



Formation de l'approche adaptée à la personne âgée (2ème partie) TNCM, SCPD et délirium

Formation destinée aux infirmières et infirmières auxiliaires en courte durée

Par : Geneviève Leboeuf, conseillère en soins infirmiers, 2017

Révision : Novembre 2020

Objectifs – Démence (TNCM)

Approfondir vos connaissances sur les démences (troubles neurocognitifs majeurs) et les manifestations cognitives et comportementales associées

Savoir identifier les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et intervenir adéquatement auprès des usagers qui en présentent

Déterminer les stratégies de communication optimales auprès de la clientèle atteinte de démence (TNCM)

Apprendre à gérer des situations difficiles ainsi que les refus

Objectifs - Délirium

Définir le délirium et ses formes

Connaître les facteurs prédisposants et précipitants du délirium

Savoir dépister et évaluer le risque de délirium

Intervenir rapidement auprès de l'utilisateur en délirium à l'aide d'intervention non médicamenteuse

Explorer les mesures de remplacement

Démence (TNCM)

Partie 1

Définition

Critères diagnostiques

Types et caractéristiques

Manifestations cliniques - Exercices

Démence

Partie 2

SCPD - Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

- Définition
- Facteurs de risque
- Catégories
- Comportements moteurs et exercices
- Processus d'interventions

Partie 3

Approche de base et proactive

- Stratégies de communication
- Prévention de la réaction catastrophique
- Approche collaborative proactive
- Gestion des refus
- Interventions

Délirium

Partie 1

Définition

Étiologie

Épidémiologie

Types et caractéristiques

Facteurs de risque

Délirium

Partie 2

Dépistage

Évaluation clinique

Interventions et prévention

Délirium

Partie 3

Impacts et complications

Suivi post-délirium

Démence (TNCM)

Définition

Diminution irréversible des facultés intellectuelles

Démence (TNCM)

Critères diagnostiques

Problèmes de mémoire à court ou à long terme

Atteinte d'au moins une autre fonction cognitive parmi les suivantes :

- Troubles du langage (aphasie, paraphasie)
- Agnosie
- Trouble d'attention, jugement, concentration et d'orientation
- Difficulté à planifier, organiser, entreprendre, à mettre en séquences et à résoudre des problèmes
- Apraxie

Problèmes doivent être suffisamment importants pour perturber le quotidien de la personne (AVQ et AVD)

Démence (TNM)

Les facteurs de risque

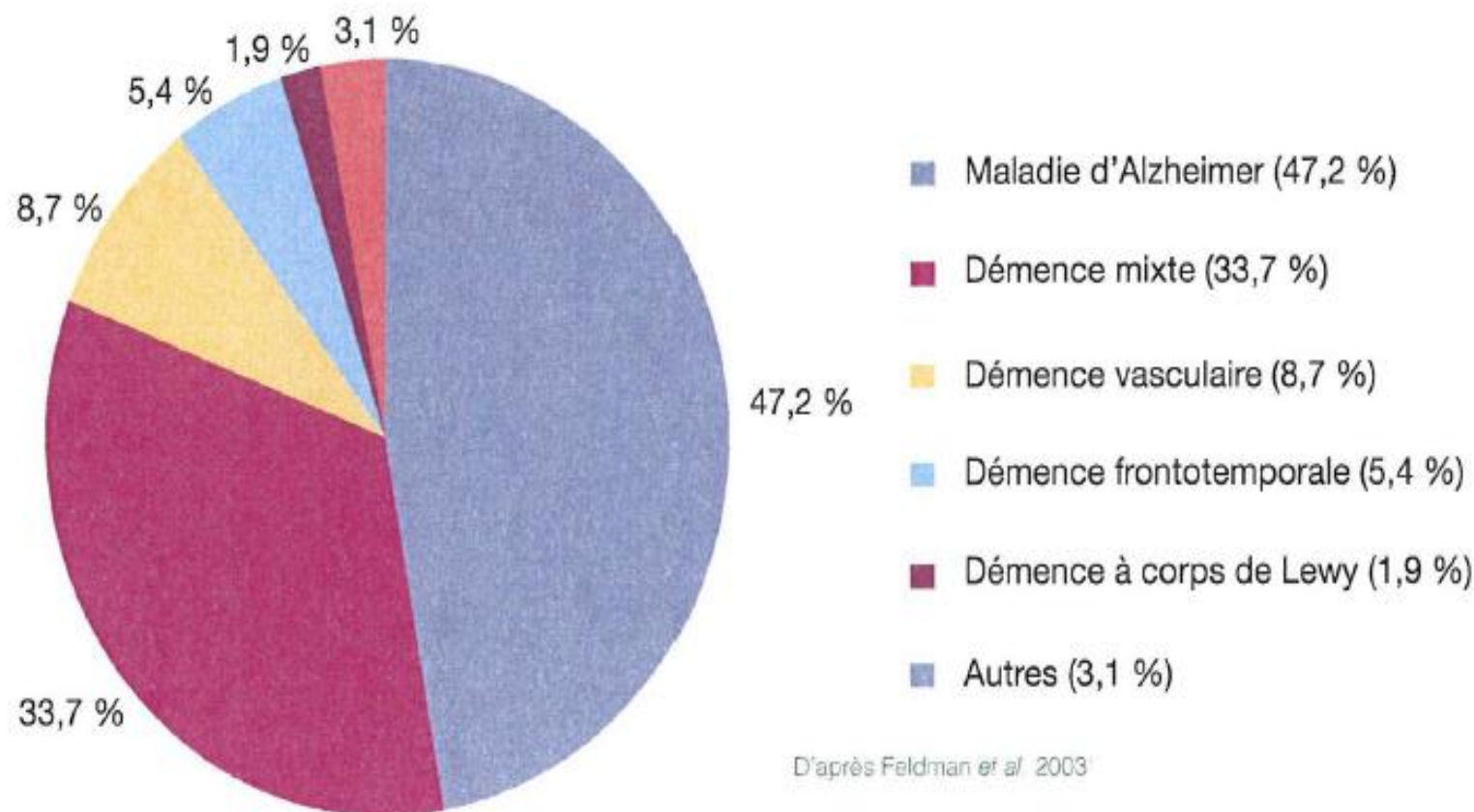
Facteurs prédisposants	Facteurs précipitants
Âge et sexe	Facteurs environnementaux
Niveau scolaire	
Antécédents familiaux	Facteurs protecteurs
Facteurs génétiques	Consommation modérée d'alcool
Traumatismes crâniens	Utilisation prolongée d'un anti-inflammatoire
Facteurs vasculaires	Bonne santé cardiovasculaire
Habitudes de vie	Régime alimentaire méditerranéen
	Excellent réseau social
	Pratique régulière d'activité physique

Issu de Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2^e édition, 2013, p. 53



Démence (TNM)

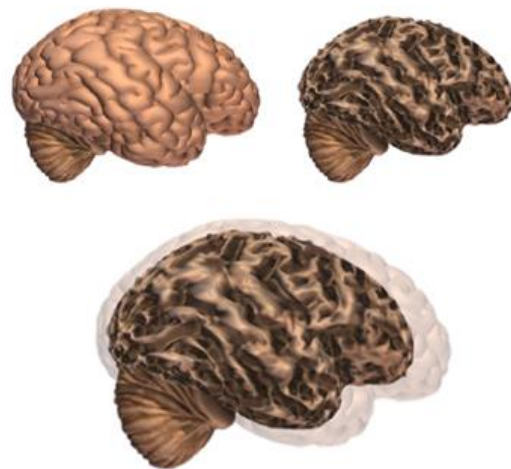
Types



D'après Feldman *et al.* 2003

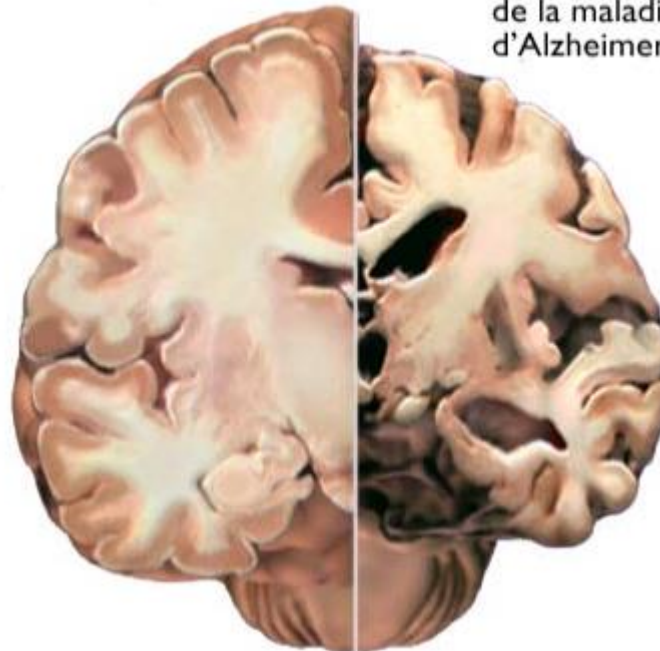
Démence (TNCM)

TNCM de type Alzheimer (DTA)



Cerveau sain

Stade avancé
de la maladie
d'Alzheimer



©2009 Alzheimer's Association. www.alz.org. Tous droits réservés. Illustrations de Stacy Janis.

Ce voyage est une publication officielle de l'Alzheimer's Association. Toutefois, toutes les organisations et personnes non affiliées ont le droit de le diffuser. Veuillez noter que ce type de diffusion ne signifie en aucun cas que l'Alzheimer's Association appuie ces organisations ou ces personnes.

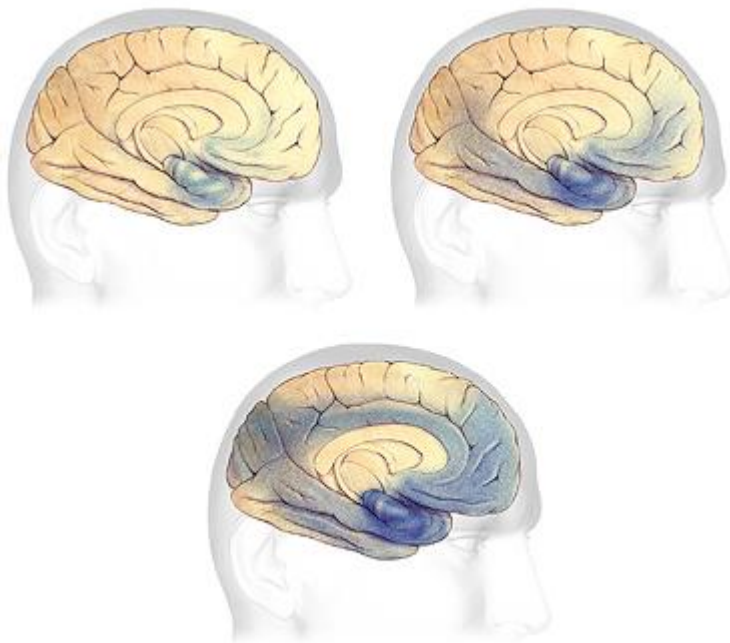
Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Québec



Démence (TNCM)

TNCM de type Alzheimer (DTA)



À mesure que progresse la maladie d'Alzheimer, les plaques et les écheveaux (qu'on voit dans les parties bleutées) ont tendance à se répandre à travers le cortex selon un parcours prévisible. La vitesse de progression varie grandement. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivent huit ans en moyenne, mais certaines personnes peuvent survivre jusqu'à 20 ans. L'évolution de la maladie dépend en partie de l'âge au moment du diagnostic et de l'état de santé général de la personne.

- **Stade précoce de la maladie** – les changements peuvent commencer à se produire 20 ans avant le diagnostic et même plus.
- **Stades léger à modéré** – dure généralement de 2 à 10 ans.
- **Stade avancé** – peut durer de 1 à 5 ans.

Démence (TNCM)

TNCM de type Alzheimer (DTA)

Diagnostic clinique de maladie d'Alzheimer probable

- Démence établie par l'examen clinique (par exemple, grâce au MEEM)
- Au moins deux types de déficits parmi les déficits des fonctions cognitives suivants :
 - Aphasie
 - Apraxie
 - Agnosie
 - Déficit dans les fonctions exécutives (planification, organisation, capacité de faire une tâche comprenant plusieurs étapes et capacité d'abstraction)
- Aggravation progressive de la mémoire et détérioration d'autres fonctions cognitives
- Pas d'altération de la conscience
- Début se situant entre 40 et 90 ans, mais le plus souvent après 65 ans

