

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

**Titre du document :**

Gestion optimale des symptômes  
comportementaux et psychologues de la  
démence chez les aînés vivant en centre de soins  
de longue durée.

**Auteur :**

Sylvie Rey

**GESTION OPTIMALE DES  
SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE  
CHEZ LES AÎNÉS VIVANT EN  
CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE**



**GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE POUR LES INFIRMIÈRES**

**ÉLABORÉ PAR**

Sylvie Rey, inf., D.E.S.S. (santé mentale), M. Sc. inf.  
Conseillère en soins infirmiers – Direction SAPA

**MISE À JOUR – MARS 2015**

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

Centre de santé et de services sociaux de Portneuf, *Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les aînés vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée – Guide de pratique clinique pour les infirmières*, Direction des services de soutien à l'autonomie des personnes âgées, Sylvie Rey, 2015, 49 pages.

*« Ne jamais se sentir quitte, ne pas accepter les seules circonstances immédiates, convertir l'acte de soin en cet engagement manifeste qui supplante, en toutes circonstances, les tentations du désistement. »*

*Emmanuel HIRSCH*

*L'éthique à l'épreuve de la maladie grave (2005)*



*Nous tenons à remercier sincèrement les personnes ayant collaboré à la réalisation de ce document par leur soutien et leurs commentaires lors de la consultation.*

**Collaborateurs externes consultés (2012, 2013 et 2015)**

Philippe Voyer	Professeur titulaire Responsable de la formation continue Faculté des Sciences infirmières, Université Laval Responsable du volet enseignement, CEVQ
Daniel Ducraux	Infirmier spécialiste clinique Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) Site de Cery – Prilly (Suisse)

**Pour la version préliminaire (2012) :**

Manon Turcotte	Infirmière clinicienne, conseillère pour l'équipe de mentorat Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ)
----------------	---

**Centre de santé et de services sociaux de Portneuf**

**Direction Soutien à l'autonomie des personnes âgées [SAPA] (2012, 2013 et 2015)**

Gaétane Pellerin	Directrice SAPA
Lina Montambault	Technicienne en administration (mise en page et correction)

**Direction des soins infirmiers (2012 et 2013)**

Sylvie Dubé	Directrice des soins infirmiers par intérim
Louise Juneau	Conseillère en activités cliniques
Priscilla Malenfant	Conseillère en soins infirmiers par intérim
Vincent Dorval	Conseiller en soins infirmiers

**Pour la version préliminaire (2012)**

Chantal Bourdages	Présidente du comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CECII)
Denyse Demers	Pharmacienne
Sylvie Dubé	Présidente sortante du CECII
Gaétane Gasse	Chef du service de pharmacie
Andrée Leboeuf	Vice-présidente du CECII
Cybèle Morin	Médecin, chef de la gériatrie
Chantal Pleau	Conseillère au CECII



## Table des matières

Liste des annexes.....	6
1. Introduction .....	7
2. Rôle de l’infirmière exerçant en soins de longue durée .....	7
3. Présentation des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence .....	9
3.1. Les symptômes comportementaux de la démence .....	11
3.1.1. L’errance .....	11
3.1.2. L’agitation/agressivité.....	12
3.1.3. La résistance aux soins (RAS) .....	13
3.1.4. Les comportements sexuels inappropriés .....	14
3.1.5. La réaction de catastrophe .....	14
3.1.6. Le syndrome crépusculaire .....	14
3.2. Les symptômes psychologiques de la démence .....	15
3.2.1. Les idées délirantes.....	15
3.2.2. Les hallucinations.....	15
3.2.3. Les illusions .....	15
3.2.4. La dépression .....	16
3.2.5. L’apathie.....	16
3.2.6. L’anxiété.....	16
4. Algorithme pour l’évaluation clinique .....	17
5. Résolution de problèmes et principes généraux de la gestion optimale des SCPD.....	19
6. Démarche clinique structurée.....	20
6.1. Histoire de santé – Anamnèse .....	21
6.2. Première rencontre avec l’aîné.....	24
6.3. Évaluation des causes sous-jacentes des SCPD .....	25
6.4. Description du comportement et des symptômes .....	27
6.5. Analyse .....	28



6.6.	Détermination du plan de soins et de traitements infirmiers .....	28
6.6.1.	Cibles et principes .....	28
6.6.2.	Principes d'intervention.....	29
6.6.2.1.	Interventions non pharmacologiques.....	29
6.6.2.2.	Interventions pharmacologiques .....	34
6.7.	Application du plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI) .....	35
6.8.	Évaluation des résultats .....	36
7.	Considérations organisationnelles.....	37
8.	Outils d'évaluation .....	38
9.	Outils de documentation .....	38
10.	Unité prothétique fermée.....	39
11.	Comité d'éthique .....	39
12.	Équipe de consultation et d'intervention en psychogériatrie (ÉCIP).....	40
13.	Ressources extérieures .....	41
13.1.	Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec – Équipe de mentorat .....	41
13.2.	Institut universitaire en santé mentale de Québec – Unité d'évaluation.....	42
14.	Documentation .....	43
15.	Références.....	45



## Liste des annexes

1. Guide pour l'évaluation clinique des SCPD (AR-482)
2. Examen clinique pour l'évaluation des SCPD (AR-481)
3. Les facteurs déclencheurs d'un SCPD : Le modèle ÉTEC
4. Génogramme et écocarte
5. Voyer, P., Gagnon, C., & Germain, J. (2009). *Gestion optimale des SCPD : Aide-mémoire à la prise de décision*
6. Profession infirmière : champ d'exercice et activités réservées – soins de longue durée (OIIQ, *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée [CHSLD]*, p. 31)
7. Interventions non pharmacologiques pour les aînés présentant des SCPD



## 1. INTRODUCTION

Les aînés vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) présentent des problèmes de santé complexes et spécifiques, dont les troubles neurocognitifs (TNC). Des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) apparaissent souvent au cours de l'évolution des troubles neurocognitifs.

Du fait de leur fréquence et de leurs répercussions, les SCPD sont une préoccupation majeure pour les infirmières exerçant en soins de longue durée, puisqu'ils peuvent entraîner des conséquences négatives importantes pour l'aîné, ses proches et les autres résidents. Ils constituent un défi pour l'équipe soignante, l'équipe interdisciplinaire et l'établissement lui-même.

La variété des SCPD fait appel à des compétences spécifiques et spécialisées que les membres de l'équipe soignante (infirmières, infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires) et de l'équipe interdisciplinaire doivent posséder. Les infirmières qui suivent les recommandations des lignes directrices sur la gestion optimale des SCPD contribuent à en réduire la fréquence, la gravité et le retentissement (Barton, Merrilees, Ketelle, Wilkins, & Miller, 2014; Kovach, Kelber, et al., 2006; Kovach, Logan, et al., 2006; Rey, 2014). Cependant, les résultats d'une étude québécoise démontrent la présence de lacunes dans l'état des connaissances des infirmières exerçant en CHSLD (Gagné, 2010). Ainsi, ce guide de pratique a pour but de fournir une base de connaissances permettant de guider les infirmières pour l'évaluation clinique et la détermination de certaines interventions. De plus, on y propose les étapes à suivre afin d'adopter une démarche rigoureuse, logique et systémique. Enfin, les structures de soutien à l'équipe soignante et à l'équipe interdisciplinaire y sont présentées.

Les références principales de ce guide de pratique sont celles du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2014a, 2014b, 2014c, 2014d), de l'Association internationale de psychogériatrie (International Psychogeriatric Association [IPA], 2012b), la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées [CCSMPA], 2006), les lignes directrices de la Société Alzheimer du Canada (Société Alzheimer du Canada [SAC], 2011) et le livre sur les soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie (Voyer, 2013). Toutes les références sont citées à la partie 15 et de la documentation complémentaire est proposée à la partie 14.

## 2. RÔLE DE L'INFIRMIÈRE EXERÇANT EN SOINS DE LONGUE DURÉE

Le rôle de l'infirmière exerçant en soins de longue durée ne sera pas décrit de façon précise. Par contre, les infirmières sont invitées à consulter les documents suivants :

- L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ] (2014) propose un descriptif très intéressant sur les spécificités du champ d'exercice et des activités réservées des infirmières exerçant en soins de longue durée (annexe 6). Nous invitons les infirmières à prendre connaissance de ce document et à s'en inspirer dans leur pratique quotidienne. Le descriptif devrait également être une référence pour tout ce qui touche à la réflexion sur les rôles et les organisations de soins en CHSLD.





Bien qu'un peu désuet, le document suivant devrait être connu :

- *L'exercice infirmier en soins de longue durée* (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2000). Ce guide présente, entre autres, les indicateurs de la qualité de l'exercice infirmier en soins de longue durée. Les parties suivantes sont particulièrement importantes à considérer pour la gestion optimale des SCPD :
  - L'expertise infirmière en soins de longue durée (p. 8);
  - Les concepts (p. 11);
  - Les soins et déficits cognitifs (p. 28);
  - L'évaluation de l'état de santé du client (p. 40);
  - Les soins lors de situations de santé instables (p. 54);
  - Le respect des droits et volontés du client (p. 58);
  - La communication et l'approche avec le client atteint de déficience cognitive (p. 62);
  - L'environnement adapté à la manifestation de comportements dysfonctionnels ou indésirables [*sic*<sup>1</sup>] (p. 64);
  - La coordination et la continuité des soins (p. 68);
  - L'intégration des membres de l'équipe de soins à l'exercice infirmier (p. 72).
  
- *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (Voyer, 2013), en particulier :
  - les chapitres 2 et 3;
  - la partie 4 : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Nous rappelons que « l'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. » (Durand, 2013).

Parmi les activités réservées à l'infirmière (Durand, 2013), nous rappelons celles qui sont particulièrement importantes à considérer pour la gestion optimale des SCPD :

- évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (PTI);
- effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
- administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

---

<sup>1</sup> Qualifier les comportements de « dysfonctionnels » ou « indésirables » n'est plus préconisé aujourd'hui. Nous demandons aux infirmières d'utiliser l'expression *symptômes comportementaux ou psychologiques de la démence* ou son abrégé *SCPD* ou d'utiliser la catégorie spécifique du symptôme (voir aide-mémoire 2, p. 10). Le terme générique de *troubles du comportement* est également accepté.



### 3. PRÉSENTATION DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE

Il existe plusieurs sortes de troubles neurocognitifs dont les quatre plus fréquents sont les troubles neurocognitifs de type : Alzheimer, à corps de Léwy, vasculaire et frontotemporal. Il est important de connaître les caractéristiques de chacune de ces maladies afin de mieux comprendre les comportements de l'aîné et d'adapter les interventions, qu'elles soient non pharmacologiques ou pharmacologiques.

Du fait de sa connotation négative, le terme *démence* est plutôt réservé aux professionnels. De plus, il convient dès maintenant d'adopter la nouvelle nomenclature du DSM-V qui remplace la notion de *démence* par celle de *trouble neurocognitif majeur (TNC)*. En présence de l'aîné et de ses proches, il est préférable d'utiliser le terme de maladie, comme le suggère l'association de la maladie d'Alzheimer (Société Alzheimer Canada, 2013). On parlera ainsi de maladie d'Alzheimer, à corps de Léwy, vasculaire ou frontotemporale, selon le cas.

Pour les infirmières qui désirent en savoir plus, nous recommandons la lecture du chapitre 4 du volume *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* de Philippe Voyer (2013) qui porte sur les TNC.

Pour les préposées aux bénéficiaires, nous recommandons le manuel du module « Agir pour se protéger » de la formation *Agir auprès de la personne âgée* (ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2008). Le manuel porte sur les troubles cognitifs, les symptômes psychologiques et comportementaux et les situations de crise. Ce manuel est disponible sur chaque unité de soins. De plus, le site de la Société Alzheimer Canada présente de nombreuses informations sur les troubles neurocognitifs.

Le tableau suivant présente brièvement les quatre principaux TNC.

LES GRANDES CARACTÉRISTIQUES DES QUATRE PRINCIPAUX TROUBLES NEUROCOGNITIFS	
TNC d'Alzheimer	TNC à corps de Léwy
Déficits cognitifs confirmés par un test	Perturbations cognitives (fonctions frontales et sous-corticales, capacités visuospatiales)
Trouble de la mémoire	Fluctuation de l'attention et de l'état de conscience
Aphasie	Hallucinations visuelles récurrentes
Apraxie	Signes moteurs de type parkinsonien
Agnosie	(tremblements, rigidité, modification de la démarche)
Déficits des fonctions exécutives	Chutes à répétition
Perturbation des activités de la vie quotidienne (AVQ) et des rôles sociaux	Sensibilité aux antipsychotiques
TNC vasculaire	TNC frontotemporal
Pertes cognitives imprévisibles	Troubles du comportement
Perturbations de la démarche	Hyperoralité
Incontinence urinaire	Comportements stéréotypés, rigidité mentale
Labilité émotionnelle	Perte du sens des convenances sociales
Modification de la personnalité et de l'humeur	Symptômes affectifs comme l'indifférence émotionnelle
Signes focaux : faiblesse, rigidité (ces signes sont généralement asymétriques), modification des réflexes, dysphagie, asymétrie du visage	Trouble du langage
	Conservation de l'orientation spatiale et des praxies au début du trouble neurocognitif

Adapté de : Voyer (2011)



## AIDE-MÉMOIRE 1 : Connaître les spécificités de chaque TNC majeur

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont définis comme des « comportements observables, potentiellement dangereux pour le résident ou les autres, occasionnant du stress, de la peur ou de la frustration pour le résident ou son entourage, et considérés comme socialement inacceptables. » (Beck et al., 1998; Voyer, 2013). Une autre définition est également proposée : « symptômes découlant d'une perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement, qui apparaissent fréquemment chez les personnes atteintes de démence. » (Finkel, Costa e Silva, Cohen, Miller, & Sartorius, 1996; IPA, 2012b).

### Besoins compromis

Le concept de besoins physiologiques, psychologiques et sociaux est à la base de certaines des théories contemporaines sur les SCPD (Cohen-Mansfield, 2000; IPA, 2012a; Mitty & Flores, 2007). L'une des théories infirmières les plus connues est celle des besoins compromis d'Algase, dont le nom original est *Need-driven Dementia-compromised Behavioral – NDB – Model* (Algase et al., 1996; Cohen-Mansfield; Kolanowski, 1999; Richards, Lambert, & Beck, 2000; Voyer, 2013, 2014; Whall & Kolanowski, 2004). Cette théorie a été spécialement conçue pour les aînés vivant en centre d'hébergement (Dettmore, Kolanowski, & Boustani, 2009). Elle postule que les aînés atteints de TNC adoptent des comportements dans un but précis et cherchent à répondre à un besoin non satisfait ou compromis, ou à communiquer ce besoin à autrui. Ainsi, le besoin compromis serait un facteur contribuant au déclenchement des SCPD. Le modèle identifie deux catégories de facteurs pouvant contribuer à la survenue de SCPD. Celles-ci sont présentées au point 6.3.

## PRINCIPE DE BASE : TOUJOURS RECHERCHER LE SENS DES COMPORTEMENTS

En hébergement, les SCPD apparaîtraient chez 69 à 92 % des aînés atteints de TNC (IPA, 2012b). Les SCPD ont des conséquences négatives telles que : souffrance, institutionnalisation précoce, augmentation des coûts des soins et perte de qualité de vie significative pour les aînés, leurs familles et les soignants (Finkel et al., 1996; IPA).

