- Laisser à sa vue les objets importants (verre d'eau, lunettes) et un horaire simplifié de ses activités (heure des repas).

Initier des activités occupationnelles[2]

Vous pouvez initier une activité à chacune de vos visites.

- Encourager les familles à avoir des contacts fréquents et réguliers avec leurs proches par téléphone, appels vidéo, courriels, etc. : rendre disponible la technologie nécessaire (ex. : tablette électronique).
- Suggérer à la famille de remettre un enregistrement vidéo ou audio que la personne pourra écouter régulièrement pour se rassurer (présence simulée).
- Remettre à la personne du papier et un crayon pour qu'elle puisse correspondre avec ses proches.
- Accompagner la personne à l'extérieur pour prendre une marche quotidiennement tout en s'assurant qu'elle respecte les consignes liées au confinement (port du masque, lavage des mains, distanciation).
- Initier l'écoute d'une musique significative (cibler des chansons qu'elle connait et qui lui donne le sourire).
- Organiser des activités à l'entrée des chambres pour permettre aux résidents de se voir tout en demeurant dans leur chambre respective (repas, exercices sur chaise, bingo, etc.).
- Privilégier les émissions de télévision de son temps plutôt que les postes de nouvelles.
- Initier sur une base régulière des exercices de conditionnement[3].

COLLABORER AVEC LES FAMILLES.

- Les familles peuvent vous aider à cibler des activités significatives pour la personne.
- Encouragez-les à apporter le matériel nécessaire, comme de nouveaux livres ou des cahiers à colorier par exemple.

Interventions à privilégier face à certaines situations

Ces interventions s'ajoutent aux interventions de base.

La personne fait de l'errance

- Tenter de trouver les causes de l'errance et d'y répondre (besoins de base insatisfaits, douleur, désorientation, ennui, oubli des consignes, etc.).
- Permettre à la personne de marcher dans un lieu peu fréquenté, à l'intérieur ou à l'extérieur, avec supervision d'un membre du personnel, tout en s'assurant de respecter les consignes liées au confinement.
- Initier régulièrement des activités occupationnelles simples, répétitives et en lien avec son passé.

La personne s'agite ou devient agressive face aux consignes d'isolement

- Rester calme et à l'écoute de la personne.
- Écouter ses inquiétudes et valider ses émotions, être compréhensif.
- Éviter de lui dire « non » ou de lui demander de cesser son comportement.
- Éviter la confrontation, l'argumentation et les longues explications, car cela risque d'amplifier l'agressivité.
- Tenter de répondre positivement à son besoin lorsque possible. Ex. : accompagner la personne pour marcher quelques minutes tout en respectant les consignes liées au confinement.
- Pendant la marche, lui parler de sujets qui lui sont positifs afin de lui changer les idées.
- Au retour à sa chambre, lui offrir une activité simple et significative pour l'occuper positivement ou l'aider à contacter un membre de son entourage.

RÉFÉRENCES

1. Aide-mémoire «Répondre aux besoins de base».
2. Aide-mémoire «Suggestions d'activités pour personnes ayant des atteintes cognitives»
3. QUÉBEC. Trucs et conseils pour les aînés. . Manger sainement, bouger et maintenir une routine durant la pandémie de COVID-19, CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2020.

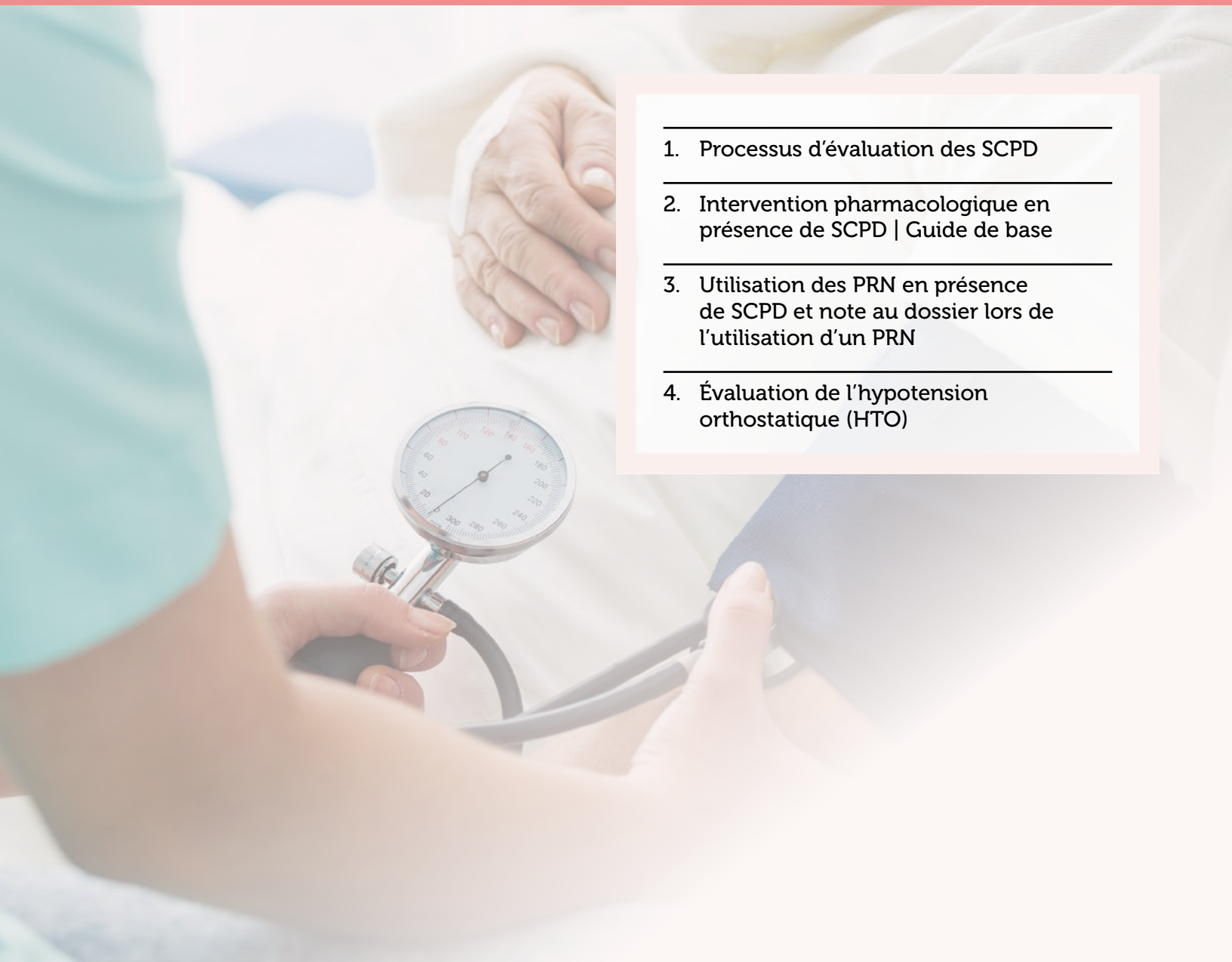
QUÉBEC. Consignes intérimaires destinées aux responsables des milieux de vie collectifs pour aînés avec des troubles neurocognitifs, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, 2020.