Éléments qui appuient un diagnostic de maladie d'Alzheimer probable

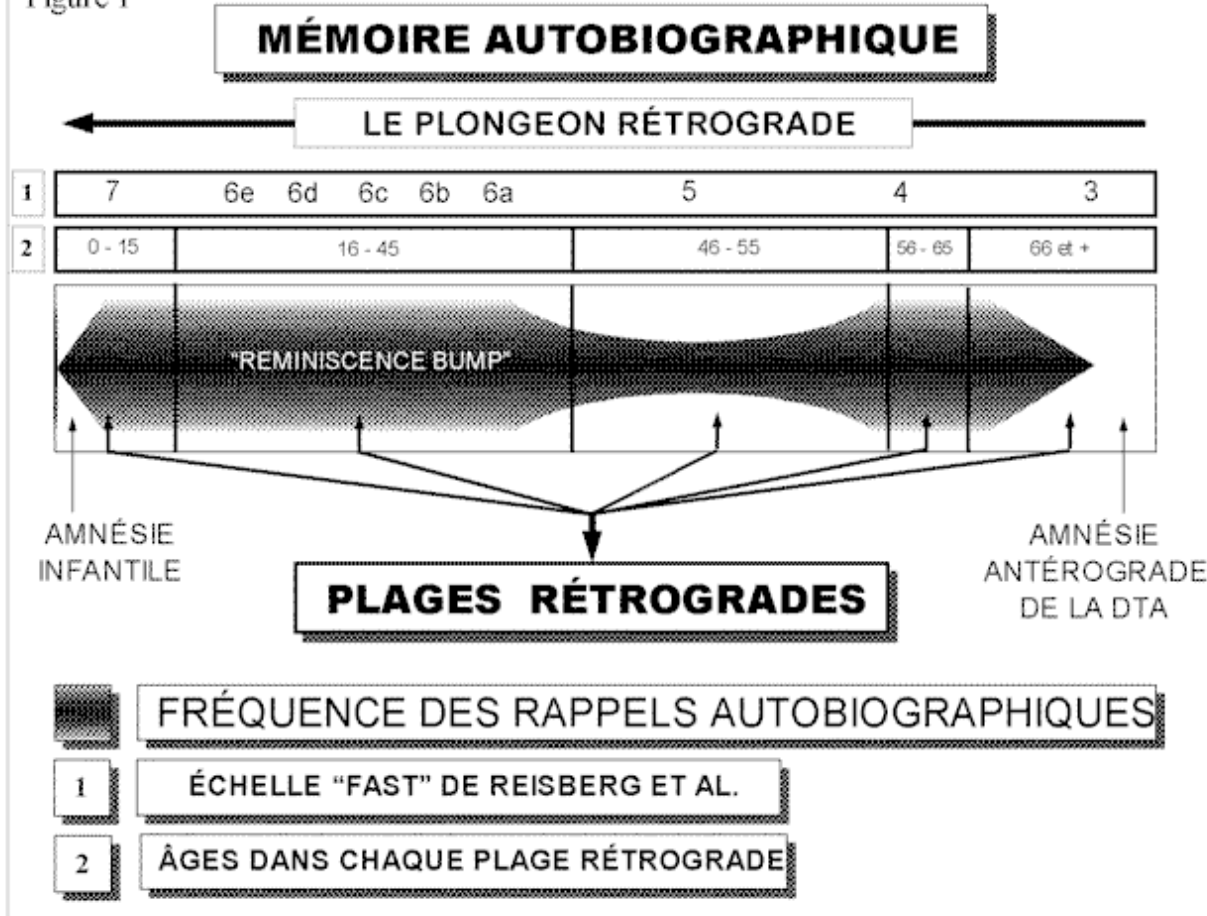
- Détérioration progressive de fonctions cognitives telles que le langage, les praxies et les gnosies
- Perturbation des activités de la vie quotidienne et du comportement
- Existence d'une maladie neurologique similaire dans les antécédents familiaux

Diagnostic clinique de maladie d'Alzheimer certaine

- Diagnostic de démence probable et preuve histopathologique par autopsie

Issu de Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2^e édition, 2013, p.67

Figure 1



Numéro 1 : Correspond à l'échelle de Reisberg (psychiatre Barry Reisberg) = Stade 1 à 7

Numéro 2 : Correspond à l'âge dans chaque plage rétrograde.

Plus l'utilisateur avance en stade de la maladie, plus sa mémoire correspond à un âge allant vers l'enfance.

Par exemple au stade 7, l'utilisateur a une mémoire correspondant à l'âge de 0-15 ans. Il est donc normal pour lui d'attendre l'autobus pour aller à l'école. L'utilisateur peut chercher ses parents ou sa fratrie et ne reconnaître plus ses enfants.

The **reminiscence bump** is the tendency for older adults to have increased [recollection](#) for events that occurred during their [adolescence](#) and [early adulthood](#). Période où il a eu beaucoup d'émotions : mariage, enfant.

L'espérance de vie d'une personne atteinte est de 2 à 20 ans. En moyenne 10ans. Plus la personne est jeune, plus rapidement la maladie évolue.

DTA - Stades de régression

Stades de 1 à 7

Niveau d'autonomie associée à la démence

Comportements/Âge correspondant

Activités appropriées et environnement

Tableau 4.9

**Sommaire des critères
de la démence à corps de Lewy**

1. Déclin cognitif progressif suffisamment important pour perturber la vie sociale ou les activités habituelles. Les troubles de la mémoire ne sont pas nécessairement présents ou dominants au début, mais deviennent généralement évidents lorsque la maladie progresse. Les déficits de l'attention, des fonctions exécutives et des habiletés visuospatiales peuvent dominer.
2. Un diagnostic de démence à corps de Lewy est « probable » en présence de deux des trois critères principaux suivants, et un diagnostic de démence à corps de Lewy est « possible » en présence d'un seul des trois critères :
 - a. Fluctuations cognitives avec variations prononcées de l'attention et du niveau de conscience
 - b. Hallucinations visuelles récurrentes, typiquement bien formées et détaillées
 - c. Signes moteurs spontanés de type parkinsonien
3. Les signes suivants appuient le diagnostic :
 - a. Chutes à répétition
 - b. Syncope
 - c. Pertes de conscience temporaires
 - d. Dysautonomie (hypotension orthostatique ou incontinence urinaire)
 - e. Hallucinations
 - f. Illusions systématisées
 - g. Dépression

Tableau 4.10 **Sommaire des critères diagnostiques cliniques des démences frontotemporales**

1. Caractéristiques globales (tous ces critères doivent être présents)

- a. Début insidieux, évolution progressive
- b. Troubles précoces dans les conduites sociales et personnelles
- c. Émoussement affectif précoce
- d. Manque précoce d'autocritique

3. Autres critères

- a. Dépression, anxiété
- b. Indifférence émotionnelle (indifférence affective, apathie)
- c. Hypochondrie
- d. Préoccupation somatique bizarre
- e. Inertie et aspontanéité
- f. Conservation de l'orientation spatiale et de la praxie aux stades légers

2. Critères supportant le diagnostic

a. Troubles du comportement

- Perte précoce du sens des convenances sociales
- Signes précoces de désinhibition
- Négligence précoce de l'hygiène
- Rigidité mentale et inflexibilité
- Distractivité, impulsivité
- Hyperoralité et modification du régime alimentaire
- Comportements stéréotypés et de persévération
- Comportement d'utilisation (aussi appelé comportement de dépendance environnementale), qui consiste en une exploration non réfrénée et sans but des objets environnants, du seul fait qu'ils soient accessibles

b. Troubles du langage

- Troubles de l'émission
- Stéréotypies
- Écholalie et persévérance
- Mutisme

c. Signes physiques

- Réflexes archaïques (réflexes normalement présents dans les premiers mois de la vie, tels que le réflexe de préhension et de succion)
- Incontinence et troubles des conduites sphinctériennes (précoces)
- Akinésie et rigidité, et tremblements tardifs
- Tension artérielle basse et labile

Démence (TNCM)

TNCM de type vasculaire (DV)

Tableau 4.11 Sommaire des critères pour le diagnostic de démence vasculaire probable

1. Démence vasculaire probable :
 - A. Déficit de la mémoire associé à deux autres déficits cognitifs ou plus avec interférence dans le fonctionnement quotidien
 - B. Présence de signes neurologiques focaux et de signes radiologiques à l'imagerie
 - Relation entre A et B mise en évidence par un ou plusieurs des signes suivants :
 - Début de la démence dans les trois mois suivant un AVC
 - Détérioration brutale des fonctions cognitives ou évolution par paliers
2. Manifestations cliniques en accord avec le diagnostic probable :
 - Troubles de la marche précoces (à petits pas, ataxie, extrapyramidale ou sans balancement des bras et courbé)
 - Troubles de l'équilibre avec chutes fréquentes
 - Troubles du contrôle mictionnel
 - Paralysie pseudobulbaire (paralysie des muscles de la face et de la langue, troubles de la déglutition, dysarthrie, pleurs et rires inexplicables par perte du contrôle émotionnel [labilité émotionnelle], visage inexpressif)
 - Modification de la personnalité et de l'humeur

Tableau 4.13 Résumé des principales caractéristiques des démences

Caractéristiques	Démence de type Alzheimer	Démence à corps de Lewy	Démence frontotemporale	Démence vasculaire
Début	Insidieux	Insidieux	Insidieux	Soudain ou insidieux
Symptômes inauguraux	Perte de mémoire, anomie	Troubles des fonctions exécutives, hallucinations visuelles, idées délirantes, inattention et altération du niveau de conscience	Modification des comportements et de la personnalité	Variables selon les sites des multiples infarctus cérébraux, mais les troubles des fonctions exécutives semblent dominer
Évolution	Perte progressive des capacités cognitives	Perte progressive des capacités cognitives ; fluctuations importantes des capacités cognitives	Perte progressive des capacités cognitives	Possibilité de récupération d'une partie des capacités cognitives ; pertes cognitives par paliers ou progressives par la suite
Mémoire	Perte de mémoire importante dès le début de la maladie	Peu de troubles de la mémoire dans les premiers stades, mais augmentent tandis que la maladie évolue	Pas de troubles de la mémoire dans les premiers stades ; détérioration aux stades modérés.	Peu de troubles de la mémoire dans les premiers stades ; variabilité possible
Apraxie	Perturbation aux stades modérés	Déficit notable dès le début	Pas d'atteinte dans les stades légers et modérés, mais perturbation par la suite	Atteinte à des moments variables dans l'évolution de la maladie, selon la zone cérébrale affectée
Capacité visuo-constructive	Perturbation dès les premiers stades	Perturbation dès les premiers stades	Pas de perturbation dans les premiers stades, mais apparaît par la suite	Perturbation à des moments variables dans l'évolution de la maladie, selon la zone cérébrale affectée
Niveau de conscience	Pas d'atteinte	Atteinte	Pas d'atteinte	Pas d'atteinte
Hallucinations	Rares au début, mais tendant à augmenter	Présentes dès le début	Peu fréquentes	Peu fréquentes
Idées délirantes	Surtout aux stades sévères	Dès le début de la maladie	Plutôt rares	Plutôt occasionnelles
Changements sur le plan moteur	Seulement aux stades sévères (rigidité et myoclonie)	Dès le début de la maladie (rigidité, bradykinésie)	Mouvements répétitifs et stéréotypés	Dès le début, présence de signes et de symptômes neurologiques focaux ; faiblesse musculaire
Risques de chutes	Seulement aux stades modérés et sévères	Dès le début de la maladie	Seulement aux stades sévères	Dès le début de la maladie
Incontinence urinaire	Seulement aux stades sévères	Seulement aux stades sévères	Fréquente aux premiers stades de la maladie	Fréquente aux premiers stades de la maladie
Dépression	Fréquente	Fréquente	Occasionnelle	Très fréquente
Personnalité	Peu de changements aux premiers stades, mais évolution imprévisible par la suite	Modification de la personnalité	Modification majeure dès le début de la maladie	Modification
Autres particularités	Perturbation du sommeil aux stades modérés et sévères ; réflexes primitifs dans les derniers stades	Sensibilité accrue aux neuroleptiques ; parkinsonisme	Apathie importante ; perturbation des comportements alimentaires ; anosognosie dès le début de la maladie ; labilité émotionnelle	Labilité émotionnelle fréquente ; réflexe de Babinski habituellement présent

Manifestations cliniques cognitives

Amnésie

Aphasie

Agnosie

Apraxie

Fonctions exécutives

Démence (TNCM)

Manifestations cliniques cognitives

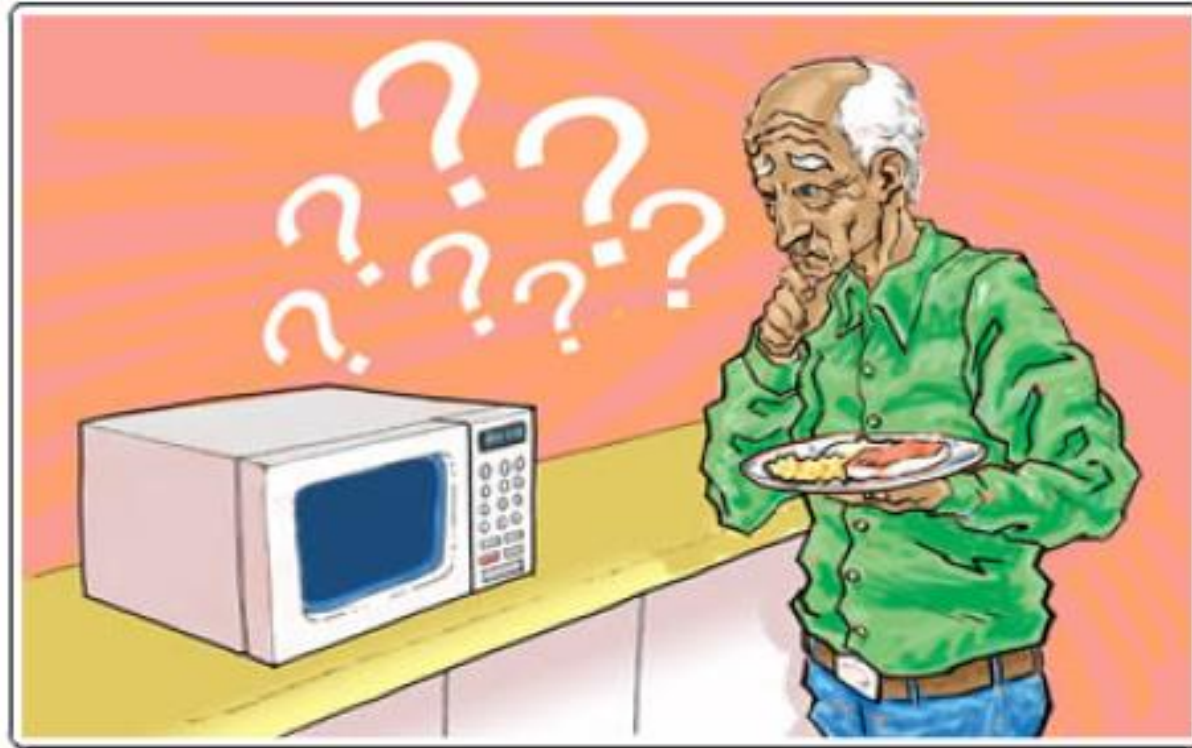
Amnésie

Antérograde : Oubli de l'information nouvelle

Rétrograde : Oubli des souvenirs lointains

Mémoire à court et long terme : La mémoire à court terme est plus affectée dans les démences, mais lors de la progression de la maladie, la mémoire à long terme est aussi atteinte

Amnésie – Exemple 1



Est incapable d'apprendre de nouvelles tâches
(mémoire à court terme)

M. Lalonde est incapable d'apprendre à accomplir de nouvelles tâches comme faire fonctionner le four à micro-ondes, même si on lui explique à maintes reprises.

Amnésie – Exemple 2



Oublie les événements récents

(mémoire à court terme)

M. Fortin a célébré un anniversaire avec sa famille, incluant ses enfants et ses petits-enfants, dimanche après-midi. En soirée, il se plaint au personnel que sa famille ne vient jamais le visiter.