## AIDE-MÉMOIRE 2 : Utiliser les termes exacts

Plutôt que de parler de comportements dysfonctionnels, indésirables, perturbateurs, destructeurs, hostiles, agressifs, agressants, violents ou dérangeants, l'usage du terme *symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* (SCPD<sup>2</sup>) est recommandé. Parfois, le terme générique de « troubles du comportement » est utilisé. Cependant, à la fin de l'évaluation clinique, les infirmières devront utiliser le terme exact de la catégorie du symptôme comportemental ou psychologique (voir ci-dessous) pour formuler un constat au PTI.

<sup>2</sup> L'abréviation SPCD que l'on voit parfois signifie évidemment la même chose et provient de la simple inversion des adjectifs.



### 3.1. Les symptômes comportementaux de la démence

Les symptômes comportementaux de la démence (SCD) sont des comportements habituellement identifiés par l'observation de la personne (IPA, 2012b). Il existe six catégories de comportements (IPA):

- l'errance;
- l'agitation/agressivité;
- la résistance aux soins;
- les comportements sexuels inappropriés;
- la réaction de catastrophe;
- le syndrome crépusculaire.

#### 3.1.1. L'errance

« [...] se traduit par une déambulation ou une locomotion répétitive et aléatoire, sans but apparent ou rationnel pour l'observateur. Au cours de ce déplacement, la personne ne semble pas se préoccuper de ses besoins physiques ou de sa sécurité. [...] la déambulation est fréquemment incongrue, comme si les règles, les limites ou les obstacles n'existaient pas. [...] Il faut distinguer l'errance du déplacement volontaire qui comporte habituellement un but, une visée ou une intention (se rendre à une destination). L'errance n'équivaut pas non plus au fait de marcher de long en large ou de faire les cent pas, comportements qui dénotent plutôt un état de préoccupation, d'attente ou d'impatience. » (Imbeault, 2013). Il faut évaluer avec soin le risque de fuite avec égarement. Il existe six types d'errance (Imbeault) :

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

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



### 3.1.2. L'agitation/agressivité

On retrouve ici un ensemble de comportements pouvant se présenter selon quatre catégories :

LES QUATRE CATÉGORIES DES COMPORTEMENTS D'AGITATION	
Comportements d'agitation physique non agressifs	Comportements d'agitation physique agressifs
Commettre des gestes indécents Faire les cent pas Déambuler de façon inappropriée S'emparer ou cacher des objets des autres Égarer les objets Fouiller dans les affaires des autres Uriner ou déféquer de façon inappropriée Cogner des objets sans les briser Lancer des objets ou des aliments S'habiller de façon incorrecte Se déshabiller dans des lieux inappropriés S'isoler Négliger son hygiène Manger la nourriture des autres Faire des gestes insultants, mais pas obscènes Ne pas suivre les directives Mettre dans sa bouche des objets inappropriés Présenter des gestes répétitifs ou des comportements ritualisés Se cramponner ou poursuivre des personnes Déambuler de façon inappropriée	Briser des objets Tordre des objets Pincer les soignants Griffes Donner des coups de coude Mordre Donner des coups de pieds Frapper les autres résidents S'automutiler Cracher sur les soignants ou les résidents Bousculer les soignants ou les résidents Empoigner les soignants ou les résidents Voler les objets des autres résidents Posséder un objet pour blesser des personnes Utiliser un objet pour frapper les soignants ou les résidents
Comportements d'agitation verbale non agressifs	Comportements d'agitation verbale agressifs
Parler constamment Répéter des phrases, des mots ou des sons Émettre des sons répétitifs Expressions reflétant des peurs irrationnelles	Utiliser un langage indécent ou blasphémer Crier ou hurler Menacer de blesser les autres Menacer de s'automutiler Utiliser un langage hostile, accusateur envers les autres

Sources : Bourque and Voyer (2013) , IPA (2012b) & Ylief et al. (2005)

Lorsque l'infirmière formule un constat d'agitation, elle devrait préciser la ou les catégories. De plus, pour certaines situations, il est important de différencier les comportements d'agitation des comportements d'agressivité.

Les comportements agressifs regroupent (Vézina & Belzil, 2013) les comportements hostiles dirigés vers une autre personne (hétéroagressivité), vers un objet ou vers soi-même (autoagressivité). Il est important de préciser que certains comportements d'auto ou d'hétéroagressivité peuvent être considérés comme des urgences, en fonction de leur caractère de dangerosité. Il est alors essentiel d'agir dans le but de diminuer le degré de dangerosité.



En ce qui concerne l'agitation verbale, il est proposé une typologie comportant quatre aspects différents :

<b>Le type</b>	verbal : crier non verbal (vocal) : gémir
<b>Le sens</b>	plaintes malaise autostimulation
<b>La distribution</b>	constant aléatoire sans patron apparent
<b>La qualité dérangeante</b>	pas du tout un peu moyennement beaucoup

Source : Landreville (2013)

### 3.1.3. La résistance aux soins (RAS)

Différente de l'agitation (Volicer, Bass, & Luther, 2007), elle est définie comme étant « un répertoire de comportements qui empêchent ou interfèrent avec les activités d'un soignant lors des activités de la vie quotidienne (AVQ) comme l'aide à l'habillage, aux repas, à l'utilisation des toilettes, aux bains, et aux soins d'hygiène quotidiens » (Belzil, Vézina, & Landreville, 2009). La résistance aux soins peut aussi concerner la prise de médicaments, en refusant de les prendre ou de les ingérer, en les camouflant ou en les crachant (Collin, Joyal, & Gauthier, 2013).

Il est intéressant de signaler qu'un phénomène d'escalade des comportements est décrit pour la résistance aux soins d'hygiène (Belzil et al., 2009). Les catégories sont les suivantes :

CATÉGORIES COMPORTEMENTALES	DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES ET EXEMPLES
<b>Résistance verbale</b>	Comportement verbal de RAS ne constituant pas un stimulus nuisible, nocif, attaquant ou agressif, dans le contenu comme dans la forme. Exemples : verbaliser son désaccord, dire non.
<b>Résistance physique passive</b>	Comportement physique de RAS n'impliquant pas l'émission de stimuli nuisibles ou nocifs envers le soignant. Se caractérise par une immobilité rigide ou une fuite. Exemples : tenter de quitter le lieu du soin, se tenir raide.
<b>Résistance verbale agressive</b>	Comportement verbal de RAS constituant un stimulus nuisible, nocif, attaquant ou agressif, dans le contenu ou dans la forme. Exemples : crier, jurer, insulter le soignant.
<b>Résistance physique active</b>	Comportement physique de RAS impliquant l'émission de stimuli nuisibles ou nocifs envers le soignant, mais ne constituant pas une attaque ou une agression. Se caractérise par une manifestation active de la résistance, avec force et énergie. Exemples : repousser ou retenir le bras du soignant.
<b>Résistance physique agressive</b>	Comportement physique de RAS impliquant l'émission de stimuli nuisibles ou nocifs envers le soignant, constituant une attaque ou une agression. Exemples : frapper, claquer, mordre.

Source : Belzil et al. (2009)



La résistance aux soins est parfois confondue avec l'agitation, l'agressivité ou la réaction de catastrophe. Or, les facteurs causaux et les interventions associés à ces différents troubles ne sont pas les mêmes. Il convient donc de les distinguer, comme le propose l'IPA (2012b).

#### 3.1.4. Les comportements sexuels inappropriés

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

- 1) les comportements verbaux et gestuels à caractère sexuel manifeste : injures, propositions inconvenantes, gestes obscènes, attouchements et caresses sur les parties intimes, baisers;
- 2) les comportements exhibitionnistes : exposition intentionnelle des parties génitales ou de la nudité;
- 3) les masturbations en public;
- 4) les conduites d'hyperactivité sexuelle : tentatives ou rapports sexuels avec un partenaire consentant ou non.

#### 3.1.5. La réaction de catastrophe

Est un état de détresse manifesté par des personnes ayant des troubles cérébraux ou cognitifs et qui se trouvent dans des situations les confrontant à des difficultés et à des échecs (Ylief et al., 2005). Elle « [...] se traduit par des manifestations d'anxiété et d'angoisse (transpiration, larmes, colère) ou par des comportements verbaux et moteurs à tonalité agressive (s'agiter, injurier, frapper, lancer des objets, refus de poursuivre la tâche). Elle peut aussi se manifester par des réactions dépressives, de découragement, d'apathie, d'impuissance, des aveux d'incapacité et des sentiments de dévalorisation. » (Ylief et al., 2005, p. 16). La réaction de catastrophe se produit de façon soudaine et brève dans des situations particulières qui confrontent, effraient ou frustrant la personne (IPA, 2012b). Étant parfois confondue avec la résistance aux soins tel que mentionné plus haut, les facteurs prédisposants et précipitants ainsi que les interventions liés à la réaction de catastrophe ne sont pourtant pas les mêmes. Il est donc important de savoir les différencier (IPA).

#### 3.1.6. Le syndrome crépusculaire

Consiste en une apparition ou une exacerbation des SCPD, vers l'heure du coucher du soleil (Bilodeau, 2013). Les symptômes comportementaux du syndrome crépusculaire sont des comportements d'agitation physique ou verbale parfois accompagnés d'agressivité Les symptômes psychologiques du syndrome crépusculaire sont plutôt relatifs aux idées délirantes, aux hallucinations, au sentiment d'anxiété ou de peur (Bilodeau). Pour arriver au constat de syndrome crépusculaire, il convient d'observer le comportement de la personne au cours de la journée, une fois le matin et une fois le soir, pendant au moins deux jours consécutifs. La différence entre les symptômes du matin et ceux de l'après-midi, sous forme d'une exacerbation en après-midi, augmente la probabilité de la présence de ce syndrome (Bilodeau).



### **3.2. Les symptômes psychologiques de la démence**

Les symptômes psychologiques de la démence (SPD) se présentent en six catégories (IPA, 2012b). Il faut relever que, souvent, les trois premières catégories sont assemblées dans le terme générique de *symptômes psychotiques* (IPA; Ylief et al., 2005). Les six catégories des SPD sont les suivantes :

- les idées délirantes;
- les hallucinations;
- les illusions;
- la dépression;
- l'apathie;
- l'anxiété.

#### **3.2.1. Les idées délirantes**

Sont des convictions erronées qui sont maintenues malgré la présence de preuves évidentes de leur irréalité (Voyer, 2010). Les idées délirantes en cours de trouble neurocognitif ont des thèmes stables et constants de persécution, de suspicion, de préjudice (par exemple le vol ou l'empoisonnement), de jalousie (infidélité) ou d'abandon (IPA, 2012b; Ylief et al., 2005). Il est important de distinguer les idées délirantes des confabulations relevant des troubles cognitifs. Les confabulations consistent en des récits et discours dans lesquels le passé et le présent, l'imaginaire et le réel se mélangent. Contrairement aux idées délirantes, les confabulations sont brèves et leur contenu est changeant (Ylief et al).

#### **3.2.2. Les hallucinations**

Sont des perceptions sensorielles en l'absence de stimuli externes qui procurent la même sensation immédiate de réalité qu'une perception réelle (APA, 1999; Ylief et al., 2005). Il semblerait que, dans les troubles neurocognitifs, les hallucinations sont majoritairement visuelles et auditives et que les hallucinations gustatives, olfactives ou tactiles sont rarement rapportées (Ylief et al).

#### **3.2.3. Les illusions**

Sont des perceptions inexactes ou des interprétations erronées d'un stimulus extérieur réel, soutenues avec une conviction délirante (APA, 1999; Ylief et al., 2005). Certains auteurs associent les fausses identifications aux illusions, ce qui est contesté par d'autres (Ylief et al).



### 3.2.4. La dépression

La symptomatologie de la dépression en cours de TNC fait l'objet de controverses et semble varier selon le stade de la maladie ou le type de TNC (Ylieff et al., 2005). Les conditions suivantes peuvent indiquer la présence d'une dépression en cours de TNC : présence de changements de comportement aigus et inexplicables; manifestation d'une humeur dépressive envahissante et d'une perte de plaisir; dépression suspectée par les proches; sentiment d'autodépréciation et expression d'une volonté de mourir; antécédents familiaux ou personnels de dépression (précédents au TNC) et déclin cognitif rapide (IPA, 2012b).

### 3.2.5. L'apathie

S'observe par un manque d'intérêt dans les activités de la vie quotidienne et les soins personnels et par une diminution des interactions sociales, des expressions faciales, des intonations vocales, des réponses émotionnelles et de l'initiative (IPA, 2012b). L'apathie est souvent confondue avec la dépression majeure. Toutefois, l'apathie n'est pas accompagnée de dysphorie ni des symptômes végétatifs de la dépression. Un consensus d'experts internationaux a récemment proposé des critères diagnostiques pour l'apathie en cours de trouble neurocognitif (Robert et al., 2009).

### 3.2.6. L'anxiété

Peut survenir de façon isolée ou être associée à des SCPD (IPA, 2012b). Elle se constate à partir de la présence de manifestations neurovégétatives ou de troubles comportementaux tels que l'agitation, l'errance, les propos répétitifs ou les réactions de catastrophe (Ylieff et al., 2005). Le syndrome de Godot (questionnement incessant à propos d'un événement à venir) et la peur d'être laissé seul sont fréquents (Ylieff et al.). Certaines maladies somatiques dont les symptômes sont variables et irréguliers, la dépression et les facteurs environnementaux sont des facteurs étiologiques reconnus d'anxiété en cours de trouble neurocognitif (Ylieff et al.).

## **AIDE-MÉMOIRE 4 : Connaître les six catégories de SPD et savoir les différencier**

### **AIDE-MÉMOIRE 5 : Être précis**

Le fait d'utiliser les catégories de SCPD permet de nommer la situation avec justesse et précision.

L'infirmière peut inscrire un constat précis dans son plan thérapeutique infirmier (PTI).

L'utilisation de ces termes catégoriels permet également d'améliorer l'échange au sein de l'équipe soignante et de l'équipe interdisciplinaire.



## 4. ALGORITHME POUR L'ÉVALUATION CLINIQUE

La démarche d'évaluation des SCPD est complexe et convient d'être bien conduite. Il est fortement recommandé de recourir à une démarche structurée en des étapes logiques. Ce guide de pratique propose une démarche inspirée par des auteurs reconnus : Bourque et Côté (2008); Bourque et Voyer (2013); Gitlin et al. (2012); IPA (2012b); MSSS (2014a); Vickland et al (2012); Voyer (2014); Voyer, Gagnon, et Germain (2009). Cette démarche est spécifique à l'exercice infirmier en situation de SCPD en soins de longue durée au Québec.

### Étapes 1 à 3

La première étape consiste à dépister et détecter la présence de SCPD. En présence de SCPD, il faut d'abord déterminer si la situation est urgente ou non. Cela se fait en fonction de l'intensité des symptômes et des risques réels, présents ou imminents, pour l'aîné ou pour autrui. Certains comportements agressifs ou une souffrance clinique sévère (état de détresse sérieuse) chez l'aîné peuvent être considérés comme des problèmes urgents à régler. À la suite de l'évaluation par l'infirmière, un appel au médecin doit être fait. Il faut également déterminer si les SCPD sont apparus de façon subite, ce qui peut mener à une recherche de problème de santé aigu.

### Étape 4

La quatrième étape consiste à s'assurer que l'équipe soignante adopte en tout temps les principes de l'approche de base (voir point 6.6.2. : Principes d'intervention). Si tel n'est pas le cas, il est nécessaire de procéder à des rappels (informations, explications et démonstration) et d'ajuster les directives du PTI si besoin.