QUÉBEC. COVID-19 et la socialisation à distance entre les personnes hébergées et les proches aidants en contexte d'interdiction de visite, INESSS, 2020.

Rédaction : Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes ressources SCPD. Document révisé par l'équipe de gérontopsychiatrie de Sherbrooke.
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée. Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2020

GUIDE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE (SCPD)



1. Processus d'évaluation des SCPD
2. Intervention pharmacologique en présence de SCPD | Guide de base
3. Utilisation des PRN en présence de SCPD et note au dossier lors de l'utilisation d'un PRN
4. Évaluation de l'hypotension orthostatique (HTO)

Processus d'évaluation des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

INFORMATIONS À RECHERCHER

IMPORTANT
- **Obtenir l'information auprès de source fiables.**
- **Idéalement, observer la personne dans son milieu de vie.**

Description du SCPD

Que fait la personne?

Depuis quand agit-elle ainsi?

À quel moment le fait-elle?

Où agit-elle ainsi?

À quelle fréquence répète-t-elle ces gestes ou actions?

Les causes *(décrire brièvement s'il y a lieu)*

- ☐ Atteintes cognitives
- ☐ Délirium
- ☐ Altération de la condition de santé

Les causes *(suite)*

- ☐ Symptômes dépressifs
- ☐ Effets secondaires de la médication
- ☐ Douleur/inconfort
- ☐ Insatisfaction des besoins physiques de base (faim, soif, fatigue, constipation, etc.)
- ☐ Problèmes sensoriels (visuels, auditifs)
- ☐ Approche et environnement non adaptés
- ☐ Privation ou surcharge sensorielle
- ☐ Changements récents (médication, milieu de vie, décès, etc.)
- ☐ Autres :

INFORMATIONS À RECHERCHER

Approches ou interventions tentées

CE QUI EST AIDANT

CE QUI EST NON AIDANT

Impact du SCPD

(Risques, sécurité, épuisement)

Sur la personne

Sur les proches aidants

Sur les intervenants

Sur les autres résidents

Histoire de vie

Habitudes et fonctionnement antérieurs

Sommeil

Alimentation

Hygiène

Intérêts | Passions | Loisirs

Travail | Réalisations

Personnalité

Événements importants

Les approches non pharmacologiques doivent être directement liées aux causes, en plus d'être personnalisées selon l'histoire de vie antérieure de la personne.

RÉFÉRENCE

Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, Direction des communications du MSSS, Québec, 2014.

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée. Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - Juillet 2017

ALZHEIMER
SCPD | Aide-mémoire à l'intervention

Intervention pharmacologique en présence de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) | Guide de base

Indication des psychotropes (neuroleptiques, benzodiazépines, antidépresseurs)

Utilisation non indiquée comme 1er choix ou inefficace si :

- Comportements d'élimination ou d'habillage inappropriés
- Cris (non liés à la douleur ou à la dépression)
- Propos répétitifs
- Désinhibition verbale, attitude sociale trop familière
- Errance, fugue
- Comportements répétitifs (ouvre les tiroirs, demande constamment sa cigarette)
- Oralité (met tout dans sa bouche, mange trop)
- Résistance aux soins (hygiène, habillement, prise de médication)
- Rituels d'accumulation
- Plongeon rétrograde (se pense à une autre époque et agit en conséquence)
- Anxiété liée à des tâches dépassant sa capacité cognitive

Important : éliminer les causes des SCPD avant de prescrire une médication.

Utilisation possiblement efficace si :

- Agitation grave
- Agressivité physique
- Anxiété importante
- Comportements sexuels inappropriés et graves
- Symptômes dépressifs importants
- Troubles du sommeil
- Symptômes psychotiques envahissants

Important : utiliser la médication en combinaison avec une approche non pharmacologique

Se rappeler

- *Faire l'essai d'un médicament à la fois.*
- *Utiliser la dose minimale efficace.*
- *Surveiller l'efficacité du traitement et les effets secondaires.*
- *Cesser la médication si possible.*

RÉFÉRENCES

Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, Direction des communications du MSSS, Québec, 2014.
Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, Direction des communications du MSSS, Québec, 2014.

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée.
Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2016

Québec

Utilisation des PRN* en présence de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

TROUBLE DU COMPORTEMENT

↓

L'APPROCHE EST-ELLE ADAPTÉE?

- **OUI** → **RECADRAGE POSSIBLE?**
  - **OUI** → Changez la perception du soignant ou du proche aidant concernant le comportement en question.
  - **NON** ↓ STRATÉGIES D'INTERVENTION DE BASE POSSIBLES? →
    - **Validation**
    - **Diversion**
    - **Adaptation de l'environnement**
    - **Écoute active**
    - **Toucher affectif**
    - **OUI** ↓ Appliquez l'intervention et ajustez le plan d'intervention (PI) en conséquence.
    - **NON** ↓
      - **Danger immédiat pour la personne ou pour autrui?**
      - **Souffrance psychologique grave?**
      - **Trouble anxieux ou du sommeil?**
      - **OUI** ↓ Administrez le PRN et complétez l'examen clinique pour identifier les causes sous-jacentes du comportement ou si d'autres causes y contribuent.
      - **NON** ↓ Complétez l'examen clinique pour identifier les causes sous-jacentes.
- **NON** ↓ Modifiez l'approche.

