



Comité interuniversitaire et interprofessionnel de développement professoral continu (CII-DPC)

Titre :

L'APPROCHE NON PHARMACOLOGIQUE DES SCPD:
OBSERVER, COMPRENDRE, AGIR

Auteurs :

C. Dalton, M. Dumas, N. Farley,
C.-P. Gaudet, G. Lamarche, P. Lebel, D. Marier,
T. Petraglia, C. Quarré et M. Tassé

Ce document est disponible sous licence Creative Common BY-NC-ND
Paternité, sans utilisation commerciale et sans modification



L'APPROCHE NON PHARMACOLOGIQUE DES SCPD: OBSERVER, COMPRENDRE, AGIR

A hand is shown in the upper left corner, holding a red marker and drawing a detailed anatomical brain on a yellow profile of a human head. The drawing is on a light-colored surface, possibly a whiteboard or paper. The background is a soft, out-of-focus grey.

C. Dalton, M. Dumas, N. Farley,
C.-P. Gaudet, G. Lamarche, P. Lebel, D. Marier,
T. Petraglia, C. Quarré, M. Tassé

En collaboration avec
M.-A. Bruneau et A. Robillard

FÉVRIER 2015

BESOINS DES RÉSIDENTS en médecine de famille

(groupe de discussion, 12 R1-R2, UMF BC, Janvier 2015)

Pour plusieurs résidents: SCPD = agressivité et agitation

Exposition la plus fréquente aux SCPD:

- demande des infirmières de prescrire des médicaments pour des patients agités ou agressifs lors de la garde hospitalière

Besoins de formation:

- démarche structurée de A à Z
- alternatives aux médicaments dans l'agitation/agressivité et comment le traduire au personnel soignant
- organisation du soutien à domicile
- disponibilité des ressources de soutien aux aidants
- modalités de références (quand et à qui?)

ET VOUS ENSEIGNANTS...
QUELS SONT LES SCPD QUI VOUS
CAUSENT PROBLÈME?

QUE VIVENT LES PROCHES AIDANTS?

Témoignage de proches aidants (Service Info-aidant)

SCPD les plus dérangeants (en ordre):

- Errance la nuit (perturbe le repos du proche aidant)
- Agressivité (nuît à la qualité de la relation aidant-aidé)
- Résistance aux soins (nuît au sentiment de compétence de l'aidant)
- Agitation (augmente le niveau de stress de l'aidant)

Facteurs qui contribuent à accentuer les SCPD :

- Méconnaissance de la maladie (exemple: donner le bain)
- Épuisement, irritabilité (exemple: maltraitance)

QUE VIVENT LES PROCHES AIDANTS?

Impacts des SCPD sur les proches aidants (ordre chronologique) :

- Sentiment d'incompétence, échecs quotidiens
- Isolement, réticence à demander de l'aide
- Diminution de la créativité et recours à l'approche pharmacologique
- Épuisement (statistiques à l'appui)
- Désinvestissement dans les soins (demande l'hébergement)

QUAND AIDER CONDUIT À LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE...

- Un enquête réalisée en 1996 révélait que la détresse psychologique était 25% plus élevée chez les proches aidants que celle de la population générale.
- Plus précisément, 20 à 30% des aidants qui prenaient soin d'un proche atteint de problèmes physiques et 40% des aidants prenant soin d'un proche atteint de démence sévère, étaient dépressifs.
- Prendre soin d'un proche peut, selon la condition de l'aidé, conduire à un « burn out », résultat d'un stress physique et émotionnel prolongé dans le temps.
- Aider un conjoint âgé peut hausser de 40% les risque de décès chez l'aidant* **D'où l'importance de dépister et prévenir l'épuisement!**

SOURCE : Ducharme, F. (2006). *Famille et soins aux personnes âgées. Enjeux, défis et stratégies*. Montréal : Beauchemin, 210 p