### Étape 5

L'étape suivante propose de se questionner sur la possibilité d'un recadrage<sup>3</sup> au sein de l'équipe soignante. Le recadrage réfère à la perception et à l'interprétation que les soignants ont de la situation (Voyer et al, 2009). Il faut bien définir si le symptôme relève vraiment d'une situation problématique. Parfois, il faut plutôt intervenir sur la perception et l'interprétation que les soignants ont du comportement plutôt que de vouloir modifier celui-ci.

### Étapes 6 à 13

Si la situation n'est pas réglée, l'infirmière procède à l'évaluation clinique des SCPD avec rigueur (voir point 6 : Démarche clinique structurée).

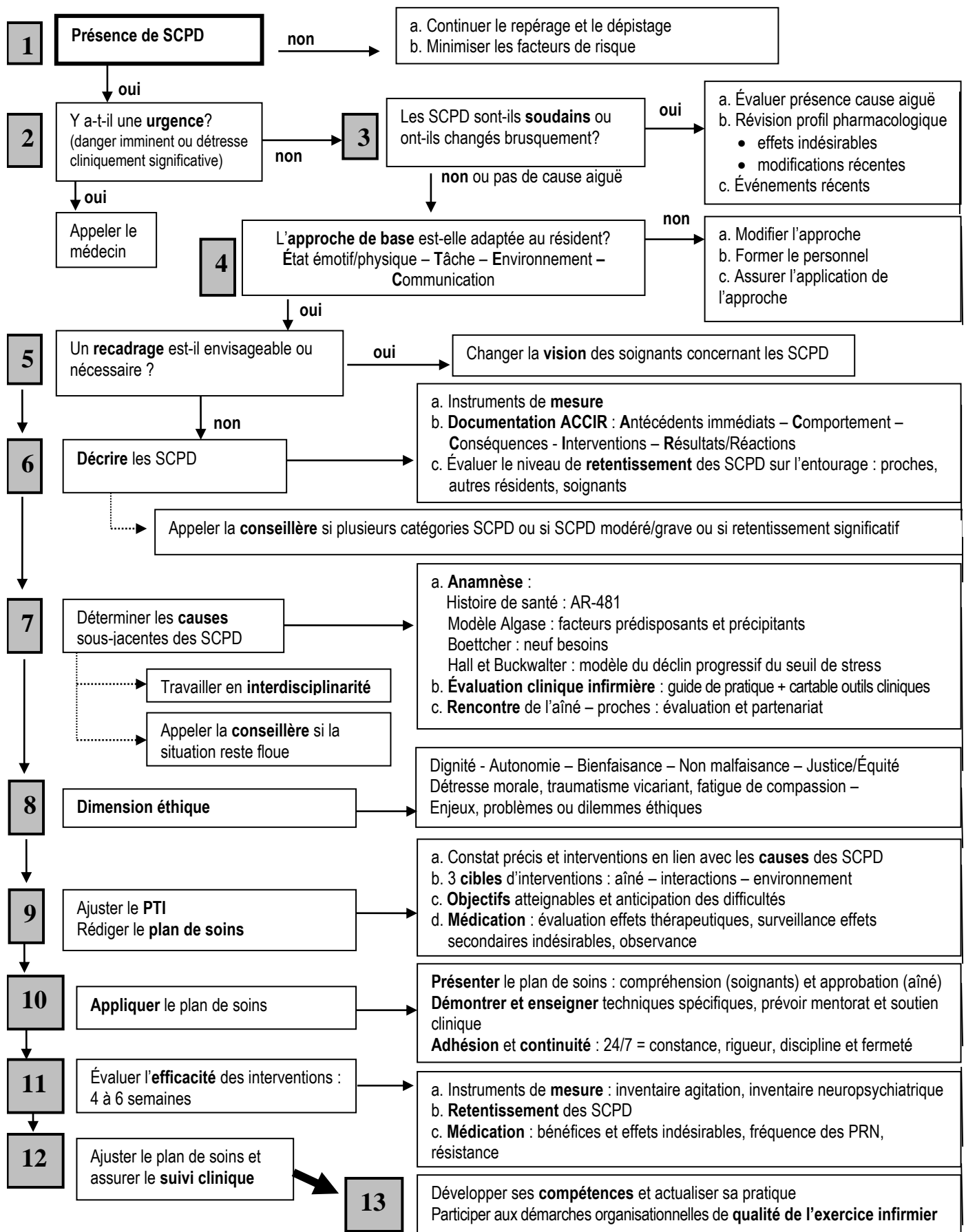
P.-S. – Il est clair que les soignants de toutes les équipes de travail (jour, soir et nuit) sont concernés par la démarche. Celle-ci se déroule le plus souvent en interdisciplinarité et en partenariat avec l'aîné et sa famille.

## AIDE-MÉMOIRE 6 : Opter pour une démarche de gestion optimale des SCPD

<sup>3</sup> Ici, le recadrage consiste à considérer les SCPD d'un autre point de vue que celui qui serait porté socialement. Il s'agit donc d'une démarche réflexive que les membres de l'équipe sont invités à réaliser. Cette notion de recadrage est issue de la Programmation Neuro-Linguistique. Le recadrage est également l'une des techniques de l'approche Oméga (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales [ASSTSAS], 2006; Fortinash & Holoday Worret, 2013). Cependant, sa signification n'est pas la même qu'en situation de SCPD. En effet, dans l'approche Oméga, le recadrage est une « intervention verbale à utiliser si la personne résiste à votre demande. Il s'agit alors de répéter la demande initiale (requête alpha), sur le même ton, à plusieurs reprises » (ASSTSAS, 2006, p.4).



# GESTION OPTIMALE DES SCPD PAR LES INFIRMIÈRES EN SOINS DE LONGUE DURÉE



## 5. RÉOLUTION DE PROBLÈMES ET PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA GESTION OPTIMALE DES SCPD

Les étapes de résolution de problèmes sont généralement bien connues. Nous ne faisons que les répéter ici, sans les détailler.

- a. évaluation clinique (anamnèse et examen physique);
- b. analyse, interprétation des données et formulation d'un constat au PTI;
- c. détermination et planification des interventions, formulation des directives au PTI;
- d. application des interventions;
- e. évaluation clinique des effets des interventions et de l'évolution des symptômes.

Pour les SCPD, les recommandations des experts sont de (IPA, 2012b):

- s'intéresser à un symptôme à la fois<sup>4</sup>;
- décrire précisément le symptôme;
- mesurer le symptôme afin de vérifier l'efficacité des interventions;
- débiter avec un objectif atteignable et progresser pas à pas;
- appliquer le plan de soins et de traitements avec constance;
- ne pas attendre de changements immédiats : l'amélioration prend du temps;
- décider à l'avance de ce que *succès* signifie;
- élaborer à l'avance une stratégie alternative au cas où la première échouerait.

Les principes généraux de la gestion optimale des SCPD sont au nombre de neuf (Voyer, 2014; Voyer, Gagnon, & Germain, 2009):

### 1) Approche

Les soignants doivent adopter une approche adaptée de l'aîné présentant des SCPD : approche de base, validation, diversion et toucher affectif.

### 2) Évaluation des SCPD

Une intervention devrait être choisie seulement à la suite d'une évaluation en profondeur du SCPD. Les interventions non pharmacologiques devraient toujours précéder les interventions pharmacologiques et être concomitantes à celles-ci.

### 3) Intervention sur la cause et non sur le comportement

Les facteurs qui contribuent à l'apparition des SCPD devraient être les cibles des interventions plutôt que le SCPD lui-même.

### 4) Interventions

Le plan de soins doit avoir des cibles à différents niveaux : individuel, environnemental et interactionnel.

---

<sup>4</sup> Cela réfère à la notion de *symptôme dominant* ou *malaise dominant*.



### 5) Continuum

Le plan de soins et de traitement est appliqué sur un continuum de 24 heures par jour et sept jours sur sept (24/7).

### 6) Médicaments

L'utilisation de médicaments psychotropes dans le contexte d'un SCPD est justifiée seulement si le SCPD est sévère ou représente un danger imminent pour la personne ou son entourage.

### 7) Intervention d'équipe

Le plan de soins est appliqué par tous les intervenants.

### 8) Évaluation de l'efficacité

Il faut évaluer l'efficacité du plan de soins et de traitement après l'avoir appliqué pendant au moins quatre semaines. S'il y a une diminution des symptômes d'au moins 25 %, nous pouvons considérer qu'il est efficace.

### 9) Interdisciplinarité

Il faut éliminer une cause médicale et favoriser l'implication des autres professionnels.

## AIDE-MÉMOIRE 7 : Respecter les étapes, les recommandations et les principes généraux

## 6. DÉMARCHE CLINIQUE STRUCTURÉE

Il est essentiel d'adopter une démarche clinique structurée. Celle présentée ici s'inspire du document *Démarche d'intervention clinique d'évaluation des SCPD – équipe de mentorat du Centre d'Excellence sur le Vieillessement de Québec (Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec [CEVQ], n. d.; Voyer, 2014)*.

L'infirmière peut recourir à cette démarche en respectant la chronologie des étapes. Pour l'anamnèse, un **guide** pour l'évaluation est proposé (annexe 1). Le guide suit les étapes de l'évaluation. Conçu comme un formulaire (AR-482), il permet à l'infirmière de consigner les éléments importants de son recueil de données.

Les infirmières devraient également utiliser le formulaire pour l'examen clinique des SCPD (AR-481). Il se trouve à l'annexe 2.

Si les SCPD sont persistants, l'infirmière peut faire appel à la conseillère en soins infirmiers (voir point 12).

## AIDE-MÉMOIRE 8 : Utiliser les formulaires pour l'évaluation clinique – SCPD (AR-481 et AR-482)



## 6.1. Histoire de santé – Anamnèse

La première étape consiste à recueillir les données. Cela peut être fait en consultant les sources d'information suivantes :

### a. Équipe soignante

On peut consulter les soignants pour savoir quels sont les problèmes observés. Il faut s'assurer que les principes de l'approche de base sont respectés (point 6.6.2). Il faut également s'intéresser à leur perception des SCPD et procéder à du recadrage si pertinent. Il est indispensable de consulter les soignants des trois équipes de travail (jour, soir et nuit), qu'ils soient réguliers ou non. De plus, pour certaines situations, il est intéressant de relever si un soignant ne rencontre aucun problème pendant les soins ou dans sa relation avec l'aîné; il peut avoir un « truc » qui lui permet d'éviter de déclencher certains comportements. Les situations de comportements agressifs et de résistance aux soins requièrent une attention particulière de l'infirmière quant aux conséquences pour l'aîné et les soignants. Elle informe la coordonnatrice sans délai si des accidents sont survenus ou redoutés ou si des soins et des traitements ne peuvent être prodigués.

### Méthode ÉTEC (État émotif – Tâche – Environnement – Communication)

Cette méthode est celle qui a été proposée lors de la formation *Agir auprès de la personne âgée* (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2008). Elle permet de faire le tour des différents éléments avec les soignants dans le but de rechercher des causes ou des facteurs déclenchants au SCPD. Vous trouverez une fiche de présentation de la méthode ÉTEC à l'annexe 3. La fiche permet à l'équipe soignante de procéder au repérage de facteurs spécifiques et à la détermination de certaines interventions non pharmacologiques.

### b. Dossier

#### ➤ PTI :

Quels sont les constats en cours? Y a-t-il eu de nouveaux constats au cours des derniers jours? Dans les constats cessés, trouve-t-on un problème ressemblant à la situation présente? Des directives ont-elles été cessées ou modifiées dernièrement?

#### ➤ Poids, signes vitaux et laboratoire :

Il convient d'examiner les valeurs récentes et de relever les changements ou les valeurs anormales.



Pour recueillir les autres données, deux méthodes peuvent être utiles : le *AMPLE* (Comité Jeunesse de l'OIIQ, 2010) et l'*AINÉES* (Kergoat, 2010).

**AMPLE** signifie :

- **A : Allergie et intolérance**  
Quelles sont les données au dossier?
- **M : Médication**  
Y a-t-il eu des changements récents (ajout, cessation, modification)? Des effets secondaires indésirables peuvent-ils expliquer les SCPD? De quand date la dernière analyse du profil médicamenteux? Et la dernière révision (trimestrielle)? Une analyse du profil a-t-elle été réalisée (Progiel Rx-Vigilance®)? Un suivi de l'efficacité thérapeutique des médicaments est-il réalisé? Une description du recours au PRN est-elle faite : symptômes ciblés, fréquence et horaire d'administration, efficacité, effets secondaires indésirables? Quelles sont les interventions non pharmacologiques précédentes ou concomitantes à l'administration des PRN?
- **P : Passé**  
Quels sont les antécédents de santé? Quels sont les diagnostics principaux? Y a-t-il eu des problèmes de santé nouveaux ou aigus dernièrement?
- **L : Last meal (ou Les derniers repas)**  
La personne a-t-elle changé ses habitudes alimentaires? Mange-t-elle plus ou moins? Est-elle déshydratée?
- **E : Événements récents**  
Dernièrement, un événement qui pourrait expliquer l'apparition ou la modification des SCPD est-il survenu? La personne vient-elle d'être admise en hébergement? Y a-t-il un deuil dans sa famille? Y a-t-il des changements dans les habitudes de visite de ses proches? Y a-t-il eu des événements dans la vie de la personne qui puissent expliquer la survenue ou la présentation des SCPD? Consulter l'histoire de vie de la personne et la famille au besoin.

**AINÉES** signifie :

- **A : Autonomie fonctionnelle, mobilité et communication**  
Y a-t-il eu des changements récents? Le profil Iso-SMAF de la personne s'est-il modifié? Si oui, pour quelles catégories? L'ainé reste-t-il plus souvent au lit ou au fauteuil? Y a-t-il des mesures de contrôle en place (contention, isolement, substance)? Y a-t-il des mesures alternatives aux mesures de contrôle? Quels sont les impacts de la perte d'autonomie sur la qualité de vie? Y a-t-il des difficultés au niveau de la communication : trouble visuel ou auditif non compensé, trouble d'élocution?
- **I : Intégrité de la peau**  
Y a-t-il présence de plaies ou de problèmes tégumentaires?
- **N : Nutrition/Hydratation**  
La personne a-t-elle changé ses habitudes alimentaires? Mange-t-elle plus ou moins? Est-elle déshydratée? Son poids est-il stable?
- **É : Élimination**  
Quelles sont les habitudes d'élimination de la personne? Ont-elles changé dernièrement? Y a-t-il survenue ou aggravation des problèmes d'incontinence (urinaire, fécale ou mixte)? Y a-t-il de la constipation?



➤ **E : État cognitif, mental et comportement**

De quand date le dernier Mini-examen de l'état mental? Quel était le résultat comparativement au résultat précédent? Quels sont les impacts des troubles neurocognitifs sur la vie quotidienne? Quels sont les comportements nouveaux ou modifiés? Un delirium a-t-il été exclu?

➤ **S : Sommeil**

Quelles sont les habitudes de repos de l'aîné? Ont-elles changé dernièrement? Y a-t-il des troubles du sommeil observés la nuit?

Ces deux acronymes permettent de faire le tour des éléments importants à considérer, afin de diriger la suite de l'évaluation. Dans le but d'éviter des répétitions sur la dimension de l'alimentation (*Last meal* et *Nutrition/Hydratation*), nous retirons le L du premier acronyme AMPLE. Ainsi, nous proposons l'acronyme suivant **AMPE-AINÉES**.

### AIDE-MÉMOIRE 9 : Utiliser AMPE-AINÉES

**c. Équipe interdisciplinaire**

Identifier les autres professionnels impliqués et les contacter. Selon le SCPD, demander une consultation à l'un des membres de l'équipe interdisciplinaire.