À retenir lors de l'administration d'un PRN

- *Mesure temporaire et limitée dans le temps (2 semaines), sauf exception.*
- *Utilisation quotidienne à éviter afin de conserver les propriétés du PRN.*
- *Si utilisation de PRN sur une base régulière, questionner le profil pharmacologique.*

*** PRN provient du latin « pro re nata » qui signifie au besoin. Donc, une médication PRN doit être administrée au besoin.**

Note au dossier de l'usager lors de l'administration d'un PRN

PRÉSENCE DE SCPD

↓

DÉCRIVEZ LES RÉACTIONS DE LA PERSONNE ET LES CAUSES POSSIBLES DU SCPD :

- Propos répétitifs, fait les cent pas
- Condition physique altérée
- Environnement bruyant lors d'un soin

→

DÉCRIVEZ LES INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES TENTÉES :

- Diversion, validation
- Adaptation de l'environnement
- Présence, écoute
- Occupation

→

INSCRIVEZ LE PRN :

- Posologie
- Heure d'administration
- Surveillance aux 30 minutes
- Réponse thérapeutique obtenue (efficacité, symptômes observés et moment)

AVISEZ LE MÉDECIN SI : →

- **Usage de PRN fréquent et régulier**
- **Aucun effet obtenu après l'administration de PRN**
- **Indices de délirium**

Exemple de contenu d'une note au dossier :

À son retour sur l'unité après avoir assisté à une activité de groupe, Monsieur tient plusieurs propos répétitifs et dit qu'il doit s'en aller au travail.

Il se fâche et hausse le ton lorsqu'un autre résident l'approche.

Il déplace les fauteuils.

Il demeure agité malgré les interventions tentées : présence, diversion, collation offerte et marche dans le corridor avec un accompagnateur.

Condition inchangée une heure plus tard.

16 h 30 : PRN Ativan 0,5 mg donné et interventions non pharmacologiques maintenues.

17 h 15 : Plus calme et souriant. Demeure calme tout au long du repas et en soirée.

Présence offerte aux 30 minutes.

RÉFÉRENCE

Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, Direction des communications du MSSS, Québec, 2014.

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée. Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2016

ALZHEIMER
SCPD | Aide-mémoire à l'intervention

Évaluation de l'hypotension orthostatique (HTO)

Certains médicaments (ex. : antipsychotiques, antidépresseurs, antihypertenseurs, vasodilatateurs, diurétiques, etc.) peuvent occasionner de l'hypotension orthostatique (HTO), c'est-à-dire une baisse soudaine de la pression artérielle lors d'un changement de position. Il est donc suggéré d'évaluer l'HTO préalablement au traitement et en période d'ajustement de la posologie.

Procédure

1. Prévoyez une période de repos de cinq minutes, en position allongée, avant le début de l'évaluation.
2. Soyez attentif aux signes et symptômes possibles lors des changements de position et notez-les.
3. 1re prise de la tension artérielle (TA) et du pouls lorsque la pesonne est en position couchée sur le dos, après la période de repos.
4. 2e prise de la TA et du pouls une minute après avoir demandé à la personne de se lever.
5. 3e prise de la TA et du pouls trois minutes après le changement de position.

Dans certaines situations où la collaboration de la personne est limitée, il est possible de prendre la TA de la position « assise à debout ».

Critères indiquant la présence d'HTO

- Réduction de ⩾ 20 mmHg de la TA systolique ou une réduction de ⩾ 10 mmHg de la diastolique survenant aux changements de position.
- Présence de signes et symptômes (voir l'encadré) « Signes et symptômes possibles ».

Signes et symptômes possibles

- ☐ Étourdissements
- ☐ Scotomes (taches dans le champ visuel)
- ☐ Faiblesse
- ☐ Fatigue
- ☐ Perte d'équilibre ou chute
- ☐ Nausées
- ☐ Syncope (perte de conscience subite et brève)
- ☐ Perturbation de l'état de conscience
- ☐ Convulsions
- ☐ Autre _____

Résultats en date du _____
Heure _____

	TA	POULS
○ 1re PRISE		
○ 2e PRISE		
○ 3e PRISE		

○ Présence de symptômes : _____

☐ Préalable au traitement
☐ Période d'ajustement de la posologie

RÉFÉRENCES
Arcand, M. et Hébert, R., Précis pratique de gériatrie. 3e éd., Édition Édisem-Maloine, Canada, 2007.
Frenette, F., Cloutier, L., et Houle, J., L'hypotension orthostatique, évaluation et interventions de l'infirmière, Perspective infirmière, novembre-décembre 2009.

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée.
Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2020

Québec

1. Principales causes de résistance à l'hygiène
2. Historique des soins d'hygiène
3. Grille d'observation lors des soins d'hygiène
4. Approches spécifiques aux soins d'hygiène
5. Séquence des soins en fonction des parties du corps
6. Bain à la serviette

LA RÉSISTANCE AUX SOINS D'HYGIÈNE

Principales causes de résistance à l'hygiène

Pertes cognitives

- Non-reconnaissance de ses incapacités (ex. : la personne est persuadée être autonome pour faire ses soins)
- Diminution de la compréhension et de l'expression
- Diminution de la mémoire et de l'orientation (ex. : la personne a l'impression d'avoir déjà effectué son hygiène)
- Difficultés en lien avec l'initiative, la planification, l'organisation et la prise de décision (IPOD) (ex. : elle omet d'apporter les produits nécessaires pour son soin d'hygiène)
- Diminution de l'autocontrôle

Insatisfaction des besoins de base

- Douleur et inconfort
- Fatigue et manque de sommeil
- Envie d'uriner
- Faim
- Pudeur et gêne

Habitudes antérieures non considérées

- Fréquence (ex. : 2 fois par semaine au lieu de 2 fois par jour)
- Type d'hygiène (ex. : au lavabo, dans la douche ou au bain)

Vieillissement et thermorégulation

- En vieillissant, les personnes deviennent généralement plus frileuses

Environnement physique non adapté

- Pièce froide
- Équipements inconfortables (ex. : banc mal ajusté, ceinture du siège élévateur mouillée, etc.)
- Ambiance non adaptée :
  - Bruits importants
  - Éclairage éblouissant
  - Lieu physique ne rappelant pas une salle de bain

Approche non adaptée des soignants

- Choix inapproprié du moment (ex: réveiller la personne pour ses soins)
- Approche trop rapide
- Connaissance insuffisante des capacités et des incapacités de la personne (ex: offrir de l'aide pour se laver à une personne qui ne reconnait pas ses difficultés)
- Équipement et préparation inappropriés (ex. : faire couler l'eau du bain après avoir été chercher la personne)
- Technique inappropriée (ex. : commencer l'hygiène par le lavage des cheveux)
- Mauvaise utilisation de la médication (ex. : donner un anxiolytique au lieu d'un analgésique à une personne dont la cause de la résistance est la douleur)

RÉFÉRENCE

Voyer, P., Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e éd., Éditions du renouveau pédagogique inc., chap. 29, pp.491-504, Saint-Laurent, Québec, 2013.

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée. Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2020

Historique des soins d'hygiène

À compléter en collaboration avec le proche aidant.

Connaître l'historique des soins d'hygiène de la personne permet de diminuer l'impact négatif de ce soin chez cette dernière, en plus de faciliter sa collaboration. Voici de l'information qui vous aidera à préparer un programme de soins d'hygiène adapté aux préférences et aux pratiques antérieures de la personne.