Amnésie – Exemple 3



Égare des objets

(mémoire à court terme)

Mme Chartrand ne se souvient pas d'avoir rangé sa sacoche dans le tiroir. Elle croit souvent qu'elle les a perdues ou que quelqu'un les lui a volées.

Démence (TNM)

Manifestations cliniques cognitives

Aphasie

L'aphasie est une altération pathologique du langage

On distingue l'aphasie verbale de l'aphasie réceptive

Aphasie – Exemple 1



Trouve difficilement les mots

(aphasie verbale : anomie, trouble de récupération du mot)

Mme Sylvestre cherche ses mots et dit par exemple « Donnez-moi... » ... (pause).... « cette chose-là ». Elle peut pointer un objet, puis répondre « Ce n'est pas ce que je veux » quand on le lui remet. Elle n'est pas capable de nommer la chose voulue.

Aphasie – Exemple 2



Tourne autour du sujet

(aphasie verbale; production de circonlocutions)

Mme Ayotte cherche le mot « crayon ». Elle décrit l'objet et son but en disant « la chose pour écrire qu'il y a de l'encre dedans ». Elle n'est toutefois pas capable de dire le mot crayon.

Aphasie – Exemple 3



Substitue des mots

(aphasie verbale : production de paraphrasie sémantique)

La sœur de M.Quantin remplace le mot frère par fils; deux mots appartenant au domaine des liens familiaux.

Aphasie – Exemple 4

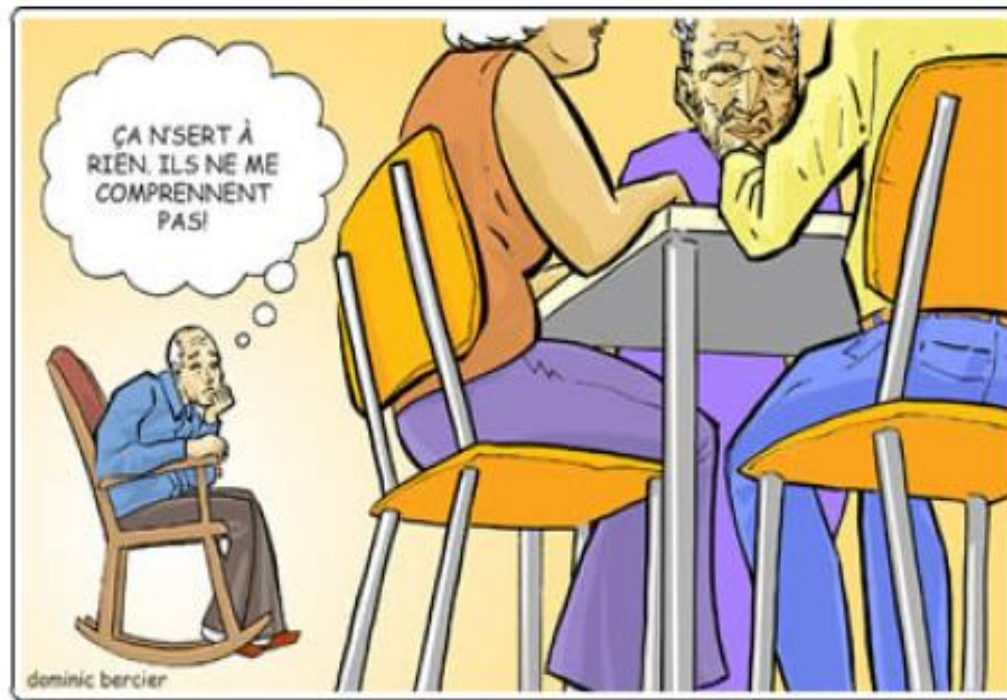


Substitue des mots

(aphasie verbale : production de paraphrasie phonologique)

La mère substitue le mot « casquette » par le mot « assiette » qui lui ressemble au niveau sonore.

Aphasie – Exemple 5



Se retire des conversations

(aphasie verbale : retrait social- mutisme)

M. Naulin voudrait bien participer à l'activité en cours. Toutefois, ses problèmes de communication l'empêchent d'interagir avec les autres. Il reste assis en silence. On pourrait croire qu'il est satisfait, mais en réalité, il est incapable de surmonter l'effort qu'il a à déployer pour se faire comprendre. Il abandonne.

Démence (TNCM)

Manifestations cliniques cognitives

Agnosie

L'agnosie est l'incapacité de reconnaître les visages et les objets familiers

Agnosie – Exemple 1



Est incapable de reconnaître les membres de la famille (*prosopagnosie*)

M. Houle demande à sa femme qui est debout avec lui : « Quand mon épouse viendra-t-elle me voir? » Il ne la reconnaît pas telle qu'elle est aujourd'hui, une octogénaire. Il se rappelle d'elle plus jeune (à 25 ans).

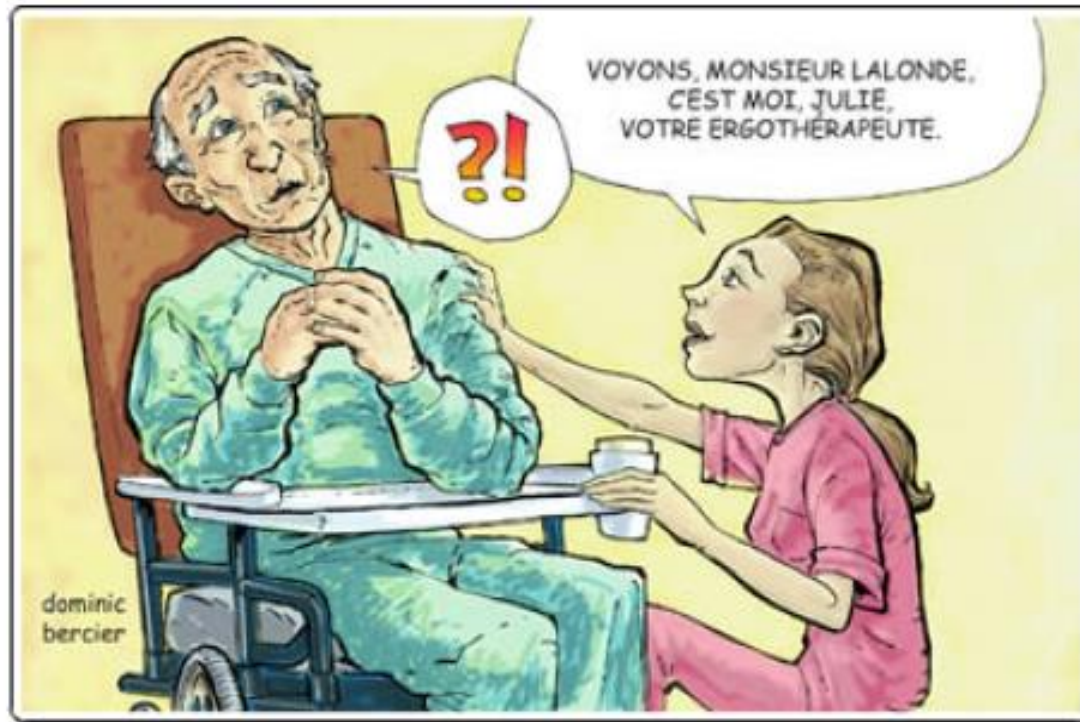
Agnosie – Exemple 2



Est incapable de reconnaître des objets familiers
(*agnosie visuelle*)

« Debout devant son miroir, Mme Faucher regarde son rouge à lèvres. Elle ne sait pas quelle est l'utilité de l'objet. Elle ne commence pas à l'appliquer sur ses lèvres. »

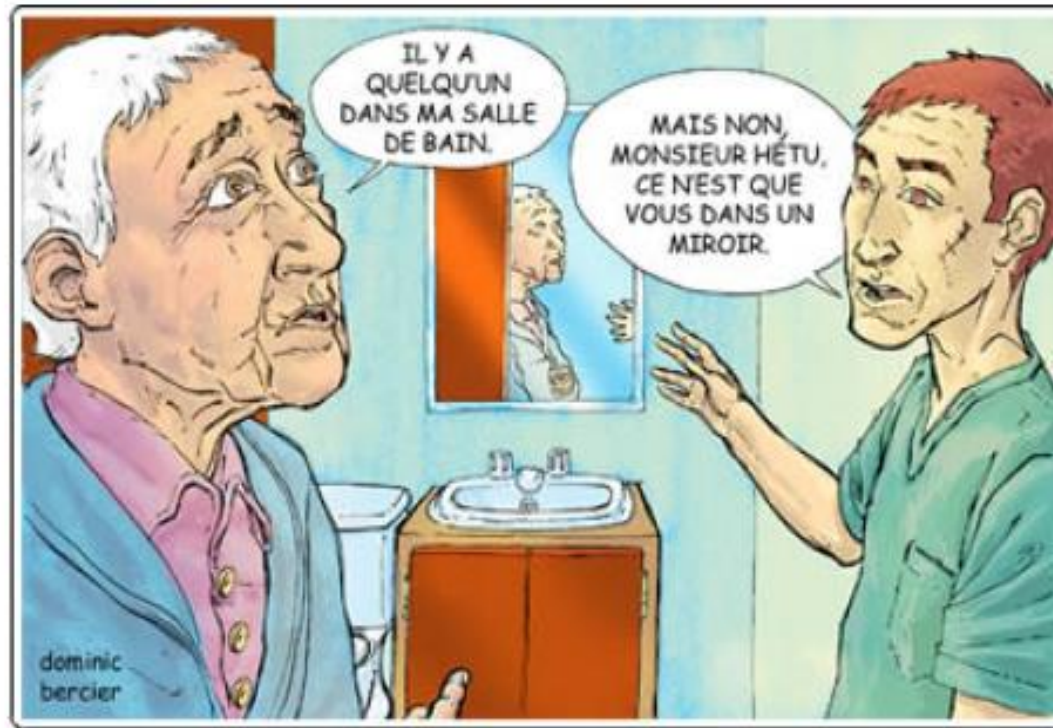
Agnosie – Exemple 3



Est incapable de reconnaître les soignants (prosopagnosie)

Lorsque Denyse, l'ergothérapeute, arrive, M. Ayotte lui demande toujours qui elle est, puisqu'il ne la reconnaît pas. Pourtant, depuis six mois, elle travaille avec lui cinq fois par semaine au maintien de son autonomie personnelle.

Agnosie – Exemple 4



Est incapable de se reconnaître

Quand M. Hurtubise regarde dans le miroir, il se méfie de la personne qu'il voit et il refuse d'utiliser la toilette pensant qu'il y a un étranger dans la salle de bain. Il ne reconnaît pas l'image que lui renvoie le miroir.

Démence (TNM)

Manifestations cliniques cognitives

Apraxie

L'apraxie se définit comme l'incapacité d'effectuer des tâches familières. Cela signifie que la personne n'est pas en mesure de faire les démarches qu'exige la tâche sans aide, sans indices ou sans messages servant à la guider, et ce, même si elle a les capacités physiques nécessaires.

Apraxie – Exemple 1



**Est incapable d'accomplir certaines tâches
familières comme se brosser les dents**

(apraxie gestuelle / idéatoire)

M. Roy laisse l'eau couler sans se brosser les dents. Il est incapable de faire sa routine habituelle pour se brosser les dents.

Apraxie – Exemple 2



**Est incapable d'accomplir certaines tâches
familières comme s'alimenter**

(apraxie gestuelle / idéatoire)

« Après avoir regardé cet objet à dents, Mme Sauvageon le passe dans ses cheveux, ne pouvant faire de lien entre l'objet et les aliments sur la table. »

Apraxie – Exemple 3



**Est incapable d'accomplir certaines
tâches familières comme s'habiller**

(Apraxie de l'habillage)

M. Vachon essaie d'enfiler son chandail par l'encolure. Il ne sait plus par quoi commencer. Il réussira seulement si le préposé aux soins le guide en ce sens.

Démence (TCNM)

Manifestations cliniques cognitives

Fonctions exécutives

La personne âgée atteinte de démence éprouve de la difficulté à :

- Planifier
- Organiser
- Initier (commencer les tâches)
- Séquencer (exécuter les tâches dans l'ordre voulu)
- Résoudre des problèmes

Fonctions exécutives – Exemple 1



Ne peut planifier

Il est possible qu'une personne âgée atteinte de démence ne puisse pas prévoir à l'avance tout ce qu'il faut pour une activité. Planifier une activité est un défi.

Par exemple, Mme Diotte était très heureuse de se rendre à la fête. Bien qu'elle croyait avoir pensé à tout. Elle n'a pas prévu de cadeau pour la fêtée. Elle a besoin d'aide pour réussir à tout prévoir à l'avance.

Fonctions exécutives – Exemple 2



Ne peut s'organiser

Il est possible qu'une personne âgée atteinte de démence ait de la difficulté à mettre en ordre soit des objets dans l'espace ou des activités dans le temps.

Par exemple, M. Roberge ne garde pas son appartement propre. Tout est pêle-mêle. Quand son frère le visite, il trouve l'appartement dans un état lamentable.

Fonctions exécutives – Exemple 3



N'initie pas d'activité

Il est possible qu'une personne âgée atteinte de démence ne puisse pas initier des activités. Par exemple M. Marois ne s'engage pas sur la rue même s'il voit le signal pour les piétons et que son voisin commence à traverser. Il sait pourtant quoi faire mais a perdu l'habileté à « se mettre à faire ». Il demeure sur le trottoir jusqu'à ce qu'un passant l'aide.

Fonctions exécutives – Exemple 4



Met en séquence avec difficulté

Il est possible qu'une personne âgée atteinte de démence soit incapable de suivre une séquence comme les différentes étapes d'une recette.

Par exemple, les membres de la famille de Mme Gagnon disent que leur mère était une excellente cuisinière. Pourtant, ces derniers temps, ses mets ont une allure et un goût douteux. Elle n'est plus consciente du fait que la préparation d'un met exige que certaines étapes soient effectuées avant d'autres.