**d. Famille**

Selon le cas, discuter avec le représentant ou le(s) membre(s) de la famille le(s) plus impliqué(s) pour savoir ce qui est observé et perçu. Les proches peuvent souvent faciliter la compréhension des comportements de l'aîné. Dresser un génogramme et une écocarte peut permettre de recueillir des données pertinentes sur la vie de l'aîné et sur la dynamique familiale. Le génogramme peut également aider à comprendre comment l'aîné perçoit sa situation familiale (*plongeon rétrograde*) et à mieux comprendre certains comportements ou certaines demandes. Il existe une feuille quadrillée pouvant être utile pour le génogramme (annexe 4).

Les informations recueillies doivent être pertinentes et précises. Elles sont documentées au dossier en respectant les normes de documentation en vigueur (point 9 : Outils de documentation).

### AIDE-MÉMOIRE 10 : Intégrer les personnes concernées à la démarche

Ne pas rester seul

Collaboration et partenariat





## 6.2. Première rencontre avec l'ainé

Selon la situation, l'infirmière rencontre l'ainé pour une entrevue ou pour une séquence d'observations ciblées. Le but de cette étape est de recueillir des informations complémentaires à l'anamnèse. L'infirmière peut utiliser le PQRST avec la méthode journaliste (entrevue) ou enquêteur (par observation). Ces méthodes (Voyer, 2011) sont expliquées dans le cartable des *Outils d'évaluation clinique pour l'infirmière en centre d'hébergement* (section 1).

### **AIDE-MÉMOIRE 11 : Observer par soi-même**

Au cours de cette étape, l'infirmière devrait observer les comportements de la personne, l'environnement et les soins qui lui sont donnés. Ainsi, elle observe les attitudes de l'ainé, sa capacité à collaborer, de même que ses réactions à l'application des principes de l'approche de base.

Par exemple, pour une situation d'errance, elle peut observer le trajet que parcourt l'ainé, sa façon de marcher et d'interagir avec les autres. Elle peut aussi observer les éléments de l'environnement physique (bruit, lumière, etc.) et social (interactions avec les autres personnes : proches, autres résidents, visiteurs et soignants). L'infirmière cherche également à repérer les facteurs déclenchant ou apaisant le comportement.

Un autre exemple peut être donné pour les comportements de résistance aux soins d'hygiène. Afin de vérifier si les principes de l'approche de base sont bien respectés, l'infirmière peut observer la façon dont les soins sont donnés. Elle peut aussi repérer les comportements de l'ainé, voir si un phénomène d'escalade survient ou détecter les facteurs déclenchant le comportement, par exemple, la douleur ou le froid.

Avant de rédiger le plan de soins et de traitements (PSTI)<sup>5</sup>, l'infirmière devrait tester les interventions afin d'observer les réactions de la personne et d'évaluer leur faisabilité et leur efficacité ainsi que d'éventuelles réactions indésirables inattendues. Elle peut aussi le faire pour servir de modèle aux autres soignants (démonstration et enseignement). Cependant, avant de déterminer le PSTI et les directives du PTI, elle doit poursuivre son évaluation clinique.

À cette étape, l'infirmière finalise son examen clinique et réalise un examen physique. Pour ce faire, elle complète le formulaire « Examen clinique pour évaluation des SCPD » (AR-481).

### **AIDE-MÉMOIRE 12 : Réaliser un examen clinique structuré**

<sup>5</sup> Le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI) est inscrit dans le libellé du champ d'exercice de l'infirmière (Durand, 2013)



### **6.3. Évaluation des causes sous-jacentes des SCPD**

Ici, il s'agit de repérer les facteurs prédisposants (contextuels) et les facteurs précipitants (proximaux) pouvant jouer un rôle dans la survenue des SCPD (Algase et al., 1996; Bourque & Voyer, 2013; Voyer, 2014).

D'une façon générale, on retrouve des facteurs déclenchants identiques pour tous les SCPD. Par contre, certains facteurs spécifiques peuvent opérer selon le symptôme. Pour les détails, nous référons les infirmières aux différents chapitres du livre de Voyer (2013) dont nous avons fait mention au point 3, en particulier la partie 4 (chapitres 27 à 33).

Pour les SCPD, les **facteurs prédisposants** (contextuels) sont (Algase et al., 1996; Bourque & Voyer, 2013; Voyer, 2014) :

- **les facteurs neurologiques** : type de trouble neurocognitif, niveau d'autonomie fonctionnelle;
- **les facteurs cognitifs** : déficits cognitifs, capacité de communiquer;
- **l'état de santé** : en plus du trouble neurocognitif, autres problèmes de santé présents : dépression, arthrose, insuffisance cardiaque, etc.;
- **les facteurs démographiques, historiques et culturels** : âge, sexe, origine, religion, personnalité prémorbide, parcours de vie, etc.

Les **facteurs précipitants** (proximaux) sont (Algase et al., 1996; Bourque & Voyer, 2013; Voyer, 2014) :

- **les facteurs personnels** : besoins pouvant être compromis ou non satisfaits : douleur, soif, inconfort, insécurité, repos, élimination, ennui, etc.;
- **l'environnement physique** : stimulation adaptée, sur-stimulation ou sous-stimulation ? Réactions de l'aîné aux stimuli externes [modèle du déclin progressif du seuil de stress de Hall and Buckwalter (1987)]? Chambre personnalisée, objets familiers, repères, stimuli ?
- **l'environnement social** : qualité et quantité des interactions sociales avec les proches, les autres résidents et les soignants;
- **l'environnement organisationnel** : politiques et procédures, matériel, fournitures, organisation du travail, effectifs et ratios, formation, qualification et soutien clinique du personnel soignant. Le matériel est-il adapté aux besoins et aux spécificités de l'aîné? Le matériel est-il disponible et fonctionnel ? Quel est le niveau de connaissances des soignants? Les plans de soins et les directives sont-ils appliqués? Quelles sont les contraintes entraînées par la charge de travail? Les routines de soins sont-elles inflexibles?

L'infirmière peut également compléter son analyse en se référant aux neuf besoins de Boettcher (Boettcher, 1983; Voyer, 2005; Voyer, 2014) :

#### **1) Le territoire**

- respecter l'espace personnel, un environnement calme, privé;
- mettre à disposition un endroit permettant de vivre des moments d'intimité.

#### **2) La communication**

- combler le besoin de parler, d'échanger, d'avoir des interactions avec les proches et les soignants;
- favoriser la vie affective;
- encourager le port des lunettes et des prothèses auditives.



### 3) L'estime de soi

- respecter la personne : absence d'infantilisation ou d'attitudes d'âgisme.

### 4) La sécurité

- favoriser le sentiment de sécurité dans son environnement;
- éviter l'usage des mesures de contrôle;
- surveiller l'apparition des effets secondaires des médicaments;
- s'assurer de l'administration des médicaments afin d'éviter l'exacerbation d'une maladie (diabète, arthrite, etc.).

### 5) L'autodétermination

- favoriser le sentiment de contrôle sur sa vie;
- maximiser les occasions où l'âiné peut prendre des décisions.

### 6) Le temps

- respecter le rythme de l'âiné pendant les soins et les activités.

### 7) L'identité personnelle

- respecter le besoin d'avoir des objets personnels;
- respecter l'individualité, les habitudes de vie pendant les soins.

### 8) Le confort

- prévenir ou contrôler la douleur physique et tous les facteurs d'inconfort : douleur, froid, pudeur, etc.
- favoriser la marche et les exercices physiques;
- satisfaire les besoins de boire et manger, d'éliminer et de dormir.

### 9) La compréhension

- situer l'âiné dans le temps, l'espace ainsi que l'activité, et se présenter lors de chaque visite;
- valider ses émotions : voir les techniques de validation (Feil & de Klerk-Rubin, 2005).

Comme on le voit, l'infirmière devrait déjà connaître beaucoup de données, ce qui lui permet de compléter facilement les différentes sections des facteurs prédisposants et précipitants. Cette étape est importante car, par la suite, elle permettra à l'infirmière de cerner les causes sur lesquelles il est possible d'agir, afin de prévenir l'apparition d'un symptôme ou d'en diminuer l'intensité.

Toujours dans le but de rechercher les causes sous-jacentes du SCPD, l'infirmière doit déterminer le type d'évaluation requis par la condition de santé de l'âiné et la présence de symptômes (Voyer, 2014). Elle peut ainsi procéder à différents examens cliniques, par exemple :

- Examen cardiaque;
- Examen pulmonaire;
- Examen abdominal;
- Examen mental;
- Risque de chute;
- Examen buccodentaire.



Le cartable des *Outils d'évaluation clinique pour l'infirmière en hébergement* propose plusieurs formulaires guidant l'évaluation des différents systèmes et des différentes situations. **L'infirmière devrait toujours évaluer la présence et l'intensité de la douleur.**

Arrivé à cette étape, il est suggéré d'aviser le médecin de la démarche d'évaluation en cours, des premières données recueillies et des premières hypothèses formulées par l'infirmière, qui vont orienter la suite de son évaluation clinique. Le médecin peut avoir un rôle important pour exclure toute pathologie aiguë (delirium, problème infectieux, décompensation d'une insuffisance cardiaque, etc.).

Enfin, si cela n'a pas été réalisé préalablement, il est également suggéré que le profil des médicaments soit revu afin d'exclure la possibilité que des effets secondaires indésirables soient à l'œuvre. Il faut également documenter l'efficacité thérapeutique des médicaments, en particulier les psychotropes. Le pharmacien devrait être consulté au besoin.

### **AIDE-MÉMOIRE 13 : Rechercher les causes du SCPD**

C'est la clé de la compréhension et la cible des interventions.

**P.-S. – Il est fortement déconseillé de débiter de nouveaux traitements pour les SCPD avant que l'évaluation ne soit complétée et que des interventions non pharmacologiques ne soient appliquées.**

#### **6.4. Description du comportement et des symptômes**

Le comportement et les symptômes doivent être décrits avec beaucoup de pertinence et de précision. Plusieurs outils cliniques sont présentés dans le cartable *Outils d'évaluation clinique pour l'infirmière en centre d'hébergement*. Les différents outils ne sont pas présentés ni expliqués ici : l'infirmière doit se référer au cartable. Les outils qui peuvent être pertinents à l'évaluation des SCPD sont les suivants :

- Mini-examen de l'état mental de Folstein (AH-107);
- Mini-examen de l'état mental pour cas sévères (AR-444);
- Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (AR-440);
- Inventaire neuropsychiatrique de Cummings (AR-441);
- Nursing Home Behavior Problem Scale – version française (NHBPS-vf)
- Échelle de dépression gériatrique (AR-355);
- Échelle de Cornell (dépression en cours de trouble neurocognitif) [AR-438];
- Questionnaire sur les habitudes d'hygiène antérieures (si comportement de résistance aux soins d'hygiène).

Le cartable présente également d'autres outils en lien avec l'évaluation du delirium, de la douleur et du sommeil.



Une grille d'observation clinique (GOC) peut être utile dans les situations complexes où l'infirmière n'arrive pas à repérer de facteurs causaux. La GOC sollicite la participation de tous les membres de l'équipe soignante et de tous les autres professionnels impliqués dans la situation. Parfois, les membres de la famille et les bénévoles peuvent également participer à l'observation. La GOC représente un travail imposant de documentation et d'analyse; elle doit donc être utilisée à bon escient. La GOC est présentée dans le cartable des *Outils d'évaluation clinique* et est accompagnée d'une grille facilitant la compilation des données recueillies et leur interprétation.

Il faut rappeler ici que les outils cliniques sont très utiles pour guider l'évaluation des différentes situations cliniques avec rigueur et précision. Il faut choisir les outils avec discernement et éviter de multiplier les évaluations inutilement. Les situations de SCPD sont des situations complexes pour lesquelles il est conseillé de cibler le symptôme ou le comportement le plus saillant (*symptôme* ou *malaise dominant*). Les outils cliniques servent à l'évaluation initiale et aussi à l'évaluation des résultats. Il est donc recommandé d'utiliser le(s) même(s) outil(s) en cours d'évolution.

Enfin, il est bon de rappeler que le résultat obtenu (*score*) doit toujours être interprété et analysé dans le contexte et n'est jamais une fin en soi, ni une sentence!

Les infirmières devraient faire appel à la conseillère en soins infirmiers si elles éprouvent de la difficulté à choisir ou utiliser un outil ou à en interpréter le résultat. Aussi, puisqu'il n'existe pas d'outils validés en langue française pour chaque SCPD, les infirmières peuvent également consulter la conseillère en soins infirmiers afin de préciser les éléments de description, de mesure et d'évaluation d'un SCPD spécifique (comportement de résistance aux soins, errance, hallucinations, comportement sexuel inapproprié, agitation verbale, etc.).

## AIDE-MÉMOIRE 14 : Décrire et mesurer les comportements

### 6.5. Analyse

À cette étape, l'infirmière a vérifié que l'approche de base était appliquée par l'ensemble des soignants, a procédé à du recadrage si nécessaire, a exclu un problème de santé aigu (avec le médecin) et a récolté un ensemble de données. Elle doit maintenant être capable d'interpréter ces données et de formuler un constat précis au PTI. Elle doit également identifier les facteurs prédisposants et précipitants des SCPD sur lesquels il est possible d'intervenir.

## AIDE-MÉMOIRE 15 : Démontrer la qualité du jugement clinique : le constat au PTI

### 6.6. Détermination du plan de soins et de traitements infirmiers

#### 6.6.1. Cibles et principes

Le PSTI s'établit en fonction des facteurs causaux des SCPD. L'infirmière doit émettre une directive au PTI et établir un PSTI spécifique à la situation. De façon générale, l'infirmière devrait systématiquement tester les interventions avant de les présenter dans un PSTI.



Le PSTI doit cibler différents niveaux (Voyer, 2005, 2014) :

- l'aîné;
- les interactions (approche des soignants et interventions spécifiques);
- l'environnement (social, physique et organisationnel).

Dans le cas où un traitement médicamenteux aurait été prescrit, l'infirmière doit déterminer les éléments de surveillance et d'évaluation au PTI. De plus, elle peut aussi encadrer l'administration des *pro re nata* ([PRN], au besoin) par une directive.

Le PSTI doit être personnalisé à l'aîné et considérer son histoire de vie, ses valeurs personnelles et son projet de vie. Il est bon de se rappeler que le PSTI devrait contenir un objectif thérapeutique. Il doit toujours respecter les principes du consentement libre et éclairé.

### 6.6.2. Principes d'intervention

Les principes décrits ci-dessous sont inspirés de différentes sources :

- Les recommandations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS 2014c, 2014d) sur les approches non pharmacologiques et pharmacologiques en situation de SCPD.
- *L'Aide-mémoire à la prise de décision* du Regroupement des médecins œuvrant en gériatrie dans la région 03 –RMG3 (Voyer et al., 2009). Vous trouverez ce document à l'annexe 5.
- Les lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissements de soins de longue durée (CCSMPA, 2006, 2014).
- Le guide sur les SCPD de l'Association internationale de psychogériatrie (IPA, 2012b).
- Le guide infirmier sur les SCPD (IPA, 2012a).
- La partie traitant des troubles neurocognitifs du guide de l'Association des infirmières autorisée de l'Ontario (Registered Nurses Association of Ontario, 2010).