SOURCE : Regroupement des aidantes et aidants naturels de Montréal. *Le manifeste des proches aidants**

LE PARTENARIAT DE SOIN AVEC LE PROCHE AIDANT: importance de l'enseigner à vos résidents:

Le proche aidant

- Un partenaire de soins et l'**Expert** de sa réalité
- Le proche aidant a ses limites, il est un agent de soutien et non de prise en charge
- Les communications faites auprès du proche aidant doivent respecter sa capacité à digérer l'information, le choix des mots est important

Le proche aidant désire :

- Comprendre la maladie pour mieux composer avec cette dernière au quotidien
- Participer directement aux soins et au plan d'intervention: être un allié
- Être reconnu et valorisé dans son rôle de proche aidant

TESTEZ VOS CONNAISSANCES

www.capsulescpd.ca

formation en ligne, module 1

Marie-Andrée Bruneau,

géronto-psychiatre, IUGM

LES SCPD:

**Une approche non pharmacologique
en tout premier lieu!**

HUMANISME ET CRÉATIVITÉ

QUELQUES NOTIONS DE BASE

- **Importance des SCPD**
- **Classification des symptômes**
- **Processus clinique (voir document complet dans la pochette)**

IMPORTANCE DES SCPD

80 à 97% des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présenteront des SCPD à un moment de leur vie

- Hommes: plus d'agressivité
- Femmes: plus de symptômes dépressifs, anxieux

Les SCPD les plus fréquents:

- Apathie (symptôme le plus persistant), anxiété, dépression
- Haute prévalence d'apathie, d'agitation et de comportements moteurs stéréotypés aux stades avancés de la démence

CLASSIFICATION DES SCPD

Troubles de l'humeur et de la motivation

- Dépression, Anxiété, Apathie, Irritabilité

Psychose

- Délire, Hallucination

Comportements hyperactifs et frontaux

- Errance, Vocalisations répétitives, Mouvements répétitifs ou stéréotypés, Désinhibition agressive/sexuelle/sociale, Gloutonnerie, Comportements d'utilisation, Comportements d'imitation
- Agitation (syndrome crépusculaire vers 16h): verbale, non verbale; avec ou sans agressivité

SCPD ET MÉDICAMENTS

NON

- Cris répétitifs (non liés à la douleur ni à la dépression)
- Comportements relatifs à l'élimination ou à l'habillage inappropriés
- Désinhibition verbale
- Errance
- Fugues
- Mouvements répétitifs
- Oralité
- Résistance aux soins
- Rituels d'accumulation