Manifestations cliniques comportementales

Apathie

Altération du processus de la pensée

Altération de la perception

Changement de personnalité

Altération des conduites élémentaires

Apathie

L'apathie se définit comme un :

- Manque d'élan (pour faire les choses)
- Manque de motivation (aucune stimulation à agir)

Les personnes atteintes de démence touchées par l'apathie sembleront passives (sédentarité, paresse, léthargie, ennui ou fatigue).

Apathie — Exemple



Est apathique

«M. Lamothe est apathique. Il regarde la télévision pendant de nombreuses heures et il reste indifférent devant la fin de la programmation. Il demeurera face au téléviseur sans réagir. Cette indifférence face aux stimulations de l'environnement est également observée dans les activités de la vie quotidienne et de loisirs ».

Altération du processus de la pensée

La pensée abstraite est altérée. Les notions complexes et abstraites ne sont plus accessibles.

L'interprétation du langage et des situations se fera à niveau le plus simpliste, terre à terre.

Altération du processus de la pensée – Exemple 1



Est confiné à la pensée concrète; à l'interprétation littérale

Mme Nolin a très peur quand son mari quitte l'appartement. Elle a de la difficulté à comprendre qu'il sera de retour dans deux heures. Souffrant de démence, Mme Nolin croit que son mari est parti pour toujours et qu'il ne reviendra jamais. Il est difficile pour elle de comprendre la notion du temps.

Altération du processus de la pensée – Exemple 2



Est agité / fébrile

M. Guertin est incapable de demeurer assis tout au long du repas. Il se lève et cherche quelque chose à faire. Il n'est pas en mesure de terminer une tâche ou une activité donnée. Il semble agité et il ne peut pas finir ce qu'il a commencé.

Altération du processus de la pensée – Exemple 3



Persévère

(fixation sur un aspect particulier d'une tâche)

Lorsque M. Taché complète des activités quotidiennes comme de se préparer un repas, il est possible qu'il reste coincé dans l'exécution d'un même mouvement. Il ne peut s'arrêter de tourner l'ouvre-boîte même si la canne est ouverte. Il ne peut pas passer aux étapes suivantes. Comme son attention est fixée sur un aspect précis de la tâche, il est incapable de la terminer.

Altération de la perception

Les personnes atteintes de démence manifestent souvent des troubles de perception :

- Problèmes de perception visuo-spatiale
- Des hallucinations
- Des illusions

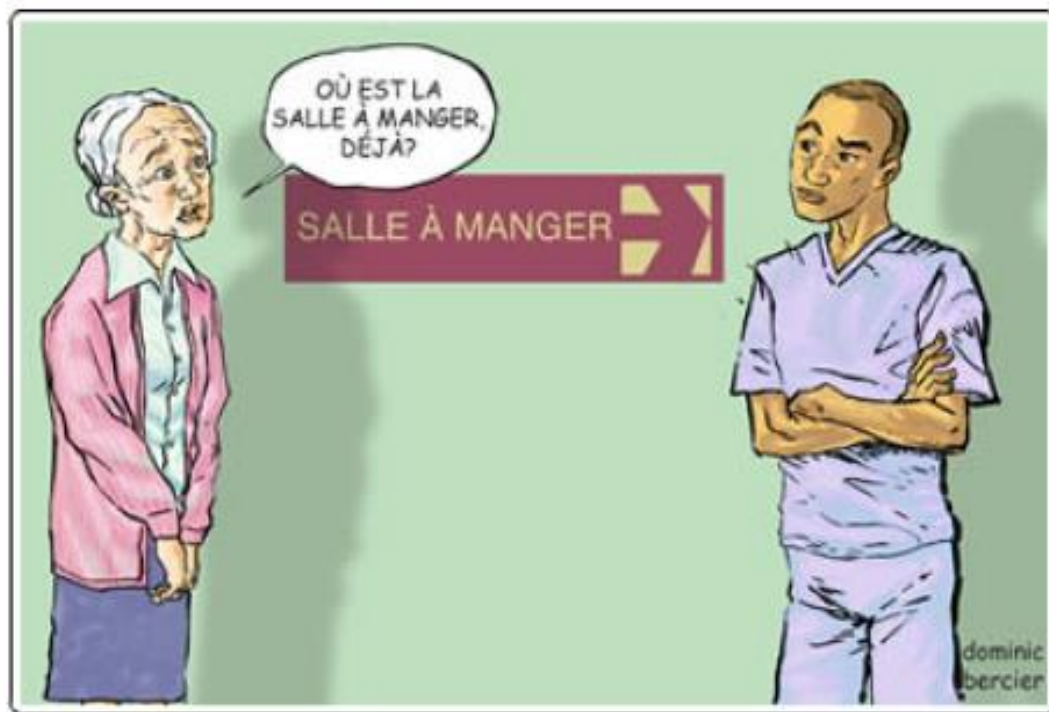
Altération de la perception – Exemple 1



Perçoit différemment

Il est possible que la personne éprouve de la difficulté à juger la distance et la profondeur. M. Lamontagne est incapable d'évaluer correctement où sont les aliments. Il cible le mauvais endroit. Il peut avoir aussi de la difficulté à évaluer la profondeur des marches ou le niveau d'eau dans le bain. Il s'accroche plus souvent dans le tapis et se heurte régulièrement aux meubles. Comme il pense que les zones foncées sur le plancher sont des trous, il les enjambe. Cette situation peut entraîner des problèmes d'équilibre et des chutes.

Altération de la perception – Exemple 2



Perd le sens de l'orientation

(orientation visuo-spatiale)

Il est possible que Mme. Lamarche ne sache pas comment se rendre d'une place à l'autre, même si elle a fait ce déplacement à maintes reprises. Elle ne reconnaît plus les portes ou les repères, indications topographiques sur son chemin.

Altération de la perception – Exemple 3



Manifeste des délires

(fausses croyances)

Mme Plaisant se plaint souvent qu'on lui a volé ses lunettes, ses dentiers, etc. alors qu'elle ne se souvient simplement plus de l'endroit où elle les a laissés. Dans le cas du délire de persécution, la personne croit que quelqu'un lui veut du mal (p. ex. désire l'empoisonner). Un autre exemple, Mme Rivet croit que son voisin veut l'évincer.

Altération de la perception – Exemple 4



Hallucine

(auditives ou visuelles)

M. Savoie voit des choses que personne d'autre ne voit (hallucinations visuelles) ou entend des voix que personne d'autre n'entend (hallucinations auditives). Par exemple, M. Savoie affirme que des hommes viennent dans sa chambre la nuit (hallucinations visuelles) et qu'ils lui disent de sortir (hallucinations auditives). Les hallucinations sont sérieuses et doivent être examinées de plus près. Elles sont les manifestations des délires.

Altération de la perception – Exemple 5



Est victime d'illusions

(interprétations fautives des signaux transmis par le milieu)

M. Joli affirme qu'il y a un étranger dans sa chambre. En examinant la situation de plus près, on se rend compte que M. Joli a pris le portemanteau pour une personne.

Changement de personnalité

Bien que les membres de la famille soient les mieux placés pour observer les changements de personnalité, ceux-ci peuvent également être perçus par le personnel soignant. Les changements de comportement comprennent :

- Les changements de l'humeur
- L'apparition de comportements non caractéristiques de la personne
- Un manque de jugement et de lucidité

Changement de personnalité – Exemple 1



Change d'humeur

Mme Toupin se montre moins émotive qu'avant ou elle a des sautes d'humeur sans raison apparente. Quand on interroge les membres de sa famille, ils répondent souvent : « Elle n'est plus la personne qu'elle était ». Par exemple, Mme Toupin change souvent d'idées quant à sa participation aux activités.

Changement de personnalité – Exemple 2



Démontre des comportements non caractéristiques à sa personne

Certains jours, Mme Charette semble très entêtée et elle ne veut pas prendre part aux activités de la vie quotidienne. Habituellement calme et polie, Mme Charette riposte et s'oppose à tout ce qu'on lui propose.

Changement de personnalité – Exemple 3



Démontre de l'impulsivité

Les membres de la famille de Mme Poulin se plaignent de sa gourmandise. En fait, Mme Poulin démontre un empressement démesuré à manger. Elle n'a plus le contrôle. Elle porte les aliments à sa bouche et elle les ingère sans prendre le temps de les mastiquer. Son manque de jugement la met à risque de s'étouffer.

Changement de personnalité – Exemple 4

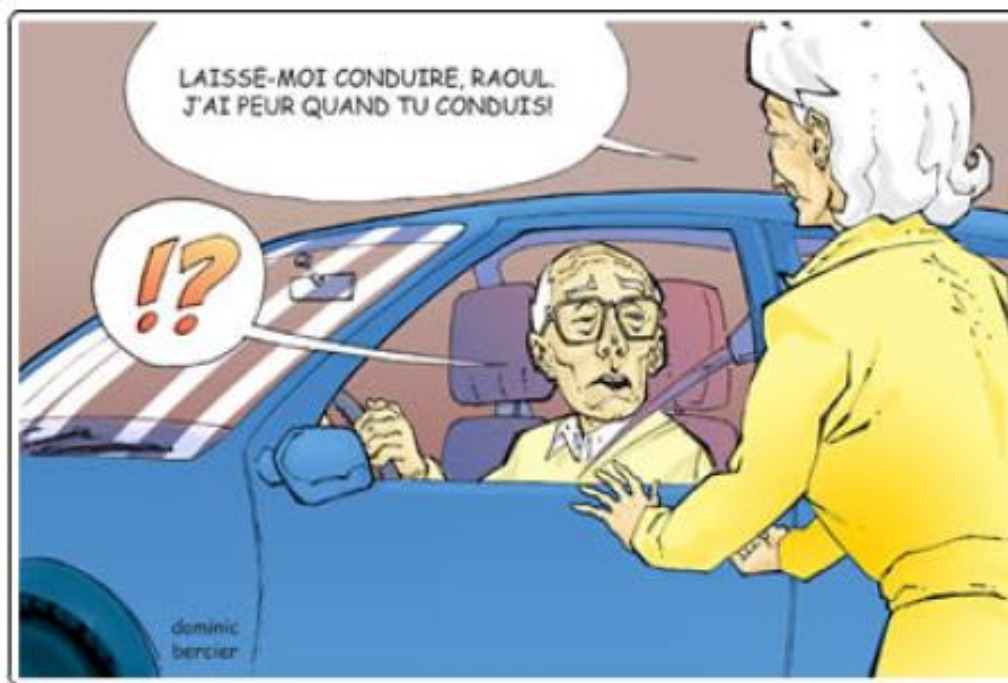


Démontre de la désinhibition

Comme il est possible que les personnes atteintes de démence n'aient plus d'inhibitions, leurs comportements sont souvent spontanés et inacceptables socialement dans un contexte donné.

M. Legault fait des avances de nature sexuelle aux infirmières. Les commentaires qu'il leur fait portent généralement sur certaines parties du corps et il tente de les toucher au passage. Son comportement désinhibé indique un manque de jugement et de lucidité.

Changement de personnalité – Exemple 5



Manque de lucidité

(difficulté à comprendre et à analyser une situation)

La personne n'est pas consciente de l'effet de son comportement sur les autres. Elle ne voit pas de liens entre ses comportements et les réactions obtenues.

M. Villeneuve n'est pas conscient du fait qu'il n'est pas sécuritaire pour lui de conduire. Il a causé deux accidents au cours du dernier mois. Heureusement, personne n'a été blessé. Il ne se sent pas responsable de ces accidents et accuse les deux autres conducteurs impliqués.

Altération des conduites élémentaires

L'altération des conduites élémentaires regroupe les troubles du comportement alimentaires, les troubles du rythme veille-sommeil et les troubles sphinctériens.

Altération des conduites élémentaires – Exemple 1



Modifie son comportement alimentaire

Mme Legault n'a mangé que quelques légumes. Josée, la préposée aux soins, l'encourage à manger davantage. Mme Legault ne répond pas et refuse de la main.

Altération des conduites élémentaires – Exemple 2



Varie le rythme éveil-sommeil

Marc l'infirmier entre dans la chambre à 3:00 du matin. M. Dupuis enlève sa veste de pyjama et se prépare à se lever. Il est convaincu que c'est le matin.

Altération des conduites élémentaires – Exemple 3



Perd le contrôle sphinctérien

Mme Mongrain tente de se rendre rapidement à la salle de toilette. Elle ne peut se rendre à temps et s'échappe dans le milieu de sa course. Sylvain, le préposé aux soins, la retrouve près du lit, triste et mouillée.

Vignette clinique 1

Histoire de cas Mme Morin

Mme Claudette Morin, 92 ans, est hospitalisée sur l'unité de médecine, suite à une détérioration de son état général (DEG).

Ses antécédents de santé connus sont : lombalgie chronique, dépression, dégénérescence maculaire, HTA, diabète de type 2, dysphagie et démence de type Alzheimer (Dx en 2011).

Son dernier MEEM est de 15/30 (fait il y a 6 mois).

Ce matin, au rapport, vous apprenez que Mme Morin a fait de l'errance intrusive dans les autres chambres toute la nuit. Elle dit qu'elle cherche sa mère. Ne sait pas comment retourner à sa chambre.

Elle ne semble pas comprendre les consignes et se sent persécutée lorsque le personnel lui offre de l'aide.

Quand vous allez la voir pour vous présenter, elle est assise devant son plateau et tout est intact. Elle fixe le mur devant elle.

Suite à votre arrivée, elle vous demande d'ouvrir la chose que les souris mangent.

➤ Selon les concepts vus précédemment que remarquez-vous chez Mme Morin?

Histoire de cas Mme Morin

➤ Mme Morin, 92 ans, est hospitalisée sur l'unité de médecine, suite à un DEG...

➤ Selon les concepts vus précédemment que remarquez-vous chez Mme Morin?

Réponses (hypothèses) : Maladie Alzheimer Mme Morin plongeon rétrograde autour stade 5-6

Mini-examen de l'état mental (MEEM) :

24 ou moins (légère à modéré) : service de psycho-gériatrie, géronto-psy

10 ou moins stade sévère de démence

Perte de mémoire (amnésie), ne sait pas comment retourner à sa chambre, errance

Altération de la perception, Visio spatial (désorientation)

Agressivité physique (personne)

Changement de personnalité (persécuté)

Aphasie (paraphasie)

Altération du processus de la pensée. Sentiment de persécution.

Apathie

Altération des fonctions exécutives. Manque d'initiative. Apraxie (ustensile)? Agnosie?