#### 6.6.2.1. Interventions non pharmacologiques

**Rappel** : l'infirmière devrait tester les interventions auprès de l'aîné avant de les inscrire au PTI ou au PSTI.

Principes de l'approche de base :

- **Respect de la dignité** :
  - a) Appeler la personne par son nom de famille et la vouvoyer. Des exceptions peuvent être faites pour certaines personnes et l'usage du prénom peut être décidé pour autant que cela ait été validé par l'infirmière et par l'aîné ou son représentant. Ces exceptions devraient apparaître sur un PSTI spécifique ou sur une directive au PTI. Le prénom doit toujours être précédé de Monsieur ou Madame. Le tutoiement n'est pas autorisé et n'est jamais ni adapté ni justifié dans les soins aux aînés. Tout manquement au respect de la dignité doit être signalé sans délai au soignant concerné et à la coordonnatrice, s'il y a récidive.



b) Éviter que l'aîné ne se retrouve dans des situations qui pourraient altérer sa dignité, sa réputation et nuire à ses relations avec les autres personnes (résidents, visiteurs et soignants).

➤ **Approche centrée sur la personne :**

Opter pour cette approche qui se concentre sur la personne plutôt que sur sa maladie, et sur ses forces et capacités plutôt que sur ses faiblesses (SAC, 2011)

➤ **Éviter l'infantilisation :**

Ceci serait également un manque de respect. De plus, l'infantilisation pourrait provoquer des SCPD, en particulier des comportements de résistance aux soins (Williams, Herman, Gajewski, & Wilson, 2009).

➤ Frapper à la porte de la chambre avant d'entrer ou s'annoncer avant d'arriver vers l'aîné : cela permet d'informer de notre arrivée et d'attirer l'attention de l'aîné afin d'éviter de le surprendre (capture attentionnelle).

➤ Dans tous les cas (sauf urgence), proscrire une invasion rapide de l'espace personnel.

➤ Éviter de dominer l'aîné, particulièrement lorsqu'il est assis ou couché. Se mettre à sa hauteur autant que possible.

➤ Éviter de se déplacer rapidement ou de faire de grands gestes.

➤ Ralentir son rythme d'activité et de parole.

➤ Contact visuel : établir le contact avant de commencer à parler ou d'entreprendre un soin et le maintenir autant que possible. Être attentif dans les situations de comportement agressif : le regard ne doit pas devenir une provocation.

➤ Toujours penser à son comportement non verbal : il doit être compatible avec le discours et ne pas être menaçant, inquiétant ou ambigu.

➤ Penser à sourire et à détendre les traits de son visage.

➤ S'assurer que l'aîné porte ses lunettes et son appareil auditif. S'assurer qu'il y a assez de luminosité pour que l'aîné puisse nous voir et éviter qu'il soit ébloui.

➤ Penser à diminuer les stimuli environnementaux (bruits) qui peuvent nuire à l'attention et à la concentration de l'aîné.

➤ Se présenter de façon simple et compréhensible.

➤ Éléments de base pour la communication<sup>6</sup> : être convaincu que les paroles de l'aîné conservent un sens, avoir confiance en soi, savoir écouter et regarder, avoir une capacité d'imagination, analyser le contexte, connaître l'histoire de vie de l'aîné (Khosravi, 2007).

➤ Adopter un débit plutôt lent et prononcer les mots avec clarté. Utiliser des phrases courtes et un vocabulaire simple. Donner une indication ou une consigne à la fois.

➤ Favoriser les demandes positives, éviter les métaphores, les jeux de mots, les dictons ou les expressions communes.

---

<sup>6</sup> Pour obtenir des informations, des techniques et de nombreux exemples, consulter les ouvrages de Feil and de Klerk-Rubin (2005), Khosravi (2007) et Vendeuvre-Bauters (2007).



- Des demandes directives peuvent être préférables à des demandes où l'aîné doit faire un choix ou prendre une décision. Toutefois, ne jamais donner d'ordres.
- Ne pas crier. Si l'aîné a de la difficulté à vous entendre, abaisser la tonalité de la voix et parler distinctement, face à lui.
- Donner des informations courtes sur le soin prodigué. Si le soin provoque des sensations physiques (chaud, froid, pression, retournement, élévation, etc.), expliquer à l'aîné ce qu'il va ressentir.
- Lors de transferts au lève-personne, maintenir un contact visuel et tactile avec l'aîné.
- Laisser le temps à l'aîné d'intégrer l'information et de pouvoir y répondre; remercier la personne pour sa collaboration.
- Éviter de demander *pourquoi* ou *comment* : répondre à cela demande des facultés cognitives préservées. De plus, l'aîné peut avoir l'impression de devoir se justifier. Utiliser : qui, quoi, quand, où, etc. Éviter d'argumenter ou d'utiliser certains mots qui peuvent provoquer un refus ou une réaction négative tels que : « non », « bain », termes infantilissants, etc.
- Éviter de contraindre physiquement ou d'isoler la personne, sauf lors de situations exceptionnelles de dangerosité. Si l'aîné refuse quelque chose, le lui proposer d'une autre façon. Si nouveau refus : attendre une vingtaine de minutes et revenir. Si nouveau refus : changer de soignant. Si nouveau refus : réévaluer la pertinence du soin. Si refus : évaluer les options avec l'infirmière ou lors d'une discussion d'équipe.
- Si un soignant trouve une formulation efficace, il devrait la communiquer aux autres membres de l'équipe.
- Ne jamais mentir à la personne, sauf en dernier recours et de façon exceptionnelle. Le fait de rejoindre l'aîné dans ce qu'il vit (plongeon rétrograde), de lui faire parler de ses souvenirs (réminiscence) ou lui permettre d'exprimer ses émotions et ses sentiments (validation) ne constitue pas un mensonge. Par contre, lui dire « oui, vous allez rentrer à la maison » ou « votre fille va arriver », alors que ce n'est pas le cas, représente un mensonge qui peut nuire à la relation de confiance et qui va à l'encontre du respect de la personne. De plus, cela n'est pas toujours efficace à réduire le niveau d'anxiété ou les demandes. Ainsi, cette stratégie devrait être utilisée avec discernement.
- Favoriser l'implication des proches dans les soins et les activités.
- Ne jamais oublier que le silence et la simple présence auprès d'un aîné valent souvent de l'or.

Stratégies d'interventions complémentaires : se référer à l'*Aide-mémoire à la prise de décision* (Voyer et al., 2009) en annexe 5 et demander l'intervention de la conseillère en soins infirmiers au besoin.

- **Écoute active adaptée :**  
Elle permet à l'aîné de se sentir écouté et de pouvoir converser avec une personne attentive et empathique. Le sens du discours est secondaire : il faut simuler une conversation et donner une rétroaction inconditionnellement positive.
- **Recadrage:**  
Le recadrage consiste à regarder les SCPD sous un angle différent que celui des convenances sociales usuelles.





➤ **Stimulation au quotidien :**

Prendre toutes les opportunités et les activités du quotidien pour stimuler les sens de l'aîné dans une forme informative et non interrogative. Utiliser la boîte à outils disponible dans chaque établissement et encourager les proches à l'utiliser si cela est pertinent.

➤ **Toucher affectif :**

Visé à communiquer, par le toucher, de l'affection, du réconfort et de la tendresse.

➤ **Validation :**

Consiste à identifier les émotions et les sentiments de l'aîné, les reconnaître et lui permettre de les exprimer. Ne jamais oublier que ce que vit la personne représente sa réalité (plongeon rétrograde).

➤ **Diversions :**

Consiste à amener l'individu à « changer ses idées envahissantes » en lui parlant des événements significatifs de son passé ou en lui proposant une activité significative et répétitive. Il existe trois formes de diversion (Leblanc, Leroux, Malo, & Roux, 2009) :

- 1) diversion verbale : chanter, sujets de conversation préférés tirés de son histoire de vie, parler de ce que le résident aime : musique, sports, etc.
- 2) diversion gestuelle : sourire, rituels sociaux, salutations, poignée de mains, danse, etc.
- 3) diversion par les objets : mettre des objets dans les mains pour donner une contenance à l'aîné, pour éviter qu'il puisse agripper, pincer ou frapper, etc.

**Il est possible de recourir à la diversion à deux intervenants : un soignant qui prodigue les soins et qui est silencieux et une autre personne qui « fait diversion » et capte toute l'attention de l'aîné.**

Interventions non pharmacologiques spécifiques : se référer à la liste des interventions non pharmacologiques (annexe 7) ou au livre sur les *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (Voyer, 2006, 2013), à l'*Aide-mémoire à la prise de décision* (Voyer et al., 2009) se trouvant à l'annexe 5 et demander l'intervention de la conseillère en soins infirmiers.

**Thérapies sensorielles :**

- Auditive : musicothérapie (il est recommandé de privilégier les goûts de l'aîné. Il faut rester très attentif au déclenchement d'émotions que la musique peut produire)
- Toucher : massage corporel, massage des mains et toucher thérapeutique
- Olfactive : aromathérapie (lavande et mélisse)
- Visuelle : observation d'images, de jeux de lumière, de mobiles
- Multiple : zoothérapie; technique Snoezelen

**Thérapies récréatives :**

- Physique : exercices, marche et marche-conversation
- Sociale : rencontres de groupe, rencontres de réminiscence, groupe de validation, loisirs en groupe



### Thérapies environnementales :

- Contrôle du stimulus
- Présence simulée : enregistrement audio ou vidéo des membres de la famille
- Bruit blanc : son monotone, rythmique et continu, de faible intensité et de basse fréquence (ex. : bruits de ruisseaux de montagne ou de vagues)
- Aire d'errance
- Barrières visuelles
- Repères spatiaux
- Indice écrit
- Programme BACE (*balancing arousal controls excesses*) : modifier les niveaux de stimulation. Le temps recommandé entre les périodes est de 90 minutes (Kovach et al., 2004).

### Adaptation des soins aux besoins uniques de la personne :

- Soins d'hygiène : lavage à la serviette, méthode discontinue
- Habillement : retirer les vêtements du champ visuel

### Approche comportementale (béhavioriste) :

- Renforcement positif
- Renforcement différentiel

### Thérapies spécifiques :

- Réminiscence
- Thérapie occupationnelle
- Luminothérapie (photothérapie)
- Thérapie contre-intuitive
- Approche confort-stimulation-interaction

Il serait trop long de décrire ici les interventions suggérées en fonction des différents besoins compromis et SCPD. Il est important de **ne pas essayer des interventions au hasard**. En effet, il faut **cibler les interventions** en fonction des besoins compromis identifiés, des spécificités de la situation et aussi, personnaliser les interventions (Voyer, 2014). D'une façon générale, si l'approche de base et les stratégies d'interventions complémentaires ne répondent pas de façon satisfaisante, il est recommandé de faire appel à la conseillère en soins infirmiers. **Des approches par tâtonnements sont souvent préjudiciables à la personne et peuvent également décourager les proches et démobiliser les soignants**. Les recommandations du MSSS (2014c) donnent des exemples pour différentes situations, telles que : douleur, anxiété, ennui, dépression, etc.

### **AIDE-MÉMOIRE 16 : Appliquer les interventions non pharmacologiques**

Elles sont toujours préalables et concomitantes aux interventions pharmacologiques.

**Agir sur les 3 niveaux d'intervention : l'ainé, les interactions sociales et l'environnement**



### 6.6.2.2. Interventions pharmacologiques

Les interventions pharmacologiques (traitement médicamenteux) consistent en la prescription de psychotropes. Aucune recommandation de traitement n'est abordée ici et le lecteur intéressé est référé aux documents cités au point 6.6.2, en particulier MSSS (2014d). Les principes suivants doivent être respectés (CCSMPA, 2006; IPA, 2012b; MSSS, 2014d; Voyer et Nkogho Mengue, 2013, Voyer, 2014) :

- D'une façon générale, les interventions non pharmacologiques devraient toujours être tentées avant les interventions pharmacologiques (sauf en cas d'urgence).
- Une discussion sur les bénéfices et les risques du traitement envisagé devrait avoir lieu de façon systématique entre les professionnels concernés. D'une façon générale, un psychotrope peut être proposé si les avantages attendus dépassent les risques associés au médicament.
- La médication psychotrope est indiquée pour les SCPD:
  - sévères;
  - qui sont réfractaires aux interventions non pharmacologiques;
  - qui ont un impact sur la qualité de vie de l'aîné et qui occasionnent une souffrance clinique sévère (détresse cliniquement significative);
  - qui présentent un risque imminent pour la sécurité de l'aîné ou celle d'autrui.
- Le principe de consentement libre et éclairé est respecté en tout temps. L'aîné ou son représentant doivent être informés des risques potentiels associés au traitement ainsi que des effets souhaités et des surveillances effectuées.
- Avant de débiter un médicament, il faut s'assurer que les symptômes :
  - n'ont pas une origine physique;
  - ne sont pas causés par les effets d'autres médicaments;
  - ne sont pas causés par des facteurs environnementaux;
  - n'ont pas répondu ou ne pourraient pas répondre aux interventions non pharmacologiques.
- Une révision systématique des traitements pharmacologiques devrait être réalisée tous les trois mois.
- La diminution ou la cessation du traitement psychotrope devrait être prévue dès le début de la prescription.
- L'infirmière doit connaître le but recherché du traitement (effet thérapeutique attendu) afin de pouvoir procéder à son évaluation et renseigner le médecin avec précision.
- Des outils d'évaluation clinique doivent être utilisés avec rigueur afin de mesurer précisément l'effet du traitement.
- Il existe des outils cliniques qui permettent de guider la surveillance des effets indésirables des psychotropes. Ils sont disponibles dans le cartable des *Outils d'évaluation clinique pour l'infirmière en hébergement* (section 11). De plus, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (équipe IUGM-SCPD) propose un outil pour le suivi des antipsychotiques (MSSS, 2014b, p. 31-33).



- Des interventions non pharmacologiques doivent toujours être concomitantes aux interventions pharmacologiques.
- La médication psychotrope doit faire l'objet de directives au PTI qui précisent :
  - l'évaluation du traitement (efficacité thérapeutique) par l'infirmière;
  - le dépistage et la surveillance des réactions indésirables;
  - l'observance de la personne.
- Pour les *PRN*, le médecin devrait préciser avec soin les symptômes pour lesquels un *PRN* peut être donné. En présence de plus d'un *PRN*, il faut que les précisions soient explicites et qu'elles ne prêtent à aucune ambiguïté.
- L'infirmière peut également inscrire une directive au PTI concernant l'administration des PRN afin de préciser les conditions d'administration ou demander d'être avisée avant qu'il soit administré par l'infirmière auxiliaire.
- Chaque administration de PRN fait l'objet d'une note au dossier qui décrit avec précision : les symptômes (comportements verbaux ou physiques), les interventions non pharmacologiques prodiguées et l'effet des interventions (non pharmacologiques et pharmacologiques). Un suivi attentif des situations entraînant l'administration de psychotropes PRN doit être effectué et devrait décrire un bilan en termes de symptômes, horaire, interventions non pharmacologiques précédentes ou concomitantes au PRN, efficacité thérapeutique et effets secondaires indésirables (ou non).
- L'infirmière doit ajuster le PTI pour l'évaluation et la surveillance de la médication psychotrope, et ce, de façon systématique.

**AIDE-MÉMOIRE 17 : Respecter les principes de l'usage optimal des médicaments :**

- Maximiser les bienfaits et minimiser les risques;
- Respecter les lignes directrices.

**6.7. Application du plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI)**

Avant de passer à l'étape d'application, il est proposé (Roux, 2006, citée dans Leblanc et al., 2009):

- d'anticiper mentalement les difficultés qui risquent d'apparaître ainsi que les moyens de les surmonter;
- de se demander si tous les intervenants adhèrent à la solution retenue. Dans le cas contraire, il faut déterminer comment ils seront amenés à collaborer.