Qu'est-ce qui motivait la personne à prendre un bain ou une douche?

(Cocher plus d'une case, si requis)

- ☐ Hygiène personnelle
- ☐ Relaxation
- ☐ Aide au sommeil
- ☐ Contrôle de la douleur
- ☐ Autre _____

_____

À quel moment de la journée faisait-elle ses soins d'hygiène?

(Cocher plus d'une case, si requis)

- ☐ Au lever
- ☐ Au coucher
- ☐ Pas de moment particulier
- ☐ Autre _____

Quelle était la fréquence de ses soins d'hygiène?

- ☐ Moins d'une fois par semaine
- ☐ 1 à 2 fois par semaine
- ☐ 3 à 4 fois par semaine
- ☐ Quotidiennement
- ☐ Plus d'une fois par jour

Quel moyen choisissait-elle pour faire ses soins d'hygiène?

- ☐ Baignoire
- ☐ Douche
- ☐ Lavabo

Cette façon de faire a-t-elle changé au cours des dernières années?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires _____

_____

Aimait-elle faire ses soins d'hygiène?

- ☐ Aimait beaucoup
- ☐ Aimait
- ☐ N'aimait pas particulièrement
- ☐ Détestait

Dans quelle ambiance aimait-elle effectuer ses soins d'hygiène?

- ☐ Musique
- ☐ Lumière tamisée
- ☐ Bougie
- ☐ Autre _____

Y a-t-il d'autres particularités pouvant influencer la collaboration de la personne aux soins d'hygiène?

Par exemple : peur de l'eau, hygiène rapide, etc.

☐ Oui ☐ Non

Si oui, décrivez-les brièvement _____

Décrivez la capacité actuelle de la personne à participer aux soins d'hygiène.

- ☐ Aucune aide requise
- ☐ Se lave et s'habille seule avec beaucoup d'indications
- ☐ Besoin d'aide pour plus de la moitié de la tâche
- ☐ Totalement dépendante

Faites la liste des suggestions utiles pour les soins d'hygiène et les soins personnels de la personne.

Par exemple : produits spéciaux, stratégies utilisées, procédures particulières, température de l'eau ou de la pièce, etc.

Suggestions utiles : _____

Complété par _____

Lien _____

Date _____

RÉFÉRENCE

Voyer, P., Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. 2e éd., Saint-Laurent, Québec, Éditions du renouveau pédagogique inc., 2013, p. 496, tableau 29.3.

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée.
Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2016

Québec

Grille d'observation lors des soins d'hygiène

À compléter par le personnel soignant

Prénom _____ **Nom** _____

Nom de l'intervenant effectuant le soin _____

Observez bien les éléments suivants à chacune des étapes :

- ☐ Les particularités de l'environnement.
- ☐ Les réactions de la personne (ex. : indices de douleur, de pudeur, d'inconfort, d'agitation, d'anxiété, de peur).
- ☐ Les propos que tient la personne.
- ☐ Les éléments déclencheurs qui agitent la personne et ceux qui la calment.
- ☐ L'approche des soignants : ce qu'ils disent, ce qu'ils font ou ne font pas.

AVANT LE SOIN

Pistes d'observation

- Heure du début du soin _____
- Interventions effectuées avant le soin (l'amener à la toilette, période de repos, etc.)
- Humeur de la personne avant de l'approcher
- Façon dont on l'aborde (propos et gestes utilisés)
- Réaction de la personne face à la demande
- Médication calmante ou analgésique donnée préalablement
  - ☐ Oui ☐ Non
- Matériel nécessaire préparé avant le soin (articles de toilette et vêtements)
  - ☐ Oui ☐ Non
- Température de la pièce ajustée
  - ☐ Oui ☐ Non
- Type d'hygiène observé
  - ☐ Toilette partielle
  - ☐ Bain complet à la baignoire
  - ☐ Douche
  - ☐ Autre _____

NOTES _____

PENDANT LE SOIN

Pistes d'observation

- Personnel régulier ☐ Oui ☐ Non
- Environnement physique (bruit, éclairage, température de la pièce, lieu, etc.)
- Nombre d'intervenants
- Séquence des soins utilisée (référez-vous à l'aide-mémoire « Séquence des soins en fonction des parties du corps »)
- Parties du corps couvertes, et à quel moment durant les soins
- Attitudes verbale et non verbale des soignants (rythme, termes rassurants)
- Interventions effectuées en fonction des capacités et des incapacités (cognitives et fonctionnelles)
- Interventions (aidantes ou non aidantes) effectuées lors d'agitation
- Soin complété en entier ou par séquence (soin des cheveux, coupe des ongles, hygiène buccale)
- Utilisation des données en lien avec l'historique des soins d'hygiène
  ☐ Oui ☐ Non
- Durée de l'intervention _____

NOTES _____

APRÈS LE SOIN

Pistes d'observation

- Réaction de la personne lors de l'habillage
- Marque d'affection utilisée
- Endroit où est dirigée la personne
- Période de repos offerte ☐ Oui ☐ Non
- Commentaires des intervenants en lien avec le soin dispensé (niveau de difficulté, comparaison avec d'autres soins d'hygiène, efficacité des interventions tentées)

NOTES _____

Observation faite par _____ Date _____

RÉFÉRENCES

Bourque, M., Grille d'observation ponctuelle lors d'un soin. Gestion des symptômes comportementaux de la démence, Activité de formation continue, Montréal, février 2014.

Voyer, P., Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. 2e éd., Saint-Laurent, Québec, Éditions du renouveau pédagogique inc., 2013, pp. 496-497, tableau 29.4.

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée. Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2016

Approches spécifiques aux soins d'hygiène

AVANT LE SOIN

- ☐ Je m'assure d'offrir le soin au meilleur moment (ex. : après une période de repos, j'évite de réveiller la personne, etc.).
- ☐ Je prépare tout le matériel nécessaire avant d'aller chercher la personne. J'évite de faire couler l'eau en sa présence. Cependant, pour certaines personnes, il peut être plus approprié de les faire participer à la préparation.

- ☐ Je m'assure que l'environnement est confortable (ex. : pièce chaude, serviette sur la chaise de bain, etc.).
- ☐ Je m'assure que les besoins de base sont satisfaits (ex. : amener la personne à la toilette, lui offrir une collation, soulager sa douleur, etc.).
- ☐ Je tiens compte des atteintes cognitives de la personne (ex. : pour la personne qui ne reconnaît pas ses incapacités, je lui offre un traitement contre sa douleur plutôt que de l'aide pour se laver).