OUI*

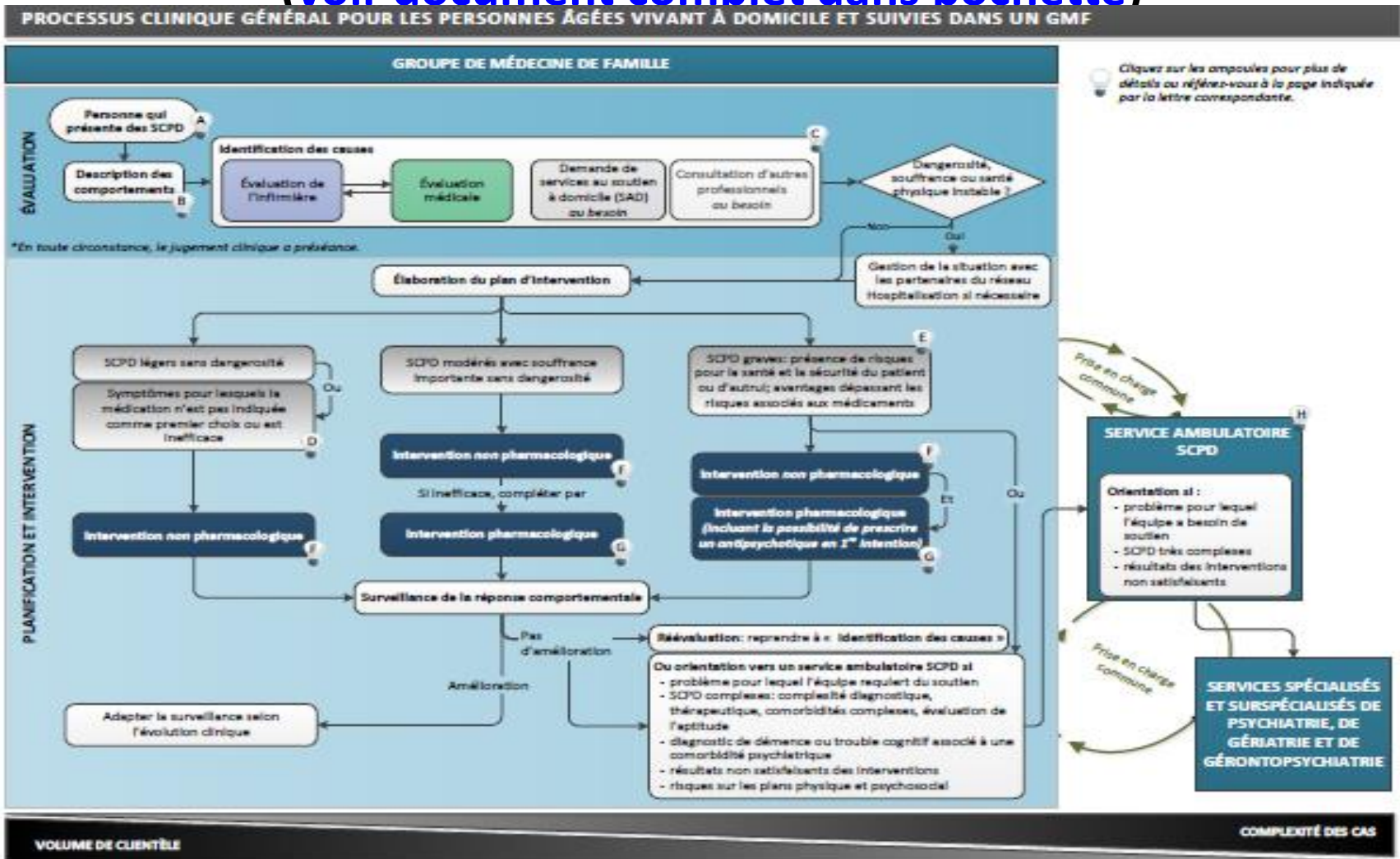
- Symptômes dépressifs sévères
- Symptômes anxieux graves
- Symptômes psychotiques sévères
- Agitation-agressivité grave

• Les avantages dépassent les risques.

• Voir tableau « Intervention pharmacologique en première ligne » dans le document « Processus clinique » dans la pochette

PROCESSUS CLINIQUE

(voir document complet dans pochette)



1. OBSERVER

- Entrer en relation pour observer
- Quoi observer, par qui
- Quels outils utiliser

ENTRER EN RELATION...ENTRER EN SCÈNE

- Tout au long du processus clinique l'intervenant aura à interagir avec la personne présentant des SCPD
- **L'observateur est et devient un outil clé dans l'intervention.**
 - Pour réaliser les observations directes, même pour des gestes ou des faits qui nous semblent anodins,
 - Pour valider des informations indirectes
 - Pour les interventions elles-mêmes.
- Toutes les interactions doivent être soutenues par **L'APPROCHE DE BASE.**

APPROCHE DE BASE

Cinq principes utiles en interaction

1. Créer et maintenir une **alliance thérapeutique** (être son allié, son ami)

- Les rôles professionnels et sociaux sont non reconnus par les personnes atteintes
- Nous restons, aux yeux des personnes présentant des SCPD, simplement une PERSONNE
- **L'histoire de vie ou biographique est souvent utile ici**

APPROCHE DE BASE

Cinq principes utiles en interaction

2. Rester dans le **ICI ET MAINTENANT**

- Maintenir un accompagnement émotif
- sortir impérativement de tout argumentaire

APPROCHE DE BASE

Cinq principes utiles en interaction

3. Contrôler l'effet miroir

- Reconnaître ses propres réactions émotives et éviter de les induire chez l'autre

APPROCHE DE BASE

Cinq principes utiles en interaction

4. Éviter de surestimer ou sous estimer la dangerosité (est-ce grave?)