Démence (TNCM)

Partie 2

SCPD - Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

- Définition
- Facteurs de risque
- Catégories
- Comportements moteurs
- Processus d'interventions

Définition

Désigne des symptômes de trouble de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement fréquemment observés chez les personnes présentant une démence (TNCM)

Présent entre 50 à 85 % chez les usagers atteints de démence

80-97 % des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, à un moment de leur maladie

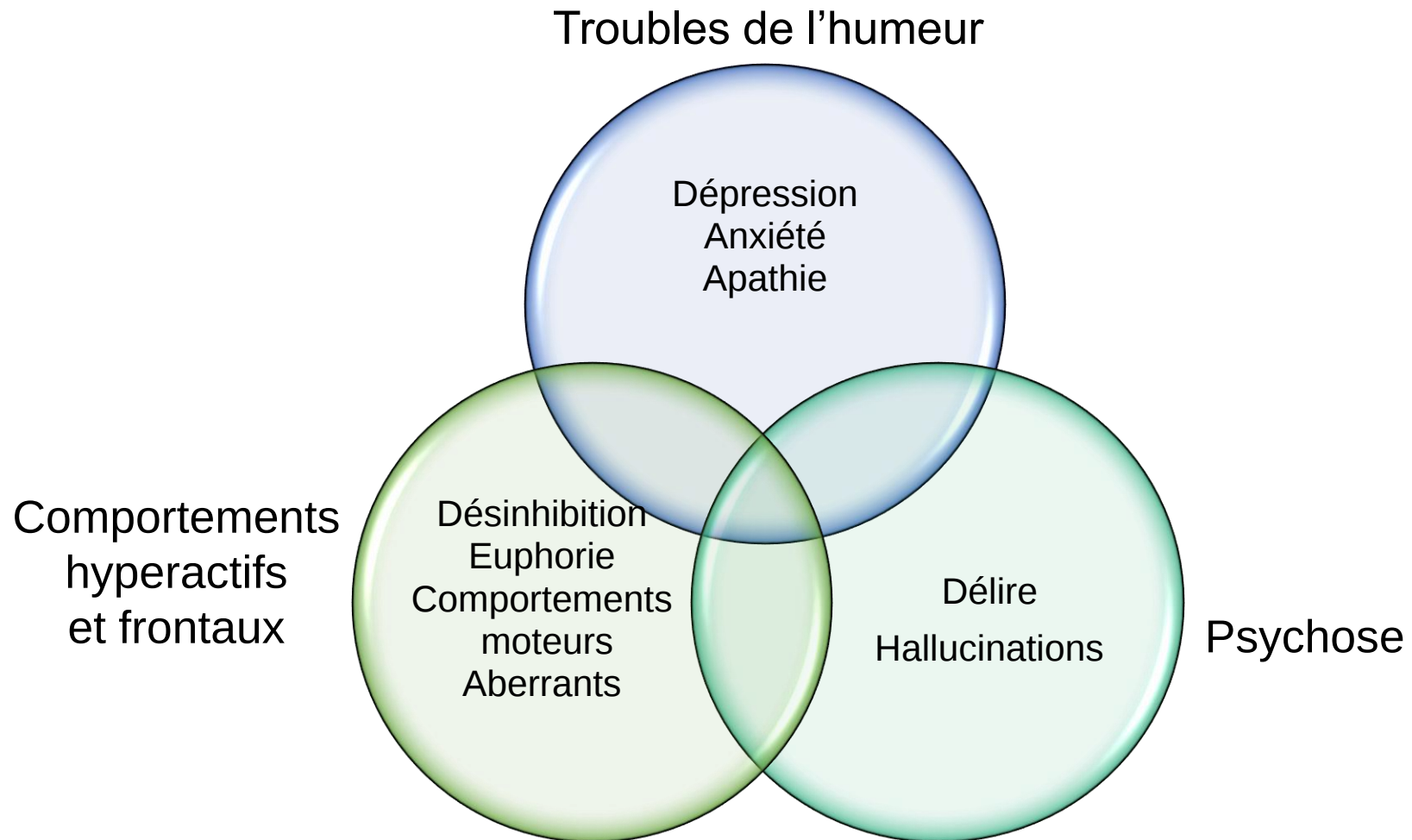
Démence (TNCM) - SCPD

Facteurs de risque

Facteurs prédisposants (contextuels)	Facteurs précipitants (proximaux)
Facteurs neurologiques (réduction des capacités motrices, ↓ de la capacité à satisfaire de façon autonome ses besoins de base)	Facteurs personnels (non-satisfaction des besoins de base, douleur non-diagnostiquée ou non-soulagée, trouble du sommeil)
Facteurs cognitifs (fonctions cognitives et perceptuelles de la personne)	Environnement physique (sur ou sous-stimulation, l'ennui ou un besoin d'attention, le manque de points de repères et d'objets familiers, le bruit, la lumière, l'encombrement des corridors)
État de santé de la personne (démence (TNCM), délirium, dépression, douleur...)	Environnement social (qualité et quantité des interactions sociales, attitude et interventions des soignants, la stabilité du personnel)
Facteurs démographiques et historiques	<i>Issu de Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2^e édition, 2013, p.453 à 455</i>

Démence (TNCM) - SCPD

Catégories



Comportements moteurs

Agitation

Agressivité

Errance

Démence (TNM) – SCPD – Comportements moteurs

Agitation – Caractéristiques

L'agitation affecte non seulement la personne agitée mais aussi ses proches, les autres personnes hospitalisées et les soignants.

Toutefois, c'est la personne agitée qui en souffrira le plus (contention physique et chimique, déclin de l'autonomie fonctionnelle, anxiété, incontinence urinaire, chutes, rejets de l'entourage, stigmatisation et précipitation de l'institutionnalisation)

Histoire de cas Mme Morin

En soirée, Mme Morin se promène sans but sur l'unité. Elle subtilise des objets sur les chariots de lingerie et les mets dans la poubelle. Un préposé la voit faire et tente de la rediriger à sa chambre.

En route vers sa chambre, elle dévie sa route et vient s'appuyer au poste des infirmières.

➤ Selon vous, de quel type d'agitation, Mme Morin présente-t-elle actuellement?

Démence (TNM) – SCPD – Comportements moteurs

Agitation – Types

Comportements d'agitation physique non agressifs

- Commettre des gestes indécents
- S'emparer des objets des autres
- Uriner ou déféquer de façon inappropriée
- Cogner des objets sans les briser
- S'habiller de façon incorrecte
- 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
- Faire des avances sexuelles
- Cracher sa médication
- Adopter des comportements sexuels inappropriés
- Cracher sans atteindre les autres
- Faire les cent pas
- Égarer les objets
- Se déshabiller
- Refuser de boire ou de manger
- Lancer des objets ou des aliments
- Déambuler de façon inappropriée
- Avoir une activité motrice excessive

Comportements d'agitation physique agressifs

- Briser des objets
- Tordre des objets
- Pincer
- Griffes
- Donner des coups de coude
- Mordre
- Donner des coups de pied
- Frapper les autres
- S'automutiler
- Cracher sur les autres
- Bousculer les autres
- Empoigner les autres
- Voler les objets des autres
- Posséder un objet pour blesser les autres
- Utiliser un objet pour frapper les autres

Comportements d'agitation verbale non agressifs

- Parler constamment
- Répéter des phrases ou des mots
- Émettre des sons répétitifs

Comportements d'agitation verbale agressifs

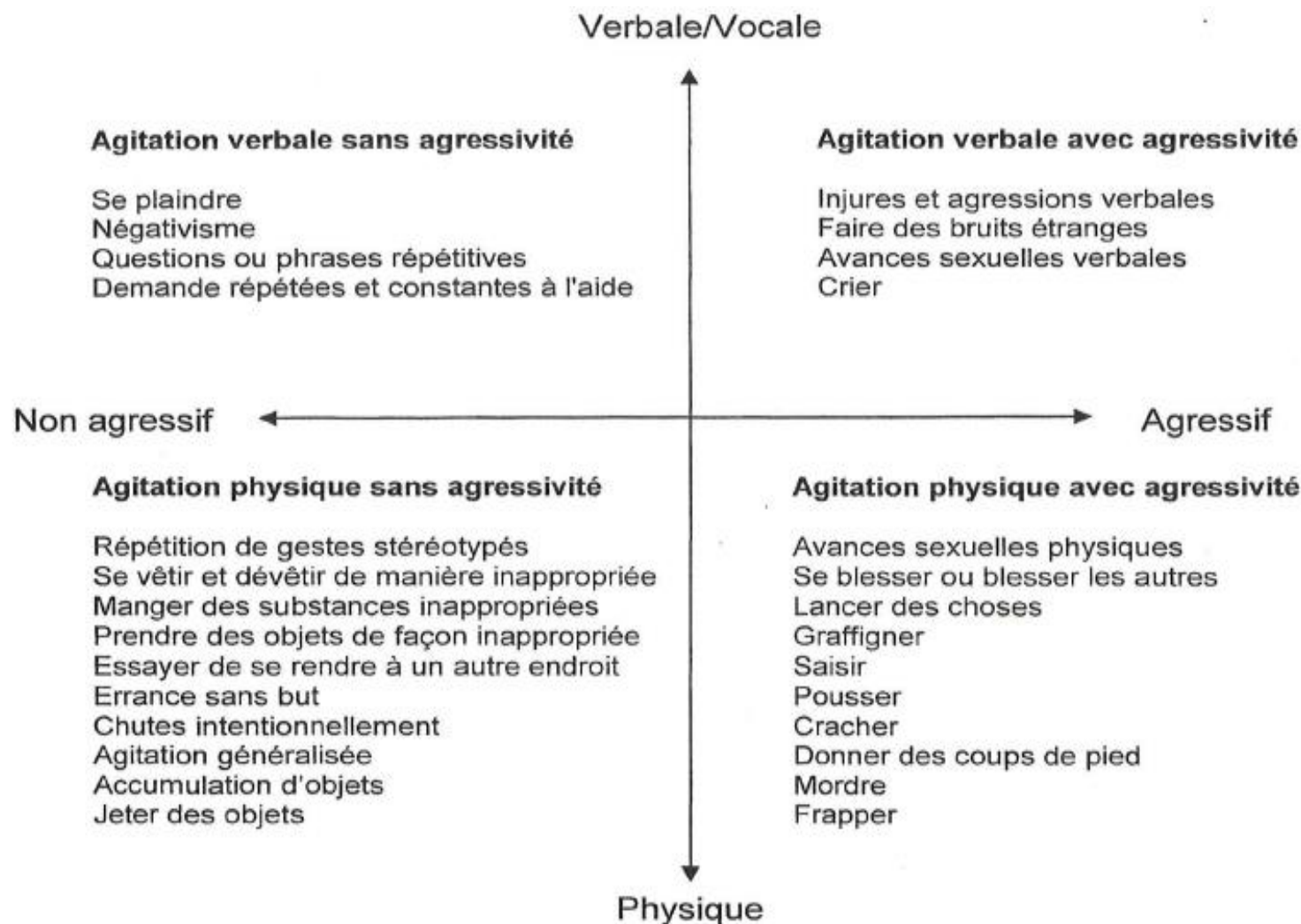
- Utiliser un langage indécent ou blasphématoire
- Crier ou hurler
- Menacer de blesser les autres
- Menacer de s'automutiler
- Utiliser un langage hostile, accusateur envers les autres

Source : C.K. Beck, L. Frank, N.R. Chumbler, P. O'Sullivan, T.S. Vogelwohl, J. Rasin, R. Walls et B. Baldwin (1998).
Correlates of disruptive behavior in severely cognitively impaired nursing home residents. *The Gerontologist*, 38(2), 189-198.

Issu de Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2^e édition, 2013, p.456

Démence – SCPD – Comportements moteurs

Agitation – Types



Source: Geneau, D. et Ménard, C., 2006

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Québec



Démence (TNM) – SCPD - Comportements moteurs

Agressivité – Caractéristiques

L'agressivité est l'expression comportementale d'une pulsion liée à la survie, à la combativité.

Les personnes dont le fonctionnement du cortex frontal est altéré sont susceptibles de manifester plus de comportements agressifs.

Les personnes souffrant de traumatisme cérébral, de délirium ou de démence (TNM) peuvent interpréter les actions des intervenants comme une agression et réagir de façon combative et agressive.

L'abus d'alcool entraîne souvent une désinhibition corticale frontale et provoque des émotions mal contrôlées, dont l'agressivité.

Démence (TNM) – SCPD - Comportements moteurs

Errance – Caractéristiques

L'errance est définie comme un comportement répétitif de marche et de déplacements incessants qui sont non contrôlables. Ce sont des déambulations répétées, parfois presque continues, que la personne amorce de sa propre initiative et qui peuvent comporter ou non des dangers pour elle.

L'errance répond au besoin d'être en mouvement.

Histoire de cas Mme Morin

➤ Il est 18h00, vous remarquez que depuis son arrivée sur l'unité il y a 2 jours, Mme Morin manifeste une exacerbation de son errance et de l'anxiété à cette heure. Elle semble soudainement ne plus savoir où et qui elle est. Le personnel traite son agitation en la distrayant et en la faisant marcher sur l'unité.

➤ Selon vous, quel phénomène se produit systématiquement chez Mme Morin? Décrivez-le dans vos mots.

➤ Selon vous, pourquoi Mme Morin est plus vulnérable à ce phénomène?

Histoire de cas Mme Morin

➤ Il est 18h, vous remarquez que depuis son arrivée sur l'unité il y a 2 jours, Mme Morin manifeste une exacerbation...

➤ Selon vous, quel phénomène se produit systématiquement chez Mme Morin? Décrivez-le dans vos mots. **Réponse:**

Syndrome crépusculaire. : Il n'existe pas de définition universelle du syndrome crépusculaire.

On le définit généralement comme une apparition ou une exacerbation, vers l'heure du coucher du soleil, dans SCPD.

➤ Selon vous, pourquoi Mme Morin est plus vulnérable à ce phénomène? **Réponse:**

Sur le plan psychologique, ces symptômes prennent le plus souvent la forme d'un délire, d'un sentiment d'anxiété, de peur ou d'hallucinations.

Sur le plan comportemental, consisteront en de l'agitation verbale ou physique, pouvant être accompagnée d'agressivité.