- ☐ Je tiens compte des habitudes de vie antérieures de la personne (ex. : rituels, fréquence, préférence entre le bain, la douche ou le lavabo, etc.).

- ☐ Je fais preuve de souplesse (ex. : je reporte les soins à plus tard si nécessaire, car le fait de réessayer 10 minutes plus tard peut parfois fonctionner. Je fais le soin des cheveux et des ongles à un autre moment).

- ☐ Je prends connaissance des directives spécifiques concernant la personne sur mon plan de travail avant de débuter.

PENDANT LE SOIN

- ☐ Je laisse le temps à la personne de faire tout ce qu'elle est capable de faire.

- ☐ Je couvre les épaules et les cuisses de la personne avec une serviette durant le soin d'hygiène.
- ☐ J'utilise une routine connue et je suis constant dans la façon de faire.

- ☐ Je débute le soin par les parties du corps les moins douloureuses et les moins intimes pour la personne.

- ☐ Je donne des consignes simples, une étape à la fois et je joins le geste à la parole (ex. : « Prenez la débarbouillette », « Lavez votre visage »).

- ☐ Je fais de la diversion en ayant recours à des thèmes significatifs pour la personne.

- ☐ Je me concentre sur les réactions de la personne tout au long de la tâche. Je m'ajuste à son rythme.
- ☐ Je cesse la tâche en cours si la personne s'agite. Je la rassure et je recommence lorsqu'elle s'est calmée.
- ☐ J'encourage la personne régulièrement, j'utilise des termes rassurants (ex. : « C'est correct », « J'ai presque fini », « Vous m'aidez beaucoup »).

APRÈS LE SOIN

- ☐ Je termine toujours l'hygiène en manifestant une marque d'affection à la personne (ex. : la remercier, lui offrir une collation ou un café, etc.).
- ☐ J'offre à la personne une période de repos après l'hygiène.
- ☐ S'il y a lieu, je relève les éléments de difficulté et j'en fais part à l'intervenant responsable.
- ☐ Je partage les interventions positives avec l'ensemble de l'équipe.

EN D'AUTRES MOTS, JE PERSONNALISE LES SOINS!

RÉFÉRENCES

Agir pour protéger – Troubles cognitifs, symptômes psychologiques et comportementaux et situations de crise, Manuel du participant, Programme de formation pour les préposés aux bénéficiaires, Direction des communications du MSSS, 111 p, Québec, 2008.

Côté, L., et P. Hottin, Guide pour les proches aidants et les intervenants, 2e éd., Service de gérontopsychiatrie, CSSS-IUGS, 31 p, 2012.

Évaluation et interventions quotidiennes pour la clientèle âgée ayant des déficits cognitifs et présentant des comportements perturbateurs, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS), Sherbrooke, 22 p, 2008.

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée.
Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2020

Québec

Séquence des soins en fonction des parties du corps

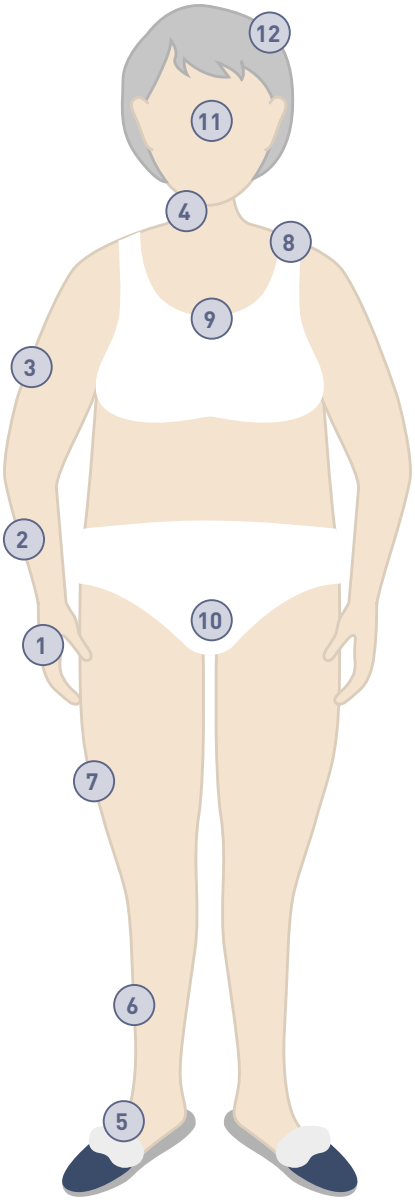
Voici une façon de personnaliser les soins d'hygiène qui aide à les rendre moins agressants et diminue les risques de réactions de catastrophe.

1. *Mains*
2. *Avant-bras*
3. *Bras*
4. *Cou*
5. *Pieds*
6. *Mollets*
7. *Cuisses*
8. *Épaules*
9. *Tronc*
10. *Parties génitales*
11. *Visage*
12. *Cheveux*

Selon la situation, il peut être préférable de débuter par les pieds.

Si la personne est en mesure de participer, offrez-lui de se laver le visage elle-même en début de soin.

Il peut être préférable de faire le soin des cheveux et des ongles à un autre moment.



RÉFÉRENCE

Agir pour protéger – Troubles cognitifs, symptômes psychologiques et comportementaux et situations de crise, Manuel du participant, Programme de formation pour les préposés aux bénéficiaires, Québec, Direction des communications du MSSS, 2008, 111 p.

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée.
Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2016

Québec

Bain à la serviette

ÉTAPE 1

Préparation du matériel

- Placez les serviettes et les débarbouillettes pliées dans le sac de plastique selon l'ordre indiqué ci-contre.
- Remplissez le pichet d'eau chaude (température : environ 108°F ou 42°C) et ajoutez 20 ml de savon sans rinçage.
- Versez l'eau savonneuse sur chacune des serviettes et des débarbouillettes se trouvant dans le sac de plastique.
- Remuez les serviettes afin qu'elles soient uniformément imbibées.
- Insérez le sac de plastique dans un sac thermal qui retient la chaleur.