- Éviter de créer un climat dramatisant

APPROCHE DE BASE

Cinq principes utiles en interaction

5. Permettre les erreurs et recommencer

- Les pertes de mémoire permettent souvent de recommencer à neuf avec une autre approche
 - diversion
 - Recadrage
 - Validation
 - Réminiscence
 - changement d'environnement
 - changement d'intervenants etc

QUOI OBSERVER

POUR COMPRENDRE ET POUR AGIR

- Identifier les facteurs déclencheurs
- Identifier
 - les réactions
 - les conséquences sur la personne et son entourage
 - le niveau de détresse
 - les risques
- Prioriser en présence de problèmes multiples
- Évaluer l'efficacité des interventions proposées

Grille d'évaluation du risque à domicile

extrait de “Outils d'observation ou d'évaluation recommandés”,
MSSS 2014 (voir pochette)



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

Cet outil d'évaluation s'adresse à toute clientèle adulte vulnérable avec problèmes multiples.

Cet **Outil d'évaluation du risque** est composé :

- De l'**Aide-mémoire**
- De la **Grille d'analyse du risque**
- Des **Critères de la Nouvelle-Écosse**
- Des **Éléments de réflexion éthique**.

Dans les situations difficiles, il est fortement recommandé de consulter. Le but de cet **Outil d'évaluation du risque** est d'aider les équipes d'intervenants à identifier les facteurs de risque des personnes vivant à domicile et de les assister dans l'orientation de leurs interventions.

Les équipes d'intervenants, dans leur estimation des facteurs de risque, doivent tenir compte des expériences antérieures de la personne évaluée, ainsi que des circonstances atténuantes ou, au contraire, aggravantes. Cet outil ne comporte donc pas de système de pondération afin d'éviter une évaluation erronée du niveau de risque.

Comment utiliser l'**Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile**?

- Complétez la **Grille d'analyse du risque**¹ en vous servant de l'**Aide-mémoire**.
- Utilisez au besoin les **Critères de la Nouvelle-Écosse** si vous jugez pertinent d'évaluer le degré de compréhension du client.
- Vous référer aux **Éléments de réflexion éthique** pour objectiver les choix possibles dans les situations qui ne font pas consensus ou litigieuses.

Les auteurs

CSSS de la Montagne
Programme Info-Santé

Jean Lachance, travailleur social, conseiller psychosocial

Services ambulatoires de psychogériatrie des CLSC Métro, NDG-Montréal-Ouest, Parc-Extension et St-Henri
Nicole Poulin, psychologue, chef d'équipe

En collaboration avec

Le Curateur Public du Québec
Direction territoriale de Montréal

Chantal Deléseleuc, travailleuse sociale
Jocelyne St-Pierre, travailleuse sociale, chef d'équipe à l'Accueil

© La reproduction de cet outil est autorisée à la condition de nommer les auteurs et de n'y apporter aucune modification.
Novembre 2014.

¹ Notez que la **Grille d'analyse du risque** n'est pas un outil d'évaluation de l'aptitude de la personne.