Facteur prédisposant : La maladie d'Alzheimer.

Les troubles du sommeil, particulièrement dans le contexte de la démence, est un facteur prédisposant du syndrome crépusculaire. La fatigue, l'inactivité, la solitude et un seuil moins élevé de tolérance au stress en fin de journée favoriseraient également l'apparition du SC. La perte de la capacité d'orientation temporelle et les problèmes de mémoire aussi.

Intervention : Allumer la lumière, fermer les rideaux. Cacher l'horloge mais tout ça dépend du patient.

Démence (TNCM)

Partie 2

SCPD - Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

- Définition
- Facteurs de risque
- Catégories
- Comportements moteurs
- Processus d'interventions

Démence (TNM) – SCPD - Processus d'interventions

Processus d'interventions

Étapes

1. Identifier le ou les SCPD à traiter
2. Procéder à l'évaluation clinique des SCPD afin d'identifier ce qui déclenche le ou les symptômes ou comportements
3. Analyser les symptômes ou comportements
4. Fixer des objectifs réalistes
5. Communiquer les objectifs et interventions appropriées au personnel soignant (PTI)
6. Motiver les aidants/la famille
7. Réévaluer régulièrement la situation et ajuster le plan thérapeutique infirmier au besoin

Démence (TNCM) – SCPD - Processus d'interventions

Évaluation clinique

2 types de questions

- Questions cliniques
- Questions sur l'environnement

Questions cliniques

L'utilisateur a-t-il un nouveau problème médical?

- Infection; Constipation; Déshydratation; D  balancement d'un de ses problèmes médicaux; Délirium; AVC, etc.

L'utilisateur a-t-il de la douleur?

L'utilisateur pourrait-il avoir un effet secondaire d'une médication?

L'utilisateur est-il déprimé? Est-il psychotique?

- Valider ATCD dépression, suivi psychiatre, etc.
- Est-ce que l'utilisateur : pleure, éprouve des troubles du sommeil, problèmes d'appétit, s'isole, idées suicidaires, etc.
- A-t-il un discours paranoïde, des hallucinations? Est-il méfiant? A-t-il un regard hostile?

Questions sur l'environnement

Y a-t-il un niveau de stimulation adéquat dans son environnement?

Y a-t-il une routine quotidienne adaptée à l'utilisateur?

Y a-t-il des repères de temps et d'espace?

Le comportement ou la présence d'autres personnes peuvent-ils affecter l'utilisateur?

Est-ce que l'utilisateur s'ennuie ou est-il isolé?

Analyser les symptômes ou comportements

1. QUAND?

Exemple: Lors des interventions (soins d'hygiène, changement de culotte, signes vitaux...)

2. OÙ?

Exemple: Est-ce dans la chambre, dans les aires communes, à la salle de bain?

3. AVEC QUI?

Exemple: Le comportement survient le plus souvent et le moins souvent?

Est-ce en présence de certains intervenants en particulier? En présence d'autres usagers ou des proches, voisin de chambre?

4. Quels sont les signes précurseurs?

Exemple: commence à taper, à crier.

5. Y a-t-il une nécessité d'intervenir?

Exemple: Ça dérange qui?

Patient qui s'habille, se met plusieurs couches de vêtement. Il va les enlever quand il va avoir chaud. Usagère qui suit l'infirmière lors de la tournée des médicaments. C'était un ancienne infirmière. Se questionner, est-ce vraiment dangereux?

Démence (TNCM)

Partie 3

Approche de base et proactive

- Stratégies de communication
- Prévention de la réaction catastrophique
- Approche collaborative proactive
- Gestion des refus
- Interventions

Histoire de cas Mme Morin

Il est 7h00, Mme Morin a fait de l'errance intrusive toute la nuit. Elle est maintenant très fatiguée et se repose au lit.

Elle ne veut pas être dérangée par personne et décroche le téléphone de sa chambre.

Deux heures plus tard, vous entendez Mme Morin crier dans sa chambre. « Au voleur, au voleur, je ne trouve plus ma sacoche ». Quand vous arrivez dans sa chambre, elle vous accuse d'avoir pris son sac à main qui était dans son armoire. Elle vous traite de tous les noms.

➤ Quelles approches de communication pourriez-vous utiliser à ce moment avec Mme Morin?

Réponses dans les diapositives suivantes.

Démence (TNCM) – Approche de base et proactive

Stratégies de communication

Principes de base

- Création d'un lien avec la personne atteinte de démence
- Habiletés verbales et non verbales de l'émetteur
- Stratégies de communication qui exercent une grande influence sur les comportements de la personne atteinte de démence. Qu'est-ce qui favorise? Qu'est-ce qui freine?
- Contrôle de l'environnement en diminuant les distractions

Démence (TNCM) – Stratégies de communication

Création d'un lien

Laisser la personne déterminer le rythme de l'échange, si c'est possible

Être attentif aux sentiments et aux besoins émotionnels

Écouter et observer attentivement (le contenu de la conversation est secondaire)

Démence (TNCM) - Stratégies de communication

Habiletés verbales de l'émetteur

Se présenter (Frapper à la porte, demander la permission pour entrer, éviter une intrusion rapide de l'espace personnel)

Démontrer du respect

Parler lentement

Utiliser des mots et phrases faciles à comprendre

Éviter les discussions, les critiques, les termes infantilisants, de tenter de raisonner la personne et la confrontation

Utiliser une formulation positive

Manier l'humour avec beaucoup de prudence

Féliciter la personne et donnez-lui du renforcement positif

Démence (TNM) - Stratégies de communication

Habiletés non-verbales par l'émetteur

Établir un contact visuel en se mettant au même niveau que son interlocuteur

Approchez-vous, mais en gardant une distance de 1 à 2 mètres

Faire preuve de prudence dans vos touchers (expliquer les sensations à venir dans les soins, éviter de surprendre)

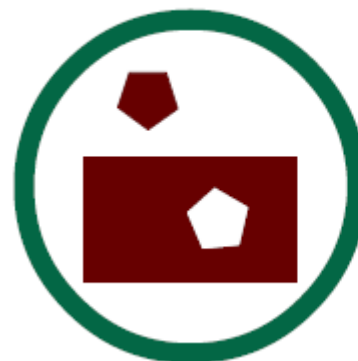
Être calme

Communiquer au moyen d'objets et d'indices

Qu'est-ce qui **FAVORISE** la communication?



Poser des questions en offrant un choix



Donner suite aux commentaires ou faire des associations



S'exprimer au moyen de phrases à compléter



Rectifier

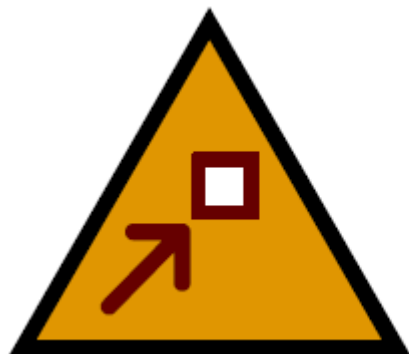
Qu'est-ce qui **FREINE** la communication?



Donner
des ordres



Recourir
aux
affirmations



Insister sur
« la vérité »



Utiliser des
questions par
oui ou non

Démence (TNCM)

Partie 3

Approche de base et proactive

- Stratégies de communication
- Prévention de la réaction catastrophique
- Approche collaborative proactive
- Gestion des refus
- Interventions

Prévention de la réaction catastrophique

La RC est une réaction émotionnelle labile excessive en réaction à une situation incapacitante dont la cause demeure essentiellement la réduction progressive des compétences cognitives et fonctionnelles.



Démence (TNCM) – Approche de base et proactive

Prévention de la réaction catastrophique- Causes

ÉTATS PHYSIQUE ET ÉMOTIF

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

ENVIRONNEMENTS PHYSIQUE ET HUMAIN

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

COMMUNICATION

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

TÂCHES

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

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

RÉFÉRENCE

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

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

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Québec



Prévention de la réaction catastrophique

Repérer les signes précurseurs qui indiquent une augmentation du niveau de stress (mouvements répétitifs, gestes menaçants, langage obscène ou menaçant, etc.)

Désamorcer les comportements extrêmes à caractère défensif (tenter de maîtriser la situation)



Démence (TNCM) – Approche de base et proactive

Prévention de la réaction catastrophique

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

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

RÉFÉRENCES

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

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

Voyer, P., Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. 2^e éd., Saint-Laurent, Québec, Éditions du nouveau pédagogique inc., 2013, p. 473, tableau 27.13.

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

Conception graphique : Service des communications

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Québec



Démence (TNCM) – Approche de base et proactive

Approche collaborative proactive

Permet de prévenir l'escalade des comportements typiques associés à la démence vers des comportements plus difficiles, voire extrêmes.

Longtemps, nous avons cru que ces comportements étaient une forme d'agression, mais il s'agit plutôt d'un moyen de défense qu'adopte la personne atteinte de démence pour se protéger.

Démence (TNCM) – Approche de base et proactive

Approche collaborative proactive (suite)

5 stratégies qui supportent l'approche collective proactive

- Bien connaître la personne
- Être un agent apaisant
- Communiquer positivement
- Favoriser le succès, climat d'intervention optimal
- Partager les stratégies utilisées entre collègues

Résistance aux soins

9 à 15 % des personnes âgées lors de l'habillement, de la prise de médicaments et aux repas

Résistance aux soins d'hygiène

45 à 65 % des personnes âgées présenteront de la résistance lors de soins d'hygiène (se faire laver, brossage des cheveux, des dents, etc.)

Histoire de cas Mme Morin

Il est présentement 8h00, l'infirmière auxiliaire vient vous voir, car Mme Morin a craché tous ses médicaments (8). Elle vous dit qu'elle a beau lui expliquer les bienfaits de la médication, Mme Morin les refuse encore. Elle dit à l'infirmière auxiliaire que sa gorge lui brûle depuis qu'elle prend ses médicaments et que de toute façon « prendre des pilules, ce n'est pas bon pour la santé ». L'infirmière auxiliaire a tenté de camoufler ses médicaments dans son gruau, mais Mme Morin a cessé de manger.

- Quels facteurs peuvent prédisposer Mme Morin à refuser de prendre ses médicaments?
- Est-ce que la stratégie de camoufler les médicaments dans le gruau est une intervention adéquate? Justifiez votre réponse.
- Si vous arrivez à la conclusion que vous devez camoufler la médication dans la nourriture, quelle démarche devriez-vous suivre?

Histoire de cas Mme Morin

➤ Quels facteurs peuvent prédisposer Mme Morin à refuser de prendre ses médicaments? **Réponse:**

Sensation de brûlure à la gorge. Il faut évaluer si présence de candidose. De plus, elle a des antécédents de dysphagie. Il faut évaluer ses croyances, son jugement est probablement altéré à cet égard en raison de ses atteintes cognitives.

➤ Est-ce que la stratégie de camoufler les médicaments dans le gruau est une intervention adéquate? Justifiez votre **réponse**.

Non. Le mélange des médicaments au gruau n'a fait que couper l'appétit à Mme Morin, elle a d'ailleurs cessé de manger. Il aurait fallu donner les médicaments à la fin du repas.

➤ Si vous arrivez à la conclusion que vous devez camoufler la médication dans la nourriture, quelle démarche devriez-vous suivre?

Voir page suivante.

Résistance à la prise de médicaments

Pistes de solutions

- Évaluer le comportement de résistance (approche inadéquate du soignant, facteurs externes, etc.)
- Déterminer l'utilité du médicament (en collaboration avec le médecin et le pharmacien)
- Trouver des voies d'administration de rechange
- Administrer le médicament



Résistance aux soins d'hygiène

Pistes de solutions

- Adapter l'environnement physique (température de la pièce, éclairage doux, odeur plaisante, etc.)
- Respecter le rythme du patient
- Interrompre le soin au besoin et le reprendre à un moment où le patient semble plus calme
- Procéder au lavage à la serviette plus tôt que l'immersion dans un bain ou une douche
- Utiliser du savon sans rinçage
- Commencer les soins d'hygiène par les zones moins sensibles ou selon le désir du patient
- Utiliser la distraction
- Adapter une stratégie de communication à la situation



Démence (TNCM)

Partie 3

Approche de base et proactive

- Stratégies de communication
- Prévention de la réaction catastrophique
- Approche collaborative proactive
- Gestion des refus
- Interventions

Démence (TNCM) – Approche de base et proactive

Interventions

Algorithme d'interventions lors d'un refus

Interventions non pharmacologiques

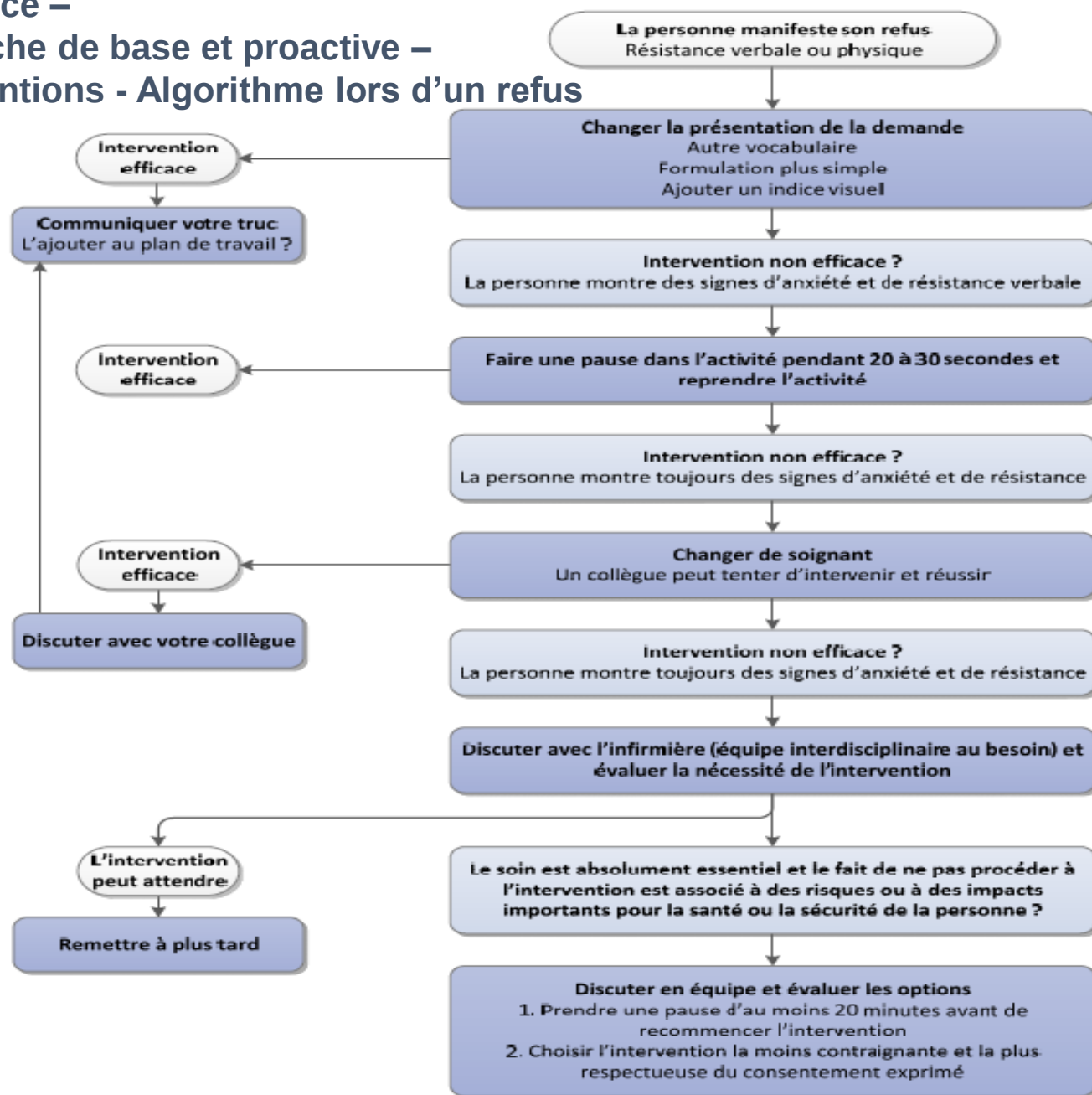
Interventions pharmacologiques

Ces sujets seront abordés en détail dans les prochaines diapositives.