Dans ces deux situations, le soutien de la coordonnatrice peut être très aidant.

**AIDE-MÉMOIRE 18 : Anticiper les difficultés**



L'application du PSTI doit respecter les critères suivants:

- **Partenariat et consentement :**  
Avant son application, le PSTI est présenté à l'aîné et à son représentant s'il y a lieu.
- **Faisabilité :**  
Il faut s'assurer que le PSTI pourra être appliqué, ce qui exige parfois de prévoir une réorganisation du travail au sein de l'équipe soignante. Dans d'autres situations, il faut prévoir qu'un matériel spécifique soit disponible sur l'unité.
- **Compétence :**  
Il faut toujours s'assurer que les soignants aient les compétences requises pour comprendre et appliquer les interventions qui leur sont déléguées. Il faut également prévoir des démonstrations de techniques spécifiques pour certaines interventions comme le lavage à la serviette par exemple.
- **Continuité :**  
Le PSTI doit être appliqué 24 heures sur 24 et sept jours sur sept (24/7).
- **Information :**  
Une mention sur l'existence du PSTI doit apparaître sur les documents utilisés par les soignants soit, sur : le PTI, le plan de travail et, éventuellement, les fiches d'autonomie.
- **Rigueur :**  
Tous les soignants et les professionnels impliqués appliquent le PSTI.
- **Documentation :**  
Elle répond aux règles de l'art et permet de suivre avec précision l'évolution de la condition de santé et des symptômes, le suivi des directives et la réponse au PSTI.
- **Temps :**  
Il faut laisser du temps pour que les changements se produisent. Ainsi, il faut déterminer dès le début la durée d'application du PSTI avant qu'il ne soit modifié. Le temps suggéré est de quatre semaines avant de procéder à une évaluation formelle. Seule l'aggravation de la condition de santé ou l'amplification des symptômes justifie la modification du PSTI avant le délai fixé.
- **Intégration :**  
Les proches, les autres employés et les bénévoles devraient être informés du contenu du PSTI si cela est pertinent à l'accompagnement de l'aîné, tout en respectant les éléments confidentiels et l'habituelle discrétion.

### AIDE-MÉMOIRE 19 : Appliquer le plan de soins et de traitements : rigueur et continuité

#### 6.8. Évaluation des résultats

Au terme d'un délai de quatre semaines, l'évaluation des résultats doit être réalisée de façon rigoureuse. Les outils d'évaluation clinique utilisés lors de l'évaluation initiale sont repris afin de comparer les résultats et de mesurer l'amélioration.



D'une façon générale, les résultats sont concluants lorsque (MSSS, 2014a, p. 15; Voyer, 2014) :

- satisfaction du référent : attentes initiales comblées
- réduction de la fréquence du comportement (de 25 à 50 %)
- réduction de la gravité du comportement (de 25 à 50 %)

L'évaluation des résultats doit aussi signaler l'apparition de réactions indésirables au traitement médicamenteux et le nombre d'incidents ou d'accidents qui sont survenus au cours de la période (ex. : nombre de fuites, nombre de chutes, nombre de comportements agressifs sur autrui, nombre de fois où la personne a refusé un soin ou un traitement, etc.). L'éventuel recours à des mesures de contrôle (contention ou isolement) doit également être évalué et documenté avec précision.

Enfin, il est intéressant de sonder les soignants et les différents professionnels impliqués afin de recueillir leurs commentaires sur la situation. L'aîné et son représentant devraient être rencontrés pour effectuer un bilan conjoint.

À la suite de l'évaluation, le PSTI est reconduit ou modifié. Si le SCPD est persistant, la conseillère en soins infirmiers devrait mobiliser l'équipe de consultation et d'intervention en psychogériatrie (ECIP) [point 12].

## AIDE-MÉMOIRE 20 : Laisser le temps

### 7. CONSIDÉRATIONS ORGANISATIONNELLES

Les lignes directrices comportent également des recommandations pour les organisations. Nous reprenons ici les recommandations principales de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA, 2006) qui dictent que chaque établissement devrait :

- offrir un milieu physique et social qui correspond à un milieu thérapeutique;
- prévoir une directive écrite sur la dotation en personnel appropriée à la prise en charge de résidents âgés présentant des SCPD;
- proposer à son personnel un programme de formation axé sur les besoins des résidents souffrant de dépression ou de troubles comportementaux;
- prévoir des lignes directrices écrites sur l'utilisation des mesures de contention;
- pouvoir bénéficier de services de santé mentale dispensés par des praticiens ou une équipe multidisciplinaire possédant de l'expertise en santé mentale;
- prévoir un mécanisme d'assurance du respect des droits éthiques et légaux du résident âgé;
- veiller à la planification et à l'affectation des ressources, au soutien organisationnel et administratif nécessaires et à l'application des lignes directrices en matière de pratiques exemplaires;
- surveiller et évaluer la mise en application des recommandations concernant les pratiques exemplaires.



Le CSSS de Portneuf mène depuis plusieurs années un projet intitulé le **Projet 3R**. Ce projet touche les dimensions suivantes :

- 1) Revalorisation de la pratique gériatrique;
- 2) Réorganisation du travail;
- 3) Rehaussement des compétences.

Ce vaste projet a déjà amené des changements sur les trois dimensions. Le plan d'action et les efforts se poursuivent et intègrent les recommandations liées aux SCPD. Il est à noter que certaines recommandations sont déjà implantées au sein du CSSS de Portneuf. De plus, le CSSS de Portneuf va considérer avec beaucoup d'attention les nouvelles lignes directrices du MSSS (2014a, b, c, d) et favorisera leur implantation au sein des unités de soins, des projets cliniques et des programmes organisationnels.

## **8. OUTILS D'ÉVALUATION**

Les outils d'évaluation sont présentés dans le cartable *Outils d'évaluation clinique pour l'infirmière en hébergement*.

De plus, des outils sont proposés dans le document : MSSS 2014b.

En cas de besoin, l'infirmière est invitée à faire appel à la conseillère en soins infirmiers.

## **9. OUTILS DE DOCUMENTATION**

La documentation doit respecter les normes en vigueur et la règle de soins RS-07 (*Outils de documentation des soins infirmiers*).

Les outils cliniques de documentation (formulaires) sont présentés dans le cartable *Outils d'évaluation clinique pour l'infirmière en hébergement*.

En cas de besoin, l'infirmière est invitée à faire appel à la conseillère en soins infirmiers.

**AIDE-MÉMOIRE 21 : Respecter les règles de l'art de la documentation  
et de la profession infirmière!**



## 10. UNITÉ PROTHÉTIQUE FERMÉE

Il existe trois unités prothétiques fermées au sein du CSSS de Portneuf. Un cadre de référence présentant ces unités est existant au CSSS de Portneuf.

De plus, un outil permettant de déterminer le niveau de priorité à accorder aux différentes demandes d'admission ou de transfert en unité prothétique est existant.

## 11. COMITÉ D'ÉTHIQUE

Le comité d'éthique peut soutenir l'équipe soignante et interdisciplinaire dans la résolution de certains problèmes complexes et de certains dilemmes.

Avant d'y faire appel, l'infirmière informe la coordonnatrice et le médecin traitant. La conseillère en soins infirmiers peut également aider à préparer la présentation de la situation.

Les membres de l'équipe soignante et de l'équipe interdisciplinaire concernés sont invités à participer à la réflexion. L'aîné ou son représentant peuvent être informés de la démarche.

La présentation de la situation au comité d'éthique doit être préparée. À cet effet, un formulaire est disponible sur intranet. Une fois rempli, il est acheminé au président du comité d'éthique.

Dans le livre *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (Voyer, 2013), nous encourageons les infirmières à prendre connaissance du chapitre 43, écrit par Danielle Blondeau et Hubert Marcoux et s'intitulant : *Les soins aux aînés en perte d'autonomie : enjeux éthiques* (Blondeau & Marcoux, 2013). Les enjeux abordés sont les suivants :

- la dépersonnalisation;
- la bienfaisance et la justice;
- la non-malfaisance et l'autonomie;
- la proportionnalité des soins;
- le respect de l'autonomie.

Les auteurs présentent les cinq étapes d'une démarche de résolution d'un dilemme éthique :

- 1) délimiter le problème de nature éthique;
- 2) déterminer les différentes solutions possibles;
- 3) évaluer chacune des solutions ainsi que les conséquences qui y sont associées;
- 4) choisir l'intervention la plus bénéfique pour le résident;
- 5) convertir son choix en action.

La conseillère en soins infirmiers et la coordonnatrice peuvent soutenir la réflexion éthique au sein de l'équipe ou auprès de l'infirmière. La dimension éthique devrait toujours apparaître dans les discussions de l'équipe interdisciplinaire.





## 12. ÉQUIPE DE CONSULTATION ET D'INTERVENTION EN PSYCHOGÉRIATRIE (ÉCIP)

Depuis 2009, l'organisation des services auprès d'usagers avec des troubles de comportement en CHSLD a été décrite (Agence de la Santé et des Services sociaux de la région de la Capitale Nationale (03), 2009).

Cette organisation des services prévoit trois niveaux d'intervention :

- 1) Premier niveau d'intervention : équipe soignante et équipe interdisciplinaire;
- 2) Deuxième niveau d'intervention (interne) : équipe de soutien à l'intervention clinique;
- 3) Troisième niveau d'intervention (externe) : services spécialisés du CEVQ et de l'*Institut universitaire en santé mentale de Québec* (IUSMQ) : voir point 13.

L'organisation prévoit donc que chaque CSSS se dote d'une équipe de soutien pour l'intervention clinique. Cette équipe est constituée de professionnels experts, qui interviennent dans les situations de troubles graves ou persistants du comportement, pour lesquels l'équipe soignante et l'équipe interdisciplinaire n'ont pas trouvé d'interventions résolutive.

Les équipes de soutien à l'intervention clinique n'ont pas été définies de façon précise et chaque CSSS s'est organisé en fonction des spécificités de son milieu. Par contre, des recommandations du MSSS (2014<sup>e</sup>) décrivent la structure des équipes SCPD.

Suite à une enquête interne et un rapport présentant des recommandations pour la constitution de l'équipe de soutien (Rey, 2010), voici ce que le CSSS de Portneuf a décidé pour l'équipe de soutien de son territoire :

- L'équipe se nomme : Équipe de consultation et d'intervention en psychogériatrie (ÉCIP). Elle est constituée de la conseillère en soins infirmiers, de la neuropsychologue et du coordonnateur en travail social.
- L'ÉCIP peut intervenir dans toutes les situations de troubles de l'humeur et du comportement, même s'il ne s'agit pas spécifiquement de SCPD. Elle intervient auprès des aînés du territoire de Portneuf, quel que soit le lieu où ils habitent (domicile, résidence privée, CHSLD).
- Ses mandats relèvent du soutien conseil ainsi que de l'expertise en santé mentale gériatrique.
- Elle est placée sous la responsabilité de la conseillère en soins infirmiers.
- Dans un premier temps, la conseillère contacte la personne de référence dans les plus brefs délais. Elle organise une première rencontre afin de valider les éléments de la situation et de prendre connaissance de ce qui a été réalisé. Elle utilise un document de suivi pour chaque situation. Elle peut demander des aménagements au PSTI et rencontrer le médecin traitant si elle le juge nécessaire.
- La conseillère en soins infirmiers procède ensuite à une évaluation clinique exhaustive qui respecte les recommandations des lignes directrices. En plus des outils cliniques usuels, elle utilise ou crée certains outils cliniques spécifiques à son rôle.
- Si elle le juge pertinent, elle peut organiser une réunion extraordinaire de l'équipe interdisciplinaire et demander que la situation soit examinée. Elle peut également demander qu'une réunion de famille soit organisée.
- Avec l'aide de l'infirmière, les éléments pertinents du dossier sont relevés. Un plan d'interventions peut être élaboré et des rencontres d'équipe peuvent être organisées.



- Par la suite, si nécessaire, la conseillère en soins infirmiers transmet un résumé de la situation à l'ÉCIP qui formule alors des recommandations et détermine du besoin de consultation par la neuropsychologue et le travailleur social.
- L'infirmière et la coordonnatrice s'assurent ensuite que le PSTI soit mis en place. La conseillère en soins infirmiers est sensible aux éléments de détresse psychologique (épuisement, traumatisme vicariant ou fatigue de compassion) ou de désarroi qui pourraient être vécus par certains soignants. Elle réalise également des suivis post-événements (agression) avec les soignants concernés. En collaboration avec la coordonnatrice et le service de santé, elle mobilise les ressources nécessaires.
- La conseillère en soins infirmiers suit la situation de façon plus ou moins rapprochée selon le cas. Elle est informée si la situation s'aggrave.
- En cas de besoin, la conseillère communique avec les ressources spécialisées externes (point 13).
- Si une hospitalisation à l'IUSMQ est envisagée par le médecin traitant, la conseillère en soins infirmiers s'assure que les éléments de la demande sont réunis et transmet la demande au comité d'admission (point 13.2).
- Un rapport sera élaboré annuellement par la conseillère, en collaboration avec les autres membres de l'ÉCIP. Ce rapport sera présenté au comité de direction du CSSS de Portneuf.
- La conseillère en soins infirmiers responsable de l'ÉCIP participe aux réunions régionales s'il y a lieu.

### **13. RESSOURCES EXTÉRIEURES**

Pour la région 03, il existe deux ressources extérieures pour soutenir les soignants dans les situations complexes (SCPD graves ou persistants) ou pour évaluer l'aîné (hospitalisation).

**C'est la conseillère qui contacte ces ressources : il est donc important qu'elle soit impliquée dans les situations des SCPD complexes, persistants ou graves.**

**D'une façon générale, l'ÉCIP intervient préalablement au recours à ces ressources extérieures.**

#### **13.1. Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec – Équipe de mentorat**

L'équipe de mentorat du CEVQ offre, entre autres, une possibilité de consultation clinique de 2<sup>e</sup> ligne. Les objectifs de cette consultation sont (CEVQ, n. d.) :

- intervenir directement auprès de la clientèle lors de situations cliniques complexes comme la présence de SCPD<sup>7</sup>;
- favoriser le transfert des connaissances aux soignants ainsi qu'aux professionnels concernant le processus à appliquer dans la résolution de problématiques complexes.

<sup>7</sup> et autres situations complexes telles que delirium, chutes répétitives, etc.



L'intervention se fait en collaboration étroite avec les intervenants du milieu. Une démarche clinique complète allant de l'évaluation à l'obtention des résultats appuie la contribution à la recherche de solutions.

Un formulaire de demande de service est disponible sur le site Internet du CEVQ : [www.cha.quebec.qc.ca/cevq](http://www.cha.quebec.qc.ca/cevq).

Pour information : le CEVQ propose également un programme de formations diversifiées ainsi que des activités de « coaching » et de « mentorat » clinique en lien avec les formations offertes par le CEVQ. Tous les renseignements nécessaires se trouvent sur leur site.

### **13.2. Institut universitaire en santé mentale de Québec – Unité d'évaluation**

L'IUSMQ offre un service de 3<sup>e</sup> ligne, c'est-à-dire un service spécialisé. Les infirmières cliniciennes réseau (ICR) sont les principales partenaires des CSSS. Leur rôle est bien présenté dans un document (IUSMQ, 2010) et nous ne le décrivons que brièvement :

- Consultation : en lien avec les équipes de soutien des différents CSSS de la région 03. Les ICR peuvent être interpellées (rôle autonome) pour les situations de SCPD graves et persistants.
- Liaison : lorsqu'une demande d'hospitalisation est faite pour l'unité de courte durée d'évaluation, les ICS soutiennent la démarche.
- Autres rôles : éducation, suivi et recherche.