QUI PEUT COLLABORER À L'OBSERVATION

Personne vivant à domicile

- La personne, le proche aidant, la famille, les personnes significatives, les intervenants à domicile, les partenaires
- Si la personne vit avec la famille, nous travaillons davantage avec les membres de la famille
- Si la personne vit seule, nous travaillons davantage avec son réseau de soutien

QUI PEUT COLLABORER À L'OBSERVATION

CHSLD ou résidence pour aînés

- **Infirmière responsable**

- SCPD observés et rapportés
- facteurs déclencheurs
- moment opportun pour observer
- réactions des soignants et des autres aînés qui y résident
- identifier le personnel qui pourrait compléter une grille d'observation
- tenter une intervention

- **CLSC (dans certaines résidences) et la famille**

AVEC QUOI OBSERVER: DES OUTILS UTILES

Grille d'observation des comportements X 1 sem ([voir pochette](#))

- Peut être complété par le proche aidant ou un intervenant pour identifier et nommer le SCPD
- Pour établir un plan d'intervention interprofessionnel
- Pour évaluer l'efficacité d'une intervention

Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield ([voir pochette](#))

- Pour évaluer l'intensité et la sévérité de l'agitation verbale ou gestuelle durant les 2 dernières semaines
- Compléter en présence d'un proche aidant ou d'un intervenant
- Pour établir s'il y a vraiment un problème qui demande une intervention

GRILLE D'OBSERVATION DES COMPORTEMENTS (1 sem)

extrait de "Outils d'observation ou d'évaluation recommandés",
MSSS 2014 (voir pochette)



IUG360

GRILLE D'OBSERVATIONS COMPORTEMENTALES (sept jours)

Motif d'observation: _____

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

CHCN (1993, révisé 1996), FRANCOEUR, Louise

33500360

Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield

(extrait de "Agitation dans les démences", MSSS 2012, (voir pochette)

ANNEXE 3

Inventaire d'agitation
de Cohen-Mansfield
 Jour Soir Nuit

1	Faire les cent pas	1	2	3	4	5	6	7
2	Habilage ou déshabilage inapproprié	1	2	3	4	5	6	7
3	Cracher	1	2	3	4	5	6	7
4	Sacrer ou agresser verbalement	1	2	3	4	5	6	7
5	Demandes constantes d'attention	1	2	3	4	5	6	7
6	Répétitions de phrases ou de questions	1	2	3	4	5	6	7
7	Frapper	1	2	3	4	5	6	7
8	Donner des coups de pieds	1	2	3	4	5	6	7
9	Empoigner	1	2	3	4	5	6	7
10	Pousser	1	2	3	4	5	6	7
11	Émettre des bruits étranges	1	2	3	4	5	6	7
12	Crier	1	2	3	4	5	6	7
13	Égratigner	1	2	3	4	5	6	7
14	Essayer de se rendre ailleurs	1	2	3	4	5	6	7
15	Turbulence générale	1	2	3	4	5	6	7
16	Se plaindre	1	2	3	4	5	6	7
17	Négativisme	1	2	3	4	5	6	7
18	Manipuler des choses incorrectement	1	2	3	4	5	6	7
19	Cacher des choses	1	2	3	4	5	6	7
20	Amasser des choses	1	2	3	4	5	6	7
21	Déchirer ou arracher des choses	1	2	3	4	5	6	7
22	Maniéisme répétitif	1	2	3	4	5	6	7
23	Avances sexuelles verbales	1	2	3	4	5	6	7
24	Avances sexuelles physiques	1	2	3	4	5	6	7
25	Chuter intentionnellement	1	2	3	4	5	6	7
26	Lancer des choses	1	2	3	4	5	6	7
27	Mordre	1	2	3	4	5	6	7
28	Manger des substances inappropriées	1	2	3	4	5	6	7
29	Se faire mal à soi-même	1	2	3	4	5	6	7

Signature : _____ Date : _____

Compléter avec :
 Contingents : Indiquer pour chaque résident la fréquence à laquelle il ou elle a manifesté chacun des comportements suivants durant votre quart de travail ou cours des deux dernières semaines.
 Encadrer le chiffre correspondant à la meilleure réponse en vous référant aux définitions suivantes.