Ordre de la lingerie pliée à déposer dans le sac de plastique :

1 débarbouillette ..... Visage

3 débarbouillettes..... Siège

1 serviette..... Dos

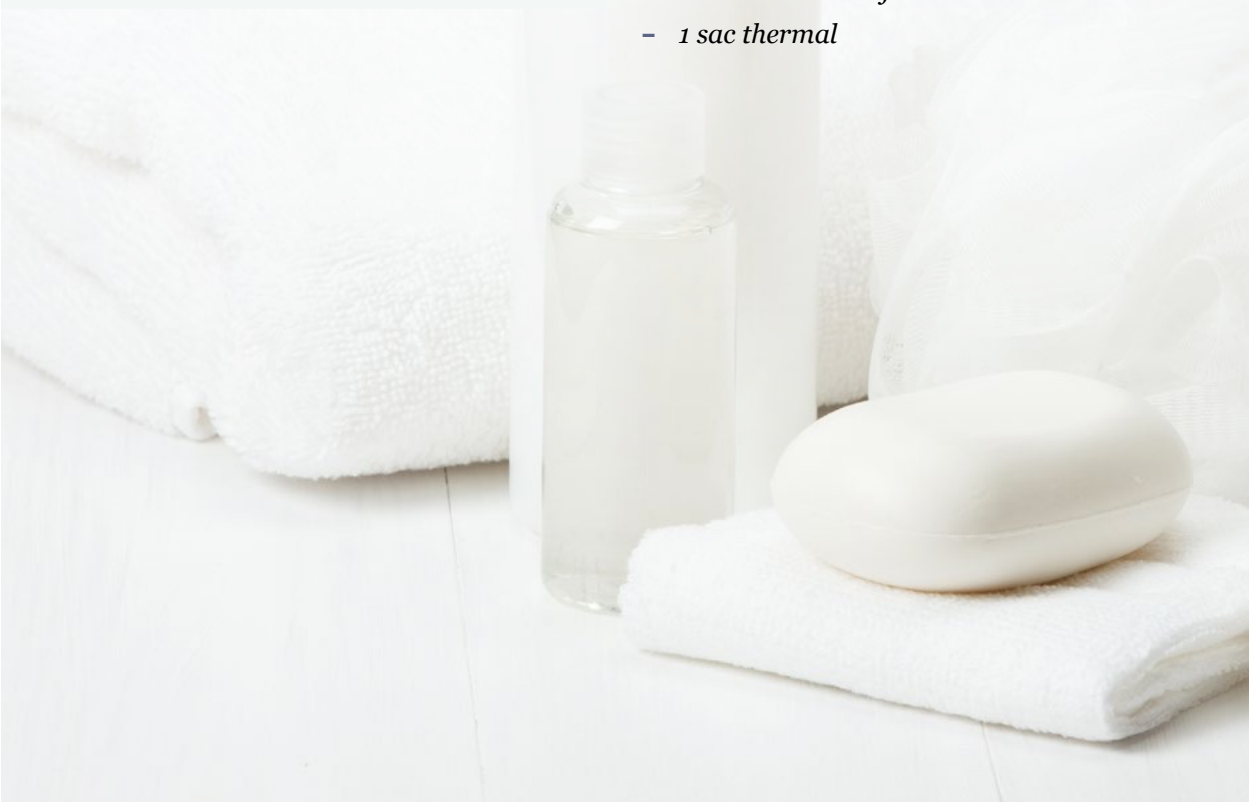
2 débarbouillettes..... Parties génitales

2 à 3 serviettes..... Torse, aisselles, bras, mains

2 serviettes..... Jambes

Prévoir aussi

- *1 pichet d'eau chaude (108°F ou 42°C) et 20 ml de savon sans rinçage*
- *2 couvertures de flanelle chaudes*
- *1 sac thermal*



ÉTAPE 2

L'hygiène

- La personne devrait rester au chaud et être couverte pendant tout le processus du bain.
- Lavez le corps de la personne en procédant par massage avec le bout des doigts.
- Lavez une partie partie du corps à la fois, en surveillant les réactions émotionnelles de la personne.
- Mettez la première couverture de flanelle sur tout le corps, puis dénudez la personne (à l'exception de la culotte d'incontinence).
- Ramenez la couverture de flanelle couvrant les jambes jusqu'à la culotte d'incontinence. Les pieds et les jambes sont alors découverts.
- Recouvrez les pieds et les jambes avec les serviettes chaudes.
- Massez doucement les orteils, les pieds et les jambes. Pliez les genoux de la personne pour avoir accès à l'arrière des jambes.
- Enlevez les serviettes chaudes recouvrant les pieds et les jambes, et couvrez sans tarder les membres avec la couverture de flanelle.
- Couvrez et massez le torse et les bras à l'aide des serviettes prévues à cet effet. Déposez la seconde couverture de flanelle sur le haut du corps, une fois le massage terminé.
- Laissez toujours la personne couverte et retirez-lui sa culotte d'incontinence. Prenez les deux débarbouillettes et lavez-lui les parties génitales.
- Tournez la personne sur le côté, déposez la dernière serviette sur son dos et lavez en effectuant des mouvements de massage.
- Utilisez les trois débarbouillettes pour le lavage du siège. Mettez une culotte d'incontinence propre. Repositionnez la personne sur le dos dans une position confortable.
- Lavez-lui le visage avec la dernière débarbouillette.

ÉTAPE 3

Période de repos

- Gardez la personne couverte afin qu'elle demeure confortablement au chaud et laissez-lui une période de repos. Habillez-la par la suite.

ÉTAPE 4

Soin des cheveux

- Effectuez le soin des cheveux à un autre moment si la personne est agitée.
- Utilisez le shampoing sans rinçage avec une débarbouillette pour laver les cheveux.
- Rincez avec une autre débarbouillette.

RÉFÉRENCES

Rader J. et al., Adaptation of : Maintaining cleanliness : an individualized approach, Journal of Gerontological Nursing, 1996, vol. 22, pp. 32-38.
Sloane, P. et al., Bathing Persons with Dementia, Gerontologist, 1995, vol. 35, pp. 672-678.
Sloane, P., Barrick, A., et Horn, V., Solving Bathing Problems in Persons with Alzheimer's Disease and Related Dementias, Terra Nova Films, 1995.

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée. Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2016

1. Les éléments déclencheurs
2. Les signes d'escalade et les interventions
3. Après la réaction de catastrophe : les interventions

INTERVENIR LORS D'UNE RÉACTION DE CATASTROPHE

ALZHEIMER
SCPD | Aide-mémoire à l'intervention

Les éléments déclencheurs

ÉTATS PHYSIQUE ET ÉMOTIF

- Atteintes cognitives
- Douleur
- Inconfort (faim, soif, envie d'uriner, sensation de froid, constipation, etc.)
- Fatigue
- Troubles sensoriels (visuels, auditifs)
- Ennui, méfiance, anxiété
- Personnalité de base
- Médication (effets secondaires, ajout, arrêt subit)
- Altération de la condition de santé, délirium

TÂCHES

(hygiène, habillement, administration de la médication, etc.)