Démence –

Approche de base et proactive –

Interventions - Algorithme lors d'un refus



Démence (TNCM) – Approche de base et proactive

Interventions non pharmacologiques (suite)

Stimuler cognitivement l'utilisateur

- Stratégie décisionnelle : offrir des choix simples
- Stratégie sensorielle : stimuler un sens à la fois
- Stratégie d'orientation spatiale et temporelle
- Stimulation des praxies
- Stimulation des gnosies

Interventions non pharmacologiques

(suite)

Un défi important pour le secteur hospitalier

Adapter les interventions non pharmacologiques à la réalité du milieu de soins

Être créatif

Faire appel aux mesures alternatives

Démence (TNCM) – Approche de base et proactive

Interventions pharmacologiques

Survol du volet pharmaceutique dans le contexte de cette formation.

Utilisation non indiquée comme 1^{er} choix ou inefficace si :

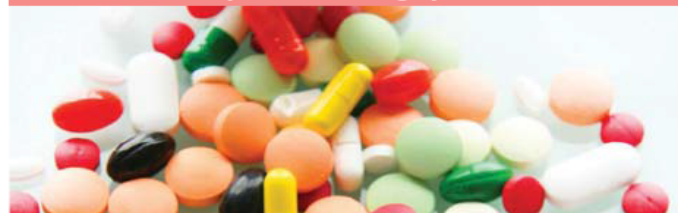
- › Comportements d'élimination ou d'habillage inappropriés
- › Cris (non liés à la douleur ou à la dépression)
- › Propos répétitifs
- › Désinhibition verbale, attitude sociale trop familière
- › Errance, fugue
- › Comportements répétitifs (ouvre les tiroirs, demande constamment sa cigarette)
- › Oralité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

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

Utilisation possiblement efficace si :

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

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



Se rappeler

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

RÉFÉRENCES

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

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

Révision : Dr Jean-Robert Maltais, gériopsychiatre et Dr Jean-François Trudel, psychiatre, Service de gériopsychiatrie

Conception graphique : Service des communications

Partager vos bons coups, vos « perles »

Passez d'une perle à un collier, c'est bien plus beau!!!



Fin Partie Démence (TNM) - Questions

Délirium



Partie 1

Définition

Étiologie

Épidémiologie

Types et caractéristiques

Facteurs de risque



Délirium

Définition

Le délirium est un syndrome organique d'installation aiguë ou sub-aiguë, habituellement transitoire et réversible, qui peut se présenter à tout âge, mais qui est particulièrement fréquent chez la personne âgée.

Délirium

Ampleur du problème

- 10 à 20 % des aînés souffrent d'un délirium à leur admission dans un hôpital et que 10 à 65 % d'entre eux en seront atteints au cours de leur hospitalisation

Délirium

Étiologie

Démence

Électrolytes

Lung, liver, heart, kidney, brain

Infection

Rx – traitement et retrait (ex: alcool, benzo)

Injury, pain, stress

Unfamiliar environment

Métabolique

Inouye, AGS 2010

Délirium

Épidémiologie

Population	Prévalence (%)	Incidence (%)
Urgence	8 - 17	-
Médicale hospitalisée	18 - 35	11 - 14
Médicale âgée hospitalisée	25	20 - 29
Soins intensifs	7 - 50	19 - 82
Post-AVC	-	10 - 27
Démence	18	56
Chirurgie cardiaque	-	11 - 46
Chirurgie non-cardiaque	-	13 - 50
Chirurgie orthopédique	17	12 - 51
Soins palliatifs	-	47
CHSLD / soins post-hospitaliers	14	20-22

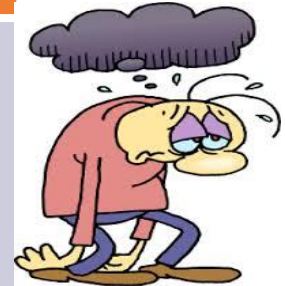
Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS, 2013



Délirium

Types - Trois

Hyperactive-hyperalerte 15 à 47 % des cas	- Agitation - Irritabilité - Hypervigilance - Combativité
Hypoactive-hypoalerte 19 à 71 % des cas	- Léthargie/Apathie - Réponse lente et imprécise - Ralentissement psychomoteur - Regard plus figé
Mixte	Signes idem au délirium hypo/hyperactif



Délirium

Caractéristiques

Principales différences entre le délirium, la démence (TNCM) et la dépression

- Tableau présentant la liste des manifestations permettant de les distinguer dans votre cahier du participant.

Délirium

Facteurs de risque

Facteurs de risque résultent de la combinaison de :

- Facteurs prédisposants
- Facteurs précipitants

Effet cumulatif en milieu hospitalier

Vignette clinique 6

Histoire de cas Mme Morin

Ce matin, Mme Morin se plaint de douleur intense à la fosse lombaire gauche avec brûlure mictionnelle et pollakiurie. Sa température est à 38.9 °C R. Un diagnostic de pyélonéphrite aiguë est établi par le médecin.

Afin de soulager sa douleur et de traiter sa PNA, le médecin ajoute à sa médication usuelle :

- Morphine 2 mg s. cut q 4h PRN
- Ciprofloxacine 400 mg IV q 12h
- NS à 75 ml/h
- Tylenol 650 mg po q 4 à 6h PRN si douleur ou température
- Ativan 1 mg HS PRN si insomnie

Au moment de votre tournée, Mme Morin est accompagnée de sa fille. Elle est calme et collabore lors de l'installation du cathéter intraveineux. Elle reçoit une dose de morphine et du Tylenol.

➤ Quels sont les facteurs prédisposants et précipitants d'un délirium chez Mme Morin?

Délirium – Facteurs de risque

Facteurs prédisposants

Âge avancé

Sexe masculin

Atteinte sensorielle (déficit visuel et auditif)

Déshydratation, dénutrition

ATCD de délirium

Démence (TNCM)

Dépression

ATCD AVC

Abus d'alcool

Incapacité fonctionnelle

Maladies concomitantes :
cardiovasculaires, respiratoires
et rénales, diabète, Parkinson

Délirium – Facteurs de risque

Facteurs précipitants

Infection (urinaire, pulmonaire, septicémie, plaie infectée)

Perturbation électrolytique (calcium, sodium, potassium)

Perturbation métabolique ou endocrinienne

Intervention chirurgicale (fracture de la hanche, en particulier)

Contention physique

AVC, hémorragie intracérébrale

Problèmes cardiopulmonaires

Ajout de 3 médicaments et plus

Syndrome d'immobilisation

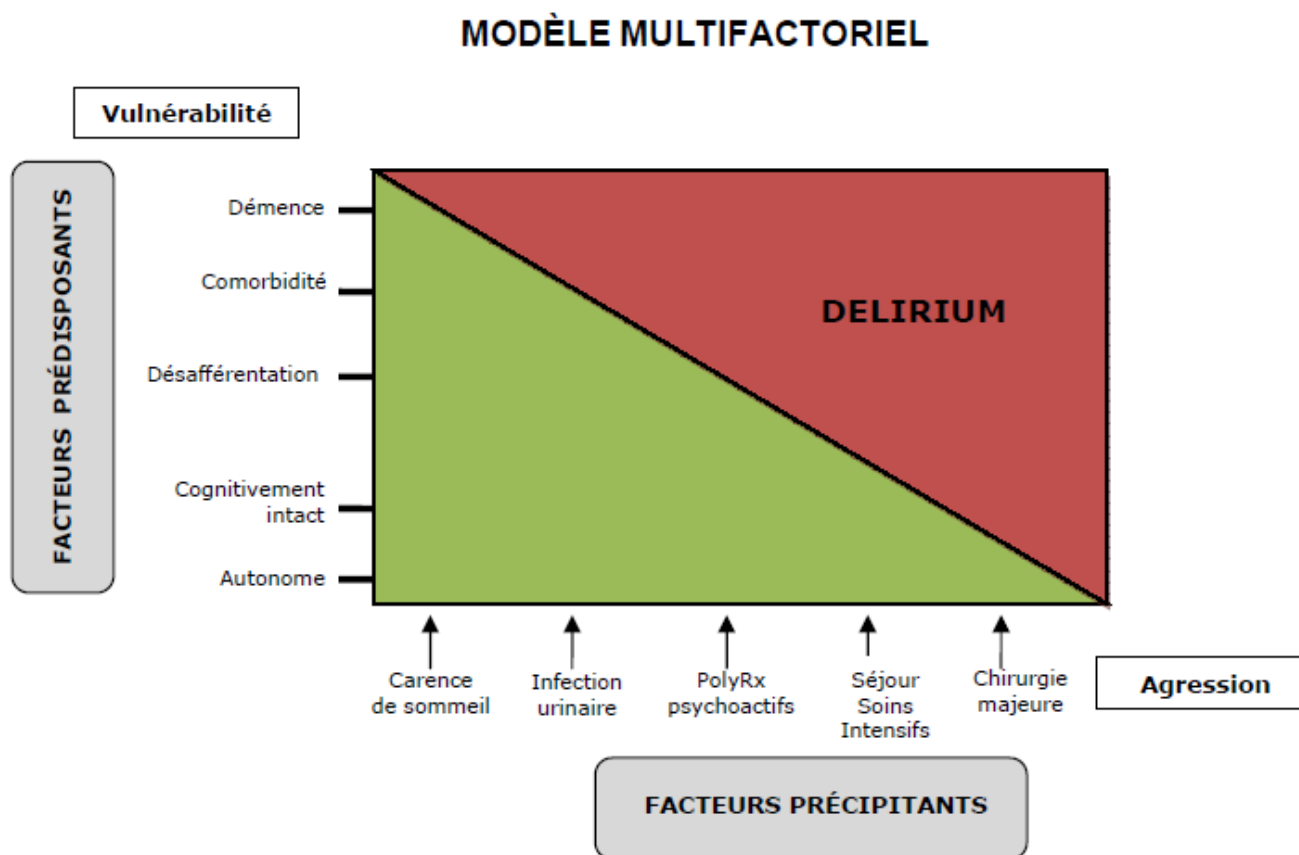
Intoxication et sevrage : alcool ou Rx

Douleur

Occlusion intestinale/fécalome

Délirium – Facteurs de risque

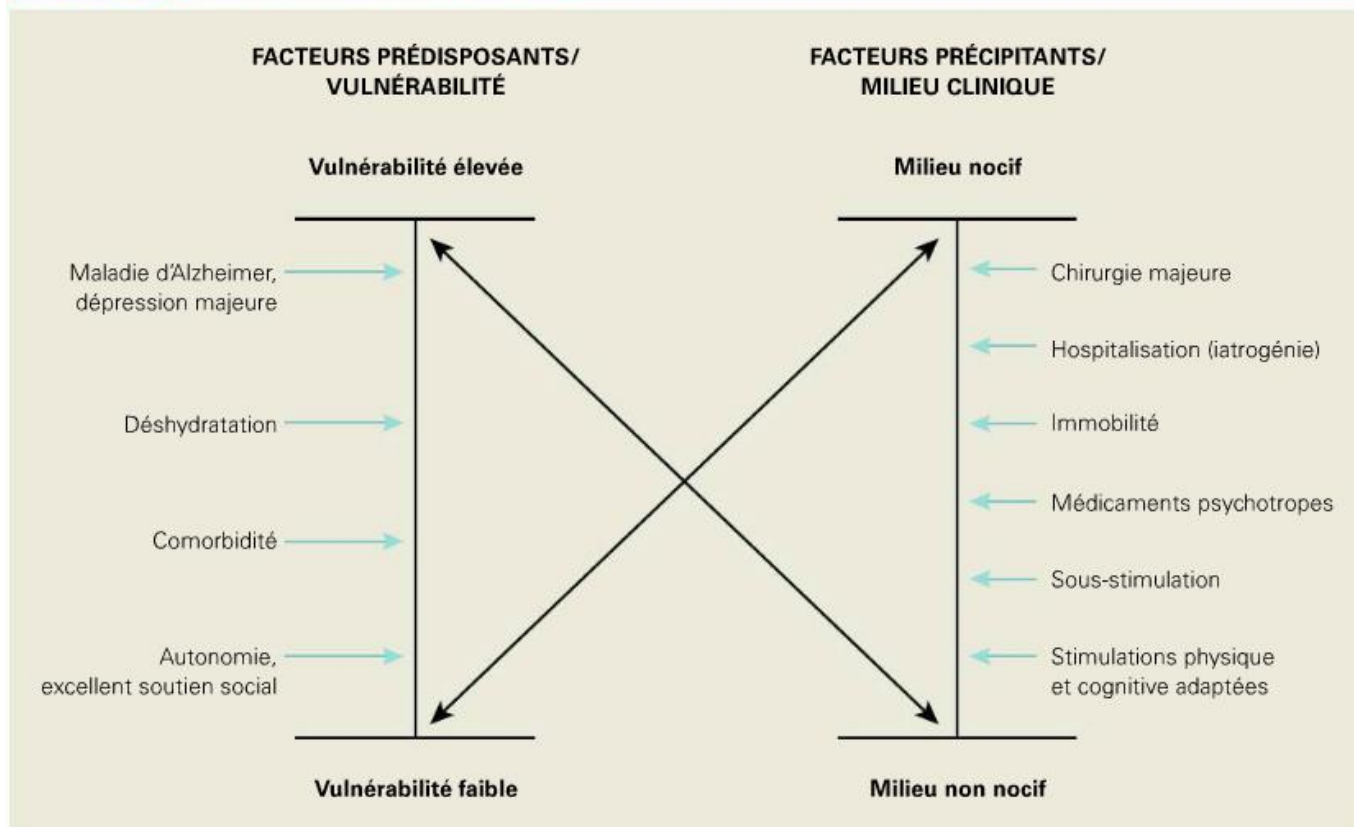
Effet cumulatif en milieu hospitalier



Délirium – Facteurs de risque

Effet cumulatif en milieu hospitalier

Figure 9.1 Modèle multifactoriel du delirium



Source : Adaptée de S.K. Inouye et P.A. Charpentier (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA*, 275, 852-862.