Au cours des deux dernières semaines, le résident :

- 1 = n'a jamais manifesté ce comportement.
- 2 = a manifesté ce comportement moins d'une fois par semaine.
- 3 = a manifesté ce comportement une ou deux fois par semaine.
- 4 = a manifesté ce comportement plusieurs fois par semaine.
- 5 = a manifesté ce comportement une ou deux fois par jour.
- 6 = a manifesté ce comportement plusieurs fois par jour.
- 7 = a manifesté ce comportement plusieurs fois par heure.

Source : Cet inventaire a été reproduit et traduit de l'anglais par Stéphanie Deslauriers, Philippe Landreville, Louise Dicaire et René Verreault à partir du Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), © Cohen-Mansfield, 1986. Cette référence est parue dans l'article original de Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology*, 44(3), M77-84.

La traduction française et autorisée est extraite de l'article : Deslauriers, S., Landreville, P., Dicaire, L. & Verreault, R. (2001). Validité et fiabilité de l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 20(3), 373-384.

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

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

AGITATION DANS LES DÉMENCES
 Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - Fiches cliniques
 Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal / CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

AVEC QUOI OBSERVER: DES OUTILS UTILES

Résumé d'histoire de vie (histoire biographique)

Routine, habitudes, particularités

- Pour établir et maintenir un lien
- Pour divertir ou calmer
Quel sujet stimule l'intérêt, change l'humeur, aide à se sentir en contrôle?
- Pour comprendre le message ou le besoin derrière le comportement qui est observé

HISTOIRE BIOGRAPHIQUE

extrait de “Outils d’observation ou d’évaluation recommandés”,
MSSS 2014 voir pochette)

(M-SCPD-02)



HISTOIRE BIOGRAPHIQUE

Établissement :
Unité :
Personne ressource :
Complétée par :

Date :

Catégories	Exemples de questions types	Informations recueillies
Famille	Combien d'enfants et de petits enfants la personne a-t-elle? Combien de frères et de sœurs a-t-elle? Quel type de relation la personne entretient-elle avec sa famille? Est-ce qu'il y a présence de conflits familiaux? Est-ce qu'il y a des personnes significatives à l'extérieur des membres de la famille? Est-ce que la personne reçoit de la visite (fréquence, durée, qui la visite la plus souvent)?	
Provenance	Dans quelle ville la personne est-elle née? Dans quelle ville la personne a-t-elle habité la majeure partie de sa vie? Quel était le type de résidence de la personne (maison, logement)? Est-ce que la personne aimait particulièrement un lieu?	

PRATIQUES GAGNANTES

Avoir une approche systémique dans la communauté

- Obtenir des observations de sources multiples de la personne, sa famille, son entourage, des intervenants dans différents établissements et organismes
- Tenir compte qu'il peut y avoir de multiples déclencheurs à domicile

Le travail interprofessionnel est essentiel

- Une meilleure compréhension et gestion d'un SCPD devient plus « gérable » si on travaille en concertation avec la famille, l'équipe interdisciplinaire et les ressources communautaires

PRATIQUES GAGNANTES

Adapter son intervention aux besoins particuliers de la personne et utiliser l'approche de base

- Intervenir au rythme de la personne si les risques ne sont pas trop élevés
- Fixer des objectifs réalistes
- Apprendre à ne pas trop réagir et à éviter la confrontation quand il y a une escalade d'émotions
- Apprendre à connaître certains facteurs prédisposant à la réaction catastrophique:
 - trouble cognitifs graves,
 - âge avancé,
 - certains traits de personnalité prémorbides.