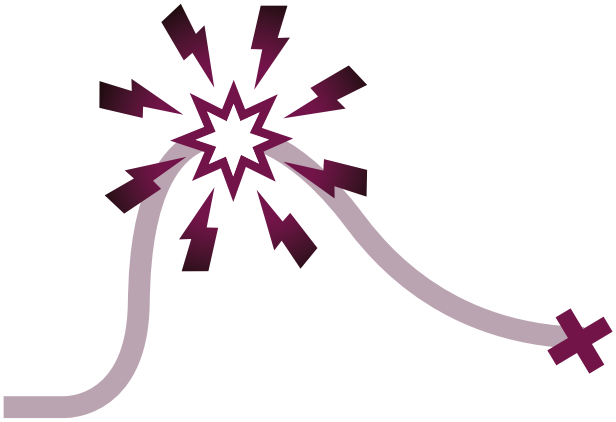
- Trop complexes
- Trop longues
- Différentes des habitudes antérieures
- Génératrices de peurs anciennes

ENVIRONNEMENTS PHYSIQUE ET HUMAIN

- **Trop de stimuli** (encombrement des corridors, parler fort, faire des va-et-vient rapides, changement de quart tumultueux, cris des autres résidents, etc.)
- **Environnement non adapté** (absence de circuit d'errance, peu d'espace intime, absence d'objets familiers ou de points de repère, etc.)
- **Manque de stabilité du personnel**

COMMUNICATION

- **Approche de base non appliquée** (voix trop forte, débit trop rapide, vocabulaire trop complexe, etc.)



RÉFÉRENCE

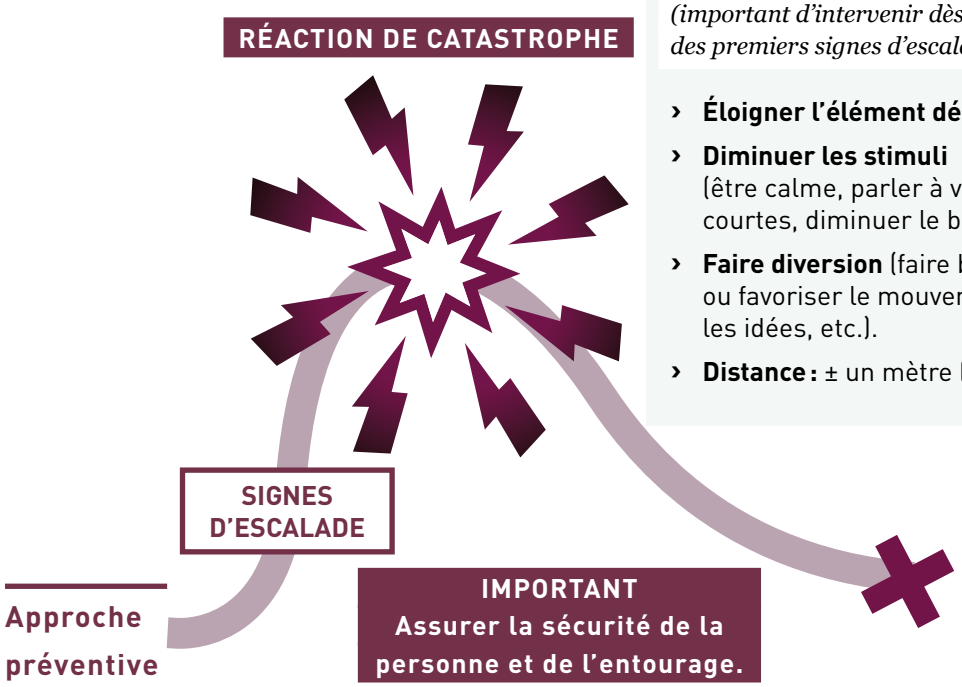
Agir pour protéger – Troubles cognitifs, symptômes psychologiques et comportementaux et situations de crise, Manuel du participant, Programme de formation pour les préposés aux bénéficiaires, Direction des communications du MSSS, Québec, 2008 , 111 p.

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée.
Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2016

Québec

Les signes d'escalade et les interventions



Intervention immédiate

(important d'intervenir dès l'apparition des premiers signes d'escalade)

- **Éloigner l'élément déclencheur.**
- **Diminuer les stimuli** (être calme, parler à voix basse, consignes courtes, diminuer le bruit, etc.).
- **Faire diversion** (faire bouger la personne ou favoriser le mouvement, lui changer les idées, etc.).
- **Distance :** ± un mètre (trois pieds).

Signes d'escalade (exemples)

(variable selon les personnes)

- Parle plus fort, plus rapidement.
- Marche vite, fait les 100 pas.
- Serre les dents, les poings.
- Fronce les sourcils.
- Fait plus de demandes.
- Développe des rougeurs au visage.
- Démontre de l'anxiété.
- Exprime verbalement son opposition.

Réaction de catastrophe (exemples)

Agitation | Agressivité

- Sacre, crie fort, menace.
- Pousse.
- Lance des objets.
- Frappe des objets, des personnes.

Anxiété | tristesse

- Pleure.
- Exprime de l'inconfort.
- Veut s'en aller.

RÉFÉRENCE

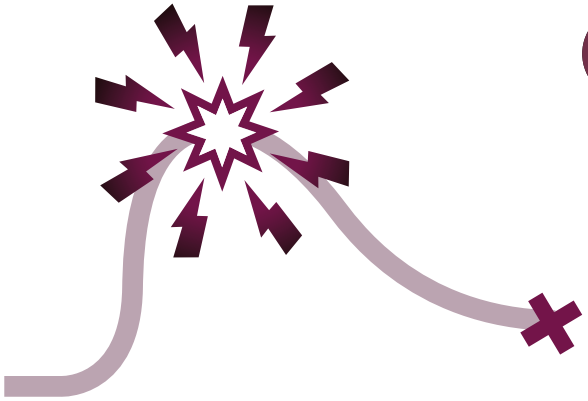
Fleury, F., Protocoles d'intervention pour la gestion des troubles graves de comportement avec agressivité physique envers autrui, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Version finale, 41 p, Longueuil, 2010.

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée.
Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2016

Québec

Après la réaction de catastrophe : les interventions



Assurez-vous que la personne et les autres résidents sont calmes et en sécurité.

Laissez à la personne un temps de récupération. La durée est variable d'une personne à l'autre.

Évitez de revenir sur la situation, sauf si la personne vous en parle. Si c'est le cas, évitez de la culpabiliser.

Assurez-vous que la charge émotive a diminué avant que le personnel concerné ne quitte le travail.