L'équipe de soutien peut faire une demande de consultation ou d'hospitalisation. Pour ce faire, plusieurs renseignements doivent être fournis et trois documents sont utiles :

- Critères spécifiques d'admission à l'unité de courte durée d'évaluation;
- Aide-mémoire pour la présentation d'une demande au comité d'admission à l'unité de courte durée d'évaluation;
- Formulaire de référence pour une demande de consultation ou d'hospitalisation.

**Il est important de mentionner que l'unité de courte durée d'évaluation n'est pas une unité d'urgence. De plus, les critères d'admission doivent être respectés.**

Les demandes à l'IUSMQ (infirmière clinicienne ou unité d'évaluation) sont faites par la conseillère en soins infirmiers, en collaboration avec l'infirmière, la coordonnatrice et le médecin traitant (hospitalisation).



## 14. DOCUMENTATION

### Disponibles sur chaque unité

- *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée aux CHSLD* (Voyer, 2006)
- Manuel du module « *Agir pour se protéger* » de la formation *Agir auprès de la personne âgée : troubles cognitifs, symptômes psychologiques et comportementaux et situations de crise* (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2008).
- *L'exercice infirmier en soins de longue durée. Au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie* (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2000)
- Le cartable des *Outils d'évaluation clinique pour l'infirmière en hébergement*
- Progiciel Rx-Vigilance®

### Autres références (en français et en anglais)

- *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* (Landreville, Rousseau, Vézina, & Voyer, 2005).
- *Santé mentale et personnes âgées. S'outiller pour intervenir ensemble* (Leblanc et al., 2009).
- *L'examen clinique de l'aîné. Guide d'évaluation et de surveillance clinique* (Voyer, 2011).
- *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* - deuxième édition (Voyer, 2013)
- *Psychologie gérontologique* (Vézina, Cappeliez, & Landreville, 2007)
- Les modules sur les SCPD de l'Association internationale de psychogériatrie (International Psychogeriatric Association, IPA). Site internet : [www.ipa-online.org](http://www.ipa-online.org)
- *Validation. La méthode de Naomi Feil* (Feil & de Klerk-Rubin, 2005).
- *L'indémorable : Alzheimer. Comprendre pour mieux aider* (Lévesque, Roux, & Lauzon, 1990).
- Livre accessible à tous : *Le vieillissement perturbé. La maladie d'Alzheimer* (Phaneuf, 2007).
- Pour tout public : *Le mystère Alzheimer* (Gendron, 2008).

### Éthique clinique

- *L'éthique de la santé. Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières* (Saint-Arnaud, 2009)
- *Soigner en centre d'hébergement. Repères éthiques* (Doucet, 2008)
- *Sujet de vie ou objet de soins?* (Malherbe, 2007)
- *Éthique et soins infirmiers* (Blondeau, 2013)
- *Le devoir de non-abandon. Pour une éthique hospitalière et du soin* (E. Hirsch, 2004)
- *L'éthique à l'épreuve de la maladie grave. Confrontations au cancer et à la maladie d'Alzheimer* (E. Hirsch, 2005)

**Les infirmières qui cherchent de la documentation sur un sujet ou un thème particulier  
peuvent s'adresser à la conseillère en soins infirmiers.**



# AIDE-MÉMOIRE

## PRINCIPE DE BASE : TOUJOURS RECHERCHER LE SENS DES COMPORTEMENTS

1. Connaître les spécificités de chaque trouble neurocognitif majeur
2. Utiliser les termes exacts
3. Connaître les six catégories de SCD et savoir les différencier
4. Connaître les six catégories de SPD et savoir les différencier
5. Être précis
6. Opter pour une démarche de gestion optimale des SCPD
7. Respecter les étapes, les recommandations et les principes généraux
8. Utiliser les formulaires pour l'évaluation clinique des SCPD (AR-481 et AR-482)
9. Utiliser *AMPE-AINÉES*
10. Intégrer les personnes concernées dans la démarche
11. Observer par soi-même
12. Réaliser un examen clinique structuré
13. Rechercher les causes du SCPD
14. Décrire et mesurer les comportements
15. Démontrer la qualité du jugement clinique : le constat du PTI
16. Appliquer les interventions non pharmacologiques et agir sur les trois niveaux d'intervention :  
l'aîné, les interactions sociales et l'environnement
17. Respecter les principes de l'usage optimal des médicaments et les lignes directrices
18. Anticiper les difficultés
19. Appliquer le plan de soins et de traitements avec rigueur et continuité
20. Laisser le temps
21. Respecter les règles de l'art de la documentation et de la profession infirmière



## 15. RÉFÉRENCES

- Agence de la Santé et des Services sociaux de la région de la Capitale Nationale (03). (2009). *Projet de réorganisation de l'offre de service pour la clientèle présentant des troubles comportementaux et psychologiques en CHSLD*. Québec (QC): Auteur - CSSS de la région de la Capitale-Nationale : Gestionnaires de la Table Hébergement.
- Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A. M., Whall, A., Berent, S., Richards, K., & Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 11(6), 10-19. doi: 10.1177/153331759601100603
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. (2006). *Crise de violence*. Montréal (QC): ASSTSAS.
- Barton, C., Merrilees, J., Ketelle, R., Wilkins, S., & Miller, B. (2014). Implementation of advanced practice nurse clinic for management of behavioral symptoms in dementia: A dyadic intervention (innovative practice). *Dementia*. doi: 10.1177/1471301213519895
- Beck, C., Frank, L., Chumbler, N. R., O'Sullivan, P., Vogelpohl, T. S., Rasin, J., . . . Baldwin, B. (1998). Correlates of disruptive behavior in severely cognitively impaired nursing home residents. *Gerontologist*, 38(2), 189-198.
- Belzil, G., Vézina, J., & Landreville, P. (2009). Étude préliminaire sur l'escalade des comportements de résistance dans le contexte des soins d'hygiène du matin chez des patients atteints de démence. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 14, 32-39.
- Bilodeau, J. (2013). Le syndrome crépusculaire. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2 ed., pp. 535-541). Saint-Laurent (QC): Éditions du nouveau pédagogique Inc.
- Blondeau, D. (2013). *Éthique et soins infirmiers* (2 ed.). Montréal (QC): Les presses de l'Université de Montréal.
- Blondeau, D., & Marcoux, H. (2013). Les soins en CHSLD : enjeux éthiques. In P. Voyer (Ed.), *Les soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2 ed., pp. 553-558). Saint-Laurent (QC): Éditions du nouveau pédagogique.
- Boettcher, E. G. (1983). Preventing violent behavior. An integrated theoretical model for nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 21(2), 54-58.
- Bourque, M., & Côté, L. (2008). *La gestion des symptômes comportementaux de la démence : évaluation, intervention et lien avec le plan thérapeutique infirmier*. Formation continue de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Montréal (QC).
- Bourque, M., & Voyer, P. (2013). La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2 ed., pp. 451-478). Saint-Laurent (QC): Éditions du nouveau pédagogique Inc.
- Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec. (n. d.). *L'équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ). La richesse d'un savoir à partager*. Québec: Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.
- Coalition Canadienne pour la Santé Mentale des Personnes Âgées. (2006). Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissements de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement).
- Cohen-Mansfield, J. (2000). Theoretical Frameworks for behavioral problems in Dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 1(4), 8-21.
- Collin, F., Joyal, C., & Gauthier, M. (2013). La résistance aux soins. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2 ed., pp. 479-490). Saint-Laurent (QC): Éditions du nouveau pédagogique Inc.



- Comité Jeunesse de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2010). *PRN. Comprendre pour intervenir. Guide d'évaluation, de surveillance clinique et d'interventions infirmières* (2 ed.). Westmount (QC): Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.
- Dettmore, D., Kolanowski, A., & Boustani, M. (2009). Aggression in persons with dementia: use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric Nursing, 30*(1), 8-17. doi: 10.1016/j.gerinurse.2008.03.001
- Doucet, H. (2008). *Soigner en centre d'hébergement. Repères éthiques*. Anjou (QC): Fides.
- Durand, S. (sous la dir). (2013). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*. Westmount (QC): Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Feil, N., & de Klerk-Rubin, V. (2005). *Validation. La méthode de Naomi Feil. Pour une vieillesse pleine de Sagesse*. Rueil-Malmaison (F): Éditions Lamarre.
- Finkel, S. I., Costa e Silva, J., Cohen, G., Miller, S., & Sartorius, N. (1996). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr, 8 Suppl 3*, 497-500.
- Fortinash, K. M., & Holoday Worret, P. A. (2013). *Soins infirmiers. Santé mentale et psychiatrie* (C. Page, J.-P. Bonin, D. Houle & Y. Brassard, Trans.). Montréal (QC): Chenelière éducation.
- Gagné, C. (2010). *Évaluation des connaissances des infirmières en CHSLD sur la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. (Maîtrise en sciences infirmières), Université Laval, Québec.
- Gendron, M. (2008). *Le mystère Alzheimer. L'accompagnement, une voie de compassion*. Montréal (QC): Les Éditions de l'Homme.
- Gitlin, L. N., Kales, H. C., & Lyketsos, C. G. (2012). Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *JAMA, 308*(19), 2020-2029. doi: 10.1001/jama.2012.36918
- Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (1987). Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Arch Psychiatr Nurs, 1*(6), 399-406.
- Hirsch, E. (2004). *Le devoir de non-abandon. Pour une éthique hospitalière et du soin*. Paris (FR): Cerf.
- Hirsch, E. . (2005). *L'éthique à l'épreuve de la maladie grave. Confrontations au cancer et à la maladie d'Alzheimer*. Paris (FR): Vuibert.
- Imbeault, S. (2013). L'errance. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (pp. 519-533). Saint-Laurent (QC): Éditions du nouveau pédagogique Inc.
- Institut universitaire en santé mentale de Québec. (2010). *Offre de services concernant les infirmières cliniciennes réseau CHSLD du programme-clientèle de gériopsychiatrie. Adopté par les membres de la Table régionale de concertation des gestionnaires en hébergement*. Québec (QC): Institut universitaire en santé mentale de Québec.
- International Psychogeriatric Association. (2012a). *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. BPSD. Nurses' Guide to BPSD*. Northfield (IL): International Psychogeriatric Association.
- International Psychogeriatric Association. (2012b). *The IPA Complete Guide to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Specialists Guide*. Northfield (IL): International Psychogeriatric Association.
- Kergoat, M.-J. . (2010). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Montréal (QC): Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Université de Montréal & Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Khosravi, M. (2007). *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés. Guide pratique*. Rueil-Malmaison (FR): Éditions Doin.
- Kolanowski, A. M. (1999). An overview of the need-driven dementia-compromised behavior model. *Journal of Gerontological Nursing, 25*(9), 7-9.
- Kovach, C. R., Kelber, S. T., Simpson, M., & Wells, T. (2006). Behaviors of nursing home residents with dementia: examining nurse responses. *Journal of Gerontological Nursing, 32*(6), 13-21.
- Kovach, C. R., Logan, B. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M., Smerz, J., Simpson, M., & Wells, T. (2006). Effects of the Serial Trial Intervention on discomfort and behavior of nursing home residents with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 21*(3), 147-155.



- Kovach, C. R., Taneli, Y., Dohearty, P., Schlidt, A. M., Cashin, S., & Silva-Smith, A. L. (2004). Effect of the BACE intervention on agitation of people with dementia. *Gerontologist*, 44(6), 797-806.
- Landreville, P. (2013). L'agitation verbale. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2 ed., pp. 505-509). Saint-Laurent (QC): Éditions du nouveau pédagogique Inc.
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., & Voyer, P. (2005). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Montréal: EDISEM inc.
- Leblanc, S., Leroux, G., Malo, S., & Roux, C. . (2009). *Santé mentale et personnes âgées. S'outiller pour intervenir ensemble*. Montréal (QC): CSSS Jeanne-Mance. Direction générale adjointe - Services en hébergement.
- Lévesque, L., Roux, C. M., & Lauzon, S. (1990). *Alzheimer. Comprendre pour mieux aider*. Saint-Laurent (QC): Éditions du nouveau Pédagogique Inc.
- Malherbe, J.-F. (2007). *Sujet de vie ou objet de soins ? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*. Anjou (QC): Fides.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2008). *Agir auprès de la personne âgée. Programme de formation pour les préposés aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Agir pour se protéger. Troubles cognitifs, symptômes psychologiques et comportementaux et situations de crise*. Gouvernement du Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2014a). *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-829-05W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2014b). *Outils d'observation et d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-829-08W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2014c). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-829-06W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2014d). *Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-829-07W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2014e). *Équipe ambulatoire symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD): paramètres organisationnels*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-829-03W.pdf>
- Mitty, E., & Flores, S. (2007). Assisted living nursing practice: the language of dementia: theories and interventions. *Geriatr Nurs*, 28(5), 283-288. doi: 10.1016/j.gerinurse.2007.08.009
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2000). *L'exercice infirmier en soins de longue durée. Au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie. Guide d'exercice*. Montréal (QC): Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*. Mémoire. Montréal (QC) : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. [https://www.oiiq.org/sites/default/files/3401\\_memoire-chsld.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/3401_memoire-chsld.pdf)
- Phaneuf, M. (2007). *Le vieillissement perturbé. La maladie d'Alzheimer* (2 ed.). Montréal (QC): Chenelière Éducation.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2010). *Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression* (pp. 181). Toronto: Registered Nurses Association of Ontario.





- Rey, S. (2010). *Troubles de l'humeur et du comportement. Synthèse des écrits et des expériences des équipes de soutien, présentation de l'enquête sur les difficultés et les besoins identifiés par les infirmières exerçant en CHSLD au CSSS de Portneuf et recommandations pour la constitution d'une équipe de soutien à l'intervention*. Saint-Casimir (QC): CSSS de Portneuf.
- Rey, S. (2014). *Description du processus de prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence par des infirmières*. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières sous la direction de Philippe Voyer. Québec : Université Laval, Faculté des sciences infirmières. <http://www.theses.ulaval.ca/2014/30909/>
- Richards, K., Lambert, C., & Beck, C. (2000). Deriving interventions for challenging behaviors from the Need-driven, Dementia-compromised Behavior Model. *Alzheimer's Care Quarterly*, 1(4), 62-76.
- Robert, P., Onyike, C. U., Leentjens, A. F., Dujardin, K., Aalten, P., Starkstein, S., ... Byrne, J. (2009). Proposed diagnostic criteria for apathy in Alzheimer's disease and other neuropsychiatric disorders. *Eur Psychiatry*, 24(2), 98-104. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.09.001
- Saint-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé. Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal (QC): Gaëtan Morin Éditeur - Chenelière Éducation.
- Société Alzheimer du Canada. (2011). *Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne. Prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée qui vivent dans un foyer de soins de longue durée. Cadre de travail*. Toronto (ON): Société Alzheimer du Canada.
- Société Alzheimer du Canada. (2013). Langage centré sur la personne. Retrieved 22 novembre, 2013, from <http://www.alzheimer.ca/fr/sk/We-can-help/Information-and-Referral/Information-for-health-care-professionals/person-centred-care-in-long-term-care-homes/culture-change-towards-person-centred-care/Person-centred-language-guidelines>
- Vendeuvre-Bauters, I. (2007). *À l'écoute des mots de la démence. Expression d'une crise existentielle*. Lyon (FR): Chronique Sociale.
- Vézina, J., & Belzil, G. (2013). Les comportements agressifs. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. (2 ed., pp. 511-518). Saint-Laurent (QC): Éditions du nouveau pédagogique Inc.
- Vézina, J., Cappeliez, P., & Landreville, P. (2007). *Psychologie gériatrique*. Montréal (QC): Gaëtan Morin éditeur, Chenelière Éducation.
- Vickland, V., Chilko, N., Draper, B., Low, L. F., O'Connor, D., & Brodaty, H. (2012a). Individualized guidelines for the management of aggression in dementia - Part 1: key concepts. *Int Psychogeriatr*, 24(7), 1112-1124. doi: 10.1017/S1041610212000014
- Vickland, V., Chilko, N., Draper, B., Low, L. F., O'Connor, D., & Brodaty, H. (2012b). Individualized guidelines for the management of aggression in dementia - Part 2: appraisal of current guidelines. *Int Psychogeriatr*, 24(7), 1125-1132. doi: 10.1017/S104161021200004X
- Volicer, L., Bass, E. A., & Luther, S. L. (2007). Agitation and resistiveness to care are two separate behavioral syndromes of dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(8), 527-532.
- Voyer, P. (2005). Milieux de soins et symptômes comportementaux de la démence. In P. Landreville, F. Rousseau, J. Vézina & P. Voyer (Eds.), *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* (pp. 309-343). Montréal: EDISEM inc.
- Voyer, P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée aux CHSLD*. Saint-Laurent: ERPI.
- Voyer, P. (2010). L'examen clinique de l'état mental d'une personne âgée dans le contexte du delirium. Québec (QC): Université Laval : Faculté des Sciences Infirmières.
- Voyer, P. (2011). *L'examen clinique de l'aîné. Guide d'évaluation et de surveillance clinique*. Saint-Laurent (QC): Éditions du nouveau Pédagogique Inc.
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2 ed.). Saint-Laurent (QC): Éditions du nouveau pédagogique Inc.
- Voyer, P. (2014). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Document de formation. Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Québec.