2. COMPRENDRE

- Cerner ce qui cause problème et pour qui
- Préciser les causes
- Identifier les conséquences

COMPRENDRE

- Les événements qui déclenchent les symptômes
- Ce qui cause problème et pour qui:
 - La personne âgée présentant des SCPD
 - Les proches
 - Les personnes de son milieu de vie
 - Les soignants
- Les causes

ÉVALUATION MÉDICALE:

À LA RECHERCHE DES CAUSES

Diagnostic cognitif (démence, délirium)

Diagnostic SCPD:

- Condition médicale ou psychiatrique à traiter ou à stabiliser
- Douleur
- Médication (effets secondaires, sevrage, interactions)
- Abus de substance

Bilan de base

Priorité selon l'urgence et la dangerosité

Source: Processus clinique visant le traitement des SCPD, section C, MSSS, 2014

ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

- Environnement familial ou non (repères, souvenirs, etc.)
- Objets potentiellement dangereux
- Éléments contribuant aux différents risques (escalier, fils, tapis, bruits, luminosité excessive, etc.)
- Importance de l'interprofessionnel

ÉVALUATION DES CONSÉQUENCES

Différents SCPD, différentes conséquences

- **Errance :**

- Grande fatigue avec  de l'endurance et  des risques de chutes

- Proche-aidant dort peu car peur de la fugue

- **Agitation /agressivité**

- Potentiel important de blessures tant pour l'aidé que le proche-aidant lors des soins

3.AGIR

- Qui mobiliser?
- Comment intervenir?

QUI MOBILISER

Le CSSS

- Évaluation des besoins
- Services professionnels (équipe de psycho-gériatrie à domicile ou autre)
- Services d'aide à domicile
- Centre de jour (groupe spécifique pour troubles cognitifs si disponible)
- Services de répit (hébergement temporaire, présence-surveillance, Baluchon Alzheimer)
- autre

QUI MOBILISER

Les ressources communautaires

- LES SOCIÉTÉS ALZHEIMER
- L'APPUI

UN APPUI DANS CHACUNE DES RÉGIONS ADMINISTRATIVES DU QUÉBEC (18)

- Financement des services octroyés par les organisations locales
 - Financement de services d'information, de formation, de soutien psychosocial et de répit destinés aux proches aidants d'aînés
- Concertation et mobilisation des milieux
- Acquisition et transfert de connaissances
- Soutien à l'innovation
- Valorisation du rôle de proche aidant
- Action visant la reconnaissance des proches aidants d'aînés (par eux-mêmes)
- Sensibilisation aux réalités vécues par les proches aidants d'aînés (environnements externes)
- Offre de services directs aux proches aidants d'aînés et aux personnes qui les accompagnent (entourage/bénévole/intervenant/professionnel)
 - Portail web LAPPUI.org
 - Service Info-aidant [1.855.8.LAPPUI](tel:18558LAPPUI)

Portail web LAPPUI.ORG



Permet aux proches aidants d'aînés, à leur entourage, aux intervenants et aux professionnels jouant un rôle auprès d'eux de consulter l'offre de services régionale, d'accéder à de l'information sur des sujets concernant la vie quotidienne des aidants, de voir des vidéos explicatifs, de poser des questions, d'avoir un regard introspectif sur leur propre santé.

Service Info-aidant

1.855.8.LAPPUI

Ce qu'il faut retenir et enseigner

- **En un seul endroit**: portrait complet de l'offre communautaire destiné aux proches aidants d'aînés
- Un service gratuit, professionnel et confidentiel
- **Importance de l'action précoce** de référence vers le Service Info-aidant: avant même un diagnostic formel, dès que le proche aidant est confronté à la diminution de l'autonomie de l'aîné qu'il accompagne
- Le réseau de services communautaires n'est pas confrontant ni "épeurant" pour le proche aidant, il y ressent souvent moins de stress lié à sa compétence et à la "menace de placement involontaire"