Revenir en équipe sur la situation vécue et discuter des aspects suivants :

- Quel a été le contexte de la réaction de catastrophe? Les signes d'escalade? L'élément déclencheur?
- Quelles interventions ont été aidantes ou moins aidantes pour désamorcer l'escalade?
- S'il y a présence d'indices d'escalade, sont-ils identifiés et connus?
- Devant une autre situation semblable, quelles seraient les interventions à mettre en place?

RÉFÉRENCES

Dolbec, C., L'approche avec les personnes souffrant de démence. Comprendre pour mieux intervenir, Recueil de textes de soutien à la formation, CSSS-IUGS, 2010.

Fleury, F., Protocoles d'intervention pour la gestion des troubles graves de comportement avec agressivité physique envers autrui, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Version finale, Longueuil, 2010, 41 p.

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée.
Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - Juillet 2017

Québec

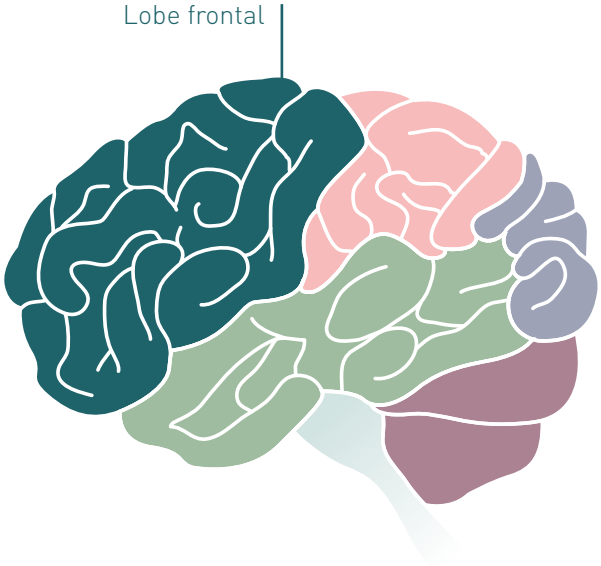
1. Comportements associés à une atteinte du lobe frontal
2. Approches préventives suggérées

APPROCHES PRÉVENTIVES | PERSONNES AYANT DES COMPORTEMENTS ASSOCIÉS À UNE ATTEINTE DU LOBE FRONTAL

Comportements associés à une atteinte du lobe frontal

Selon le type et l'évolution de la maladie, les atteintes du lobe frontal peuvent être présentes ou non et varier en intensité.

Certains comportements indiquent un dysfonctionnement frontal. En voici des exemples.



Diminution de l'attention

La personne :

- démontre plus de difficulté à faire deux choses en même temps;
- arrive de moins en moins à terminer l'activité en cours;
- se laisse plus facilement distraire par les bruits ou les mouvements autour d'elle.

Une atteinte de l'attention entraîne généralement une plus grande fatigue.

Diminution de l'initiative

La personne a :

- tendance à être inactive et moins spontanée;
- besoin d'encadrement afin d'initier la tâche.

  Exemple
  Lors d'activités, la personne aura besoin d'être stimulée et invitée à participer.

Ces signes peuvent parfois être perçus comme un manque de motivation ou d'indifférence.

Désorganisation

La personne éprouve :

- de la difficulté à planifier et à organiser une activité.

  Exemple
  Pour l'hygiène, la personne n'apporte pas les produits nécessaires et omet de se laver certaines parties du corps. Pour les repas, elle est incapable de compléter une recette.

Prise de décision inadéquate

La personne prend :

- des décisions peu ou non appropriées en lien avec la situation.

  Exemple
  Elle donne des montants d'argent excessifs à un pur étranger, alors que cet argent aurait dû être utilisé pour ses dépenses courantes.

Non reconnaissance de ses incapacités (anosognosie)

La personne démontre :

- une difficulté à percevoir et à tenir compte de ses erreurs, de ses limites.

  Exemple
  Convaincue qu'elle est capable, elle désire retourner vivre chez elle, malgré ses incapacités fonctionnelles et cognitives.

Inflexibilité/comportements de persévération

La personne est :

- incapable de modifier ses habitudes et ses idées.

  Exemple
  Elle peut avoir tendance à répéter constamment les mêmes propos et les mêmes gestes.

Désinhibition/impulsivité

La personne dénote :

- parfois une incapacité à contrôler ce qu'elle pense, ce qu'elle dit et même certains gestes qu'elle pose. On peut alors observer des comportements comme :
  - les agissements impulsifs
  - la familiarité
  - le manque d'empathie envers autrui
  - des propos grossiers ou à caractère sexuel
  - le manque de pudeur
  - l'irritabilité verbale

Comportements d'utilisation

La personne éprouve :

- le besoin de toucher, d'examiner ou de prendre les objets à sa portée ou placés devant elle.

RÉFÉRENCES

Bonin, C. et Duval, N., Approche auprès de la personne ayant des déficits cognitifs : introduction, Formation régionale — Santé mentale, CSSS-IUGS, 2008.

Botez, M. I., Marquard T., et Boller, F., Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement, 2e éd., Montréal, Les presses de l'Université de Montréal, 2005.

Outil d'évaluation « Inventaire du comportement frontal », utilisé par le CSSS-IUGS.

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée. Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2016

Approches préventives suggérées

- Diminuer la stimulation sensorielle et avoir une attitude calme (ex. : tamiser la lumière, éteindre le téléviseur lors des repas, etc.).
- Utiliser des phrases simples et des mots concrets, sans jeu de mots ou à double sens.
- Favoriser l'activité physique (ex. : marche extérieure).
- Proposer des activités simples à caractère répétitif en lien avec le passé (ex. : plier des serviettes, sabler un morceau de bois, etc.).
- Offrir souvent des collations substantielles et protéinées.
- Présenter deux choix afin de prévenir le refus et l'opposition.
- Éviter la confrontation, l'argumentation et les longues explications.
- Éviter le « NON » et le « NE PAS ». Ces mots augmentent les risques de confrontation (ex. : « Oui, je vais vous donner votre cigarette à 14 h »).
- Adopter une routine plus souple (ex. : revenir plus tard si la personne refuse).
- Choisir ses batailles. Se demander s'il y a un risque pour la sécurité. Si ce n'est pas le cas, accepter que le comportement soit différent.

Toutes ces approches s'ajoutent à l'approche de base.

RÉFÉRENCE

Care Giving and Support, University of California, Site Internet, memory.ucsf.edu/caregiving

Rédaction : Claire Bonin, M.Sc, conseillère en soins infirmiers ainsi que Valérie Fortier et Caroline St-Laurent, infirmières cliniciennes
Conception graphique : Service des communications

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée.
Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites.
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - 2016

Québec