- Voyer, P., Gagnon, C., & Germain, J. (2009). *Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Aide-mémoire à la prise de décision*. Québec: Regroupement des médecins oeuvrant en gériatrie dans la région 03 (RMG03).
- Voyer, P., & Nkogho Mengue, P.-G. (2013). L'usage optimal des médicaments chez les aînés en perte d'autonomie. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2 ed., pp. 417-447). Saint-Laurent (QC): Éditions du renouveau pédagogique Inc.
- Whall, A. L., & Kolanowski, A. M. (2004). The need-driven dementia-compromised behavior model-- a framework for understanding the behavioral symptoms of dementia. *Aging & Mental Health, 8*(2), 106-108. doi: 10.1080/13607860410001649590
- Williams, K. N., Herman, R., Gajewski, B., & Wilson, K. (2009). Elderspeak communication: impact on dementia care. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 24*(1), 11-20. doi: 10.1177/1533317508318472
- Ylieff, M., Di Notte, D., Vézina, J., Gazon, R., De Lepeleire, J., & Buntinx, F. (2005). Symptômes psychologiques et comportementaux dans les démences : définition, prévalence, étiologie. In P. Landreville, F. Rousseau, J. Vézina & P. Voyer (Eds.), *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* (pp. 3-59). Montréal: EDISEM inc.





**LE MODÈLE ÉTEC – COMMENT AGIR**

Lors d'une réunion d'équipe, l'infirmière peut utiliser cet aide-mémoire avec les membres de l'équipe afin de rechercher les facteurs déclencheurs aux SCPD. La feuille peut être complétée avec les données recueillies et les interventions non pharmacologiques sont choisies en fonction de la situation.

Jour : bleu  Soir : vert  Nuit : rouge

Pour les interventions non pharmacologiques, consulter le *Guide de pratique clinique – SCPD* (6.6.2.1)

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nom et prénom du résident : \_\_\_\_\_

État physique et émotif	Interventions non pharmacologiques
<input type="checkbox"/> Effets secondaires des médicaments <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Inconfort ou besoin compromis : faim, soif, manque de sommeil, etc. <input type="checkbox"/> Maladies <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Déficits sensoriels <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Selon la situation, discuter en équipe pour rechercher des solutions favorisant la prévention des SCPD <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Tâche	Interventions non pharmacologiques
<input type="checkbox"/> Trop complexe <input type="checkbox"/> Trop longue <input type="checkbox"/> Ne respecte pas les habitudes antérieures <input type="checkbox"/> Génératrice de peurs anciennes <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Utiliser des routines connues <input type="checkbox"/> S'informer sur les habitudes concernant cette tâche <input type="checkbox"/> Découper la tâche en étapes simples et courtes <input type="checkbox"/> Aider discrètement <input type="checkbox"/> Changer d'approche si la personne semble fâchée ou irritée <input type="checkbox"/> Arrêter quelques minutes, si nécessaire, et réessayer <input type="checkbox"/> Éviter de mettre l'ainé en situation d'échec <input type="checkbox"/> Alternier les périodes d'activités et de repos <input type="checkbox"/> Ne pas insister si l'ainé démontre des signes de résistance <input type="checkbox"/> Éviter de vouloir que la tâche soit accomplie à tout prix au détriment des besoins de l'ainé <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____



Environnement physique et humain	Interventions non pharmacologiques
<input type="checkbox"/> Nouveau personnel et instabilité du personnel <input type="checkbox"/> Trop de bruit <input type="checkbox"/> Lumière trop vive <input type="checkbox"/> Espaces trop vastes <input type="checkbox"/> Absence de points de repères <input type="checkbox"/> Trop de stimulation <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Transmettre les informations aux nouveaux soignants <input type="checkbox"/> Contribuer à une réorganisation des plans de travail pour favoriser la continuité <input type="checkbox"/> Diminuer l'encombrement des lieux <input type="checkbox"/> Contrôler le bruit, la lumière <input type="checkbox"/> Éviter les excès de stimulation <input type="checkbox"/> Augmenter les points de repère <input type="checkbox"/> Offrir l'occasion d'explorer l'environnement <input type="checkbox"/> Favoriser une routine <input type="checkbox"/> Stimuler plutôt qu'ordonner <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

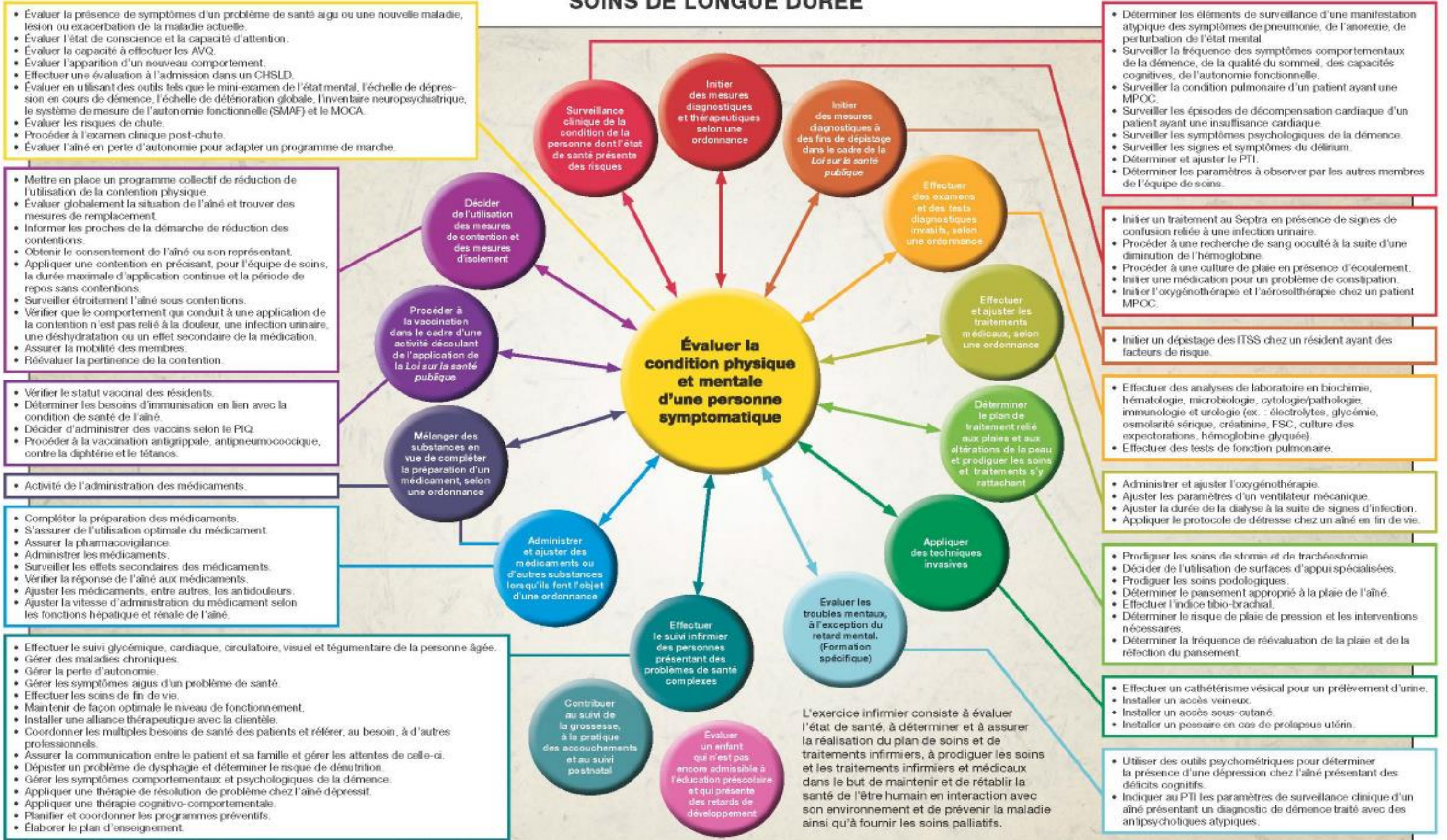
Communication	Interventions non pharmacologiques
<input type="checkbox"/> Le soignant ne s'identifie pas <input type="checkbox"/> Le soignant ne dit pas ce qu'il vient faire <input type="checkbox"/> Le soignant ne valide pas le choix de la personne <input type="checkbox"/> Absence de paroles de la part du soignant <input type="checkbox"/> Phrases trop longues <input type="checkbox"/> Contact visuel absent <input type="checkbox"/> Voix trop forte <input type="checkbox"/> Vocabulaire trop complexe <input type="checkbox"/> Argumentation constante <input type="checkbox"/> Débit trop rapide <input type="checkbox"/> Absence de soutien gestuel <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Établir le contact avec l'aîné <input type="checkbox"/> Valoriser l'aîné pour le moindre geste qu'il fait <input type="checkbox"/> Éviter d'obstiner et de vouloir raisonner <input type="checkbox"/> Être à l'écoute des émotions (empathie, validation) <input type="checkbox"/> Faire preuve de patience <input type="checkbox"/> Se maîtriser <input type="checkbox"/> Utiliser le toucher <input type="checkbox"/> Regarder la personne dans les yeux <input type="checkbox"/> Parler lentement <input type="checkbox"/> Faire des phrases courtes <input type="checkbox"/> Ne poser qu'une question à la fois <input type="checkbox"/> Ne donner qu'une indication à la fois <input type="checkbox"/> Observer son langage non verbal <input type="checkbox"/> Utiliser le nom de la personne <input type="checkbox"/> Éviter les pourquoi et les comment <input type="checkbox"/> Ne pas répondre aux insultes <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Source : MSSS (2008) *Agir auprès de la personne âgée. Programme de formation pour les préposés aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Agir pour se protéger. Troubles cognitifs, symptômes psychologiques et comportementaux et situations de crise.* Gouvernement du Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.



### Annexe 3 – Profession infirmière: champ d'exercice et activités réservées

## SOINS DE LONGUE DURÉE



## Interventions non pharmacologiques pour les aînés présentant des SCPD

Catégories	Exemples
<b>Interventions au quotidien</b>	<p>Approche de base : communication, gestion des refus, attitudes (respect, empathie, attention), stratégies (observation, écoute, communication), travail en équipe et continuité</p> <p>Recadrage</p> <p>Stimulation au quotidien</p> <p>Diversions</p> <p>Validation</p> <p>Toucher affectif</p> <p>Écoute active adaptée</p> <p>Promotion des événements agréables</p>
<b>Interventions sensorielles</b>	<p>Auditive : écoute musicale (musique relaxante, classique ou préférée) et musicothérapie (chant, rythmique)</p> <p>Toucher : massage, massage des mains et toucher doux</p> <p>Olfactif : aromathérapie (lavande et mélisse)</p> <p>Visuelle : observation d'images, jeux de lumière, mobiles</p> <p>Multiple : zoothérapie, Snœzelen, pièce d'apaisement (<i>Namaste therapy</i>)</p>
<b>Activités récréatives</b>	<p>Sociales : activités plaisantes, artisanat, manipulation d'objets, rencontres de groupe, rencontre de réminiscence, loisirs variés en groupe</p>
<b>Approche environnementale</b>	<p>Repères pour l'orientation spatiale et temporelle</p> <p>Aménagement rappelant le domicile ou simulant la nature</p> <p>Bruit ambiant (bruit blanc, bruits de la nature)</p> <p>Aire d'errance (intérieure et extérieure)</p> <p>Barrières visuelles</p> <p>Programme BACE</p> <p>Activités passe-temps non personnalisées : meuble de fouille, tableau avec activités variées, pliage de linge, tablier de stimulation, casse-tête</p> <p>Contrôle des stimuli</p> <p>Mesures de sécurité discrètes</p> <p>Variation de l'ambiance, des formes et des grandeurs de l'espace</p> <p>Unités de soins spécialisées</p>

<b>Activités physiques</b>	Exercices isotoniques ou sur chaise Marche et marche-conversation Danse Relaxation musculaire
<b>Adaptation des soins aux besoins uniques de la personne</b>	Activités biographiques : tâches ménagères, bricolage, entretien de plantes, jardinage, tâches relatives à un métier, soin d'un enfant/animal Activités plaisantes Interaction sociale individualisée Présence simulée : photos, enregistrement audio ou vidéo Indices écrits Soins d'hygiène : bain à la serviette, méthode discontinue, soins fragmentés Habillage : retirer les vêtements du champ visuel Horaire des soins et des activités Plan de soins individualisé Réponse aux besoins compromis
<b>Approches comportementales</b>	Renforcement positif ou différentiel Abolition des gratifications des SCPD Restauration d'un sentiment de contrôle et de choix
<b>Approches cognitives</b>	Orientation à la réalité
<b>Interventions spécifiques</b>	Réminiscence Thérapie occupationnelle Luminothérapie Thérapie contre-intuitive Approche confort-stimulation-distraktion
<b>Formation des soignants professionnels ou familiaux</b>	Sur les MAa (y compris soins centrés sur la personne et recadrage) Sur les SCPD et leurs causes (y compris recadrage) Sur les INP Sur le retrait des mesures de contrôle (contention et isolement) Sur l'évaluation clinique (démarche, examen physique et instruments de mesure) Sur les interventions pharmacologiques et leur surveillance
<b>Consultation</b>	Équipes ou intervenants spécialisés

**Rey (2015).** Adapté de Bidewell & Chang (2010); Bruneau & Voyer (sous la dir) (2014); Conn & Seitz (2010); Fleming & Purandare (2010); Hulme & al. (2010); International Psychogeriatric Association (2012); Livingston & al. (2005); Morley (2012); O'Connor & al. (2009); Seitz & al. (2012); Simard & Volicer (2010); Testad & al. (2014); Vernooij-Dassen, Vasse, Zuidema, Cohen-Mansfield, & Moyle (2010); Voyer, Gagnon, & Germain (2009).