Service Info-aidant

1.855.8.LAPPUI

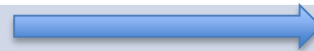
Ce qu'il faut retenir et enseigner

- Le réseau des services communautaires, en addition avec les services de soutien à domicile, diversifie l'offre faite aux aidants; leurs services peuvent être d'un grand soutien pour l'aidant avant la mise en place des services de soutien à domicile
- Un aidant informé et soutenu est un aidant en santé qui joue son rôle avec un sentiment de “ bien faire ce qu'il est en mesure de faire”
- **L'action rapide sur les facteurs de protection de l'aidant** amenuise l'isolement social, l'épuisement, la détresse et abaisse les facteurs de risques associés à la maltraitance

DE QUELLE FAÇON INTÉGRER LA PRÉSENTATION DE L'APPUI (ET DES PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES) DANS L'ENSEIGNEMENT AUX RÉSIDENTS ET AUX STAGIAIRES?

Possibilités à voir avec votre Appui régional

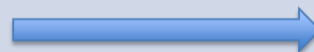
Milieu d'enseignement



L'Appui régional

L'Appui régional peut soutenir les milieux d'enseignement en analysant les besoins de formation avec les superviseurs afin de cibler les ressources répondant à ces besoins.

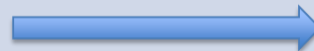
Milieu d'enseignement



L'Appui régional

L'Appui régional peut informer des groupes de résidents et stagiaires sur les besoins des proches aidants d'aînés et sur la pratique auprès de cette clientèle.

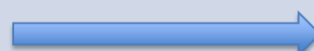
L'Appui régional



Milieu d'enseignement

L'Appui régional peut aller à la rencontre des équipes de superviseurs ou des cohortes de résidents/stagiaires afin de présenter les services offerts par son organisation.

L'Appui régional



Milieu d'enseignement

L'Appui régional peut soutenir les équipes de supervision en participant à des formules d'échanges, dans les milieux d'enseignement, avec les organisations communautaires locales.

UNE MISE EN SITUATION

L'ESCALADE DE MADAME B

- CAS CLINIQUE DANS LA POCHETTE
- SE DIVISER EN 3 GROUPES ET RÉPONDRE AUX QUESTIONS

QUESTIONS D'ATELIER

- Quels sont les SCPD observés? Qu'est-ce qui les provoquent?
(tous les ateliers)
- Quelles sont les conséquences de ceux-ci et pour qui?
(tous les ateliers)
- Comment intervenir dans l'immédiat? Quels comportements et attitudes doivent prendre la résidente et le pharmacien?
(groupe 1)
- Quelles sont les interventions à enclencher? (groupe 2)
- Quelles ressources doit-on mobiliser? (groupe 3)

MESSAGES CLÉS À RETENIR

1. Dans la majorité des SCPD, privilégier les interventions non pharmacologiques aux interventions pharmacologiques s'avère un choix judicieux.
2. Une évaluation systématique des causes et des conséquences des SCPD permet un traitement plus adapté.
3. Une communication respectueuse, ajustée au rythme de la personne âgée présentant des SCPD et du proche aidant qui l'accompagne, crée une relation de confiance qui peut prévenir l'apparition ou l'exacerbation de SCPD.

DOCUMENTS ESSENTIELS à consulter

www.msss.gouv.qc.ca

- Approche non pharmacologique visant le traitement des SCPD. MSSS, Gouvernement du Québec, 2014 (**dans pochette**)
- Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des SCPD. MSSS, Gouvernement du Québec, 2014.
- Processus clinique visant le traitement des SCPD. MSSS, Gouvernement du Québec, 2014 (**dans pochette**)

RÉPERTOIRE EN LIGNE

- voir dans la pochette la liste des documents qui seront déposés sous peu sur notre répertoire en ligne
- <http://ena.ruis.umontreal.ca>

OBJECTIF DE TRANSFORMATION

- Identifier un objectif de transformation **SMART** à réaliser dans les **3 mois** qui suivent la formation

ÉVALUATION DE L'ATELIER

N'oubliez pas de répondre au sondage en ligne!

MERCI BEAUCOUP DE VOS COMMENTAIRES.