Délirium

Partie 2

Dépistage

Évaluation clinique

Interventions

Vignette clinique 7

Histoire de cas Mme Morin

Le lendemain soir, lorsque vous arrivez sur l'unité, on vous informe de l'évolution de l'état de Mme Morin. Considérant l'augmentation de la dysurie, de l'apparition d'hématurie ainsi qu'une importante rétention urinaire, une sonde vésicale à demeure a été installée ce matin à la demande du médecin traitant.

Lors de votre tournée, la fille de Mme Morin vous intercepte et vous dit : « Je ne reconnais plus ma mère, elle n'était pas comme ça hier, ce n'est plus la même»

En évaluant Mme Morin, vous constatez :

- Elle est hyperalerte
- Elle sursaute lorsque vous la touchez
- Vous n'arrivez pas à maintenir son attention pour lui parler, elle regarde partout en manipulant sa couverture
- Elle marmonne des phrases, pour la plupart incompréhensibles, en tentant de répondre à vos questions

➤ Avec quel outil vous allez dépister le délirium chez Mme Morin et quels critères doivent être positifs avant que vous n'avisiez le MD?

Vignette clinique 7

Histoire de cas Mme Morin

➤ Avec quel outil vous allez dépister le délirium chez Mme Morin et quels critères doivent être positifs avant que vous n'avisiez le MD?

Utiliser le CAM. Dans son cas, tous les critères sont positifs.

Alerter le médecin le plus rapidement possible.

Ne pas oublier que le délirium doit être considéré comme une urgence médicale.

Qui peut faire le CAM : Infirmière, Médecin, Ergothérapeute.

Les 3 signes essentiels : Installation rapide des symptômes incluant leur fluctuation, l'altération du niveau de conscience et l'inattention.

L'installation rapide des symptômes signifie que les atteintes cognitives ou motrices sont apparues au cours des derniers jours. Habituellement, les symptômes apparaissent en quelques heures. Toutefois, chez l'aîné en perte d'autonomie, ils peuvent mettre jusqu'à 5 jours à s'installer, ce qui rend la détection du problème plus difficile, puisque le contraste entre l'état initial et le délirium est moins évident.

La fluctuation des signes et symptômes du délirium se définit comme l'alternance de période de normalité et de périodes de délirium. La personne peut présenter de l'inattention le matin seulement, puis plus du tout le reste de la journée.

L'altération du niveau de conscience est un signe plus facile à observer, même en cas de démence.

Le délirium cause systématiquement un trouble de l'attention.

Signes non essentiels : Le délirium peut toucher toutes les capacités cognitives. Désorientation dans le temps, l'espace et la personne. Désorganisation de la pensée, propos incohérents, discours décousus et un manque de logique. Le délirium peut provoquer des troubles de la perception : hallucinations, illusions, idées délirantes.

Repérage – Outil R.A.D.A.R. (Philippe Voyer)

- Repérage actif du délirium adapté à la routine
- Outil facile d'utilisation pour repérer rapidement les signes du délirium
- Utilisé suite à l'administration des médicaments par l'infirmière et l'infirmière auxiliaire
- Se complète en 7 secondes en moyenne
- Interprétation: RADAR +, signifie une réponse positive à une seule question, à une seule occasion.

Cliquer sur le lien et visionner le vidéo (11 min):

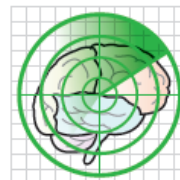
<https://www.radar.fsi.ulaval.ca/>

Exemple de formulaire

Logo de votre
institution

R.A.D.A.R.

Repérage Actif du Delirium Adapté à la Routine
© Philippe Voyer
www.fsi.ulaval.ca/radar



Lorsque vous lui avez administré ses médicaments, (cochez oui ou non)		Date :			Date :			Date :			Date :			Date :			Date :		
		Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales
1. Le patient était-il somnolent?	8 h																		
	12 h																		
	17 h																		
	HS																		
2. Le patient avait-il de la difficulté à suivre vos consignes?	8 h																		
	12 h																		
	17 h																		
	HS																		
3. Les mouvements du patient étaient-ils au ralenti?	8 h																		
	12 h																		
	17 h																		
	HS																		

Nom	Initiales	Nom	Initiales	Nom	Initiales	Nom	Initiales

Intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Québec

Dépistage – milieu hospitalier

Chez la personne âgée 75 ans et plus ou selon le jugement de l'infirmière

- À l'urgence : q 8h
- En post-opératoire et soins intensifs : q 8h
- Unités de soins généraux : q 24h

Délirium

Dépistage – outil CAM

Critères	Définition
1	Début soudain et fluctuation des symptômes
2	Trouble de l'attention
3	Désorganisation de la pensée
4	Altération de l'état de conscience

1. : Consulter notes au dossier (inf/med) et discuter avec la famille pour pouvoir comparer avec état habituel.

2. : Demander une réflexion ou une tâche simple qui nécessite une certaine concentration .Exemple : nommer les mois de l'année en ordre chronologique ou inverse, demander une soustraction simple ($9-3 = 6$)

3. Propos décousus, incapacité à s'exprimer clairement, illogique dans ses propos et comportements. Demander une question simple et logique. Exemple : Est-ce qu'une roche flotte?

4. Hyper alerte, hypersensible, léthargique, comateux. Évaluer niveau de conscience tout en comparant avec état habituel.

CAM (Confusion Assessment Method) positif :
critères 1 et 2 obligatoires ET critères 3 OU 4

Dépistage – Critères additionnels

Confusion Assessment Method (CAM)

1. Début aigu et évolution fluctuante
2. Inattention
3. Pensée désorganisée
4. Altération de l'état de conscience

Forte Suspicion clinique
=
1+2+ (3 ou 4)

5. Désorientation
6. Atteinte de la mémoire
7. Trouble perceptuel
8. Agitation (ou ralentissement) psychomoteur
9. Perturbation du cycle veille-sommeil

Sensibilité 94% Spécificité 89%

Delirium chez les aînés: du repérage des symptômes au diagnostic médical

Repérage des symptômes

Infirmière
et
infirmière
auxiliaire

Lorsque vous lui avez administré
ses médicaments...

R.A.D.A.R.

- Somnolence
- Difficulté à suivre les consignes
- Mouvements ralentis

Détection du delirium

Infirmière

1. Début aigu et évolution fluctuante
2. Inattention
3. Pensée désorganisée
ou
4. Altération de l'état de conscience

Confusion
Assessment
Method
(CAM)

Diagnostic du delirium

Médecin

1. Début aigu et évolution fluctuante
2. Perturbation de la conscience avec
↓ de l'attention
3. Perturbation du fonctionnement
cognitif ou trouble de perception
4. Mise en évidence d'une cause

DSM-IV-TR

Chercheur principal désigné: Philippe Voyer, inf., Ph.D.

Chercheur principal: Nathalie Champoux, M.D.

Co-chercheurs: Johanne Desrosiers, erg., Ph.D., Philippe Landreville, Ph.D., Jane McCusker, M.D., DrPH, Johanne Monette, M.D., M.Sc., Maryse Savoie, inf., M.Sc.

Coordonnatrice scientifique: Sylvie Richard, erg., M.Sc.

Coordonnatrice clinique: France Lafrenière, inf., M.Sc.

Professionnelles de recherche: Denise Milliard, inf., Hélène Richard, M.Sc.

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Québec

Dépistage – Outil 4AT

INSTRUCTIONS

Le 4AT est un instrument de dépistage conçu pour l'évaluation initiale rapide du délirium et des troubles cognitifs. Un score de 4 ou plus suggère un délirium, mais n'est pas un diagnostic : une évaluation plus détaillée de l'état mental peut être nécessaire pour parvenir à un diagnostic. Un score de 0 n'exclut pas définitivement la présence d'un délirium ou de troubles cognitifs : une évaluation plus détaillée peut être nécessaire en fonction du contexte clinique. Les items 1 à 3 sont évalués uniquement sur l'observation du patient au moment de l'évaluation. L'item 4 nécessite des informations provenant d'une ou plusieurs sources, par exemple, votre propre connaissance du patient, d'autres membres du personnel qui connaissent le patient (ex : les infirmières de l'unité), une lettre du médecin traitant, les notes au dossier, les soignants. L'évaluateur doit prendre en compte des difficultés de communication (déficience auditive, dysphasie, langue) lors de la réalisation de l'évaluation et de l'interprétation du score.

Installation : _____

TEST D'ÉVALUATION DU DÉLIRIUM ET DES TROUBLES COGNITIFS (4AT)

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. : _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

ENCERCLER

[1] ÉTAT DE CONSCIENCE

Cela inclut les patients qui peuvent être nettement somnolents (par exemple, difficiles à réveiller et/ou visiblement endormis lors de l'évaluation) ou agités/hyperactifs. Observer le patient. S'il est endormi, essayez de le réveiller en lui parlant ou en touchant doucement son épaule. Demandez au patient de dire son nom et son adresse pour aider l'évaluation.

Normal (alerte, mais pas agité, tout au long de l'évaluation)	0
Somnolence légère de moins de 10 secondes après le réveil, puis normal	0
Clairement anormal	4

[2] AMT4

Âge, date de naissance, endroit (nom de l'hôpital ou du bâtiment), année courante.

Aucune erreur	0
1 erreur	1
2 erreurs ou plus / ne peut être testé	2

[3] ATTENTION

Demandez au patient : « Pouvez-vous me dire les mois de l'année dans l'ordre inverse, en commençant par décembre? » Pour aider à la compréhension, il est permis de dire une seule fois : « Quel est le mois avant décembre? »

Mois de l'année à l'envers	Réussit à nommer 7 mois ou plus	0
	Commence, mais réussit moins de 7 mois ou refus de commencer	1
	Ne peut être testé (ne peut pas commencer, car ne se sent pas bien, somnolent ou inattentif)	2

[4] CHANGEMENT AIGU OU ÉVOLUTION FLUCTUANTE

Preuve de changements significatifs ou de fluctuation de : état de conscience, cognition, autre fonction mentale (ex : paranoïa, hallucinations) apparus au cours des 2 dernières semaines et encore apparents dans les dernières 24 heures.

Non	0
Oui	4

4 ou plus : délirium possible +/- troubles cognitifs

1-3 : troubles cognitifs possibles

0 : délirium ou troubles cognitifs sévères peu probables (mais délirium encore possible si information incomplète à [4])

SCORE DU 4AT



Version 1.2. Information et téléchargement : www.the4AT.com

<https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/test-evaluation-delirium-des-troubles-cognitifs-4at/telechargement/>

Éléments physiques

Signes psychosociaux et habitudes de vie

Éléments environnementaux

Médicaments à risque

Délirium – Évaluation clinique

Éléments physiques

ATCD de troubles cognitifs pré-existants

Perte d'autonomie fonctionnelle récente et soudaine

Signes physiques d'installation du délirium

Signes cliniques tel déshydratation, dénutrition, constipation, infection urinaire, infection pulmonaire, déséquilibre de la glycémie

Signes psychosociaux et habitudes de vie

Fonctionnement cognitif de la personne avant (consulter les proches) et depuis l'hospitalisation

Se questionner: Qu'est-ce qui a changé? Importance de consulter les proches. De là, l'importance d'effectuer les signes AINÉES

Indices d'un fonctionnement cognitif perturbé et signes précurseurs d'un délirium

Détérioration rapide et soudaine du fonctionnement cognitif chez une personne déjà atteinte de démence.

Fluctuation des troubles cognitifs, propos incohérents ou incompréhensibles, agitation psychomotrice ou au contraire ralentissement psychomoteur, voire hypersomnolence.

Éléments environnementaux

Présence de bruit provenant de l'environnement physique et humain

Manque d'éclairage la nuit
(erreur d'interprétation, illusions)

Trop d'éclairage direct
(hypersensibilité à la lumière)

Pour les personnes âgées, cela prend jusqu'à 20 minutes afin de s'acclimater au nouvel éclairage.

Manque de repères pour s'orienter dans l'espace et le temps

Délirium – Évaluation clinique

Médicaments à risque

Plusieurs classes de médicaments sont à risque de provoquer le délirium

En collaboration avec le médecin et le pharmacien, identifier et valider leur pertinence

➤ Avez-vous des exemples de classes à risque?

Délirium – Évaluation clinique

Médicaments à risque

Plusieurs classes de médicaments sont à risque de provoquer le délirium

En collaboration avec le médecin et le pharmacien, identifier et valider leur pertinence

➤ Avez-vous des exemples de classes à risque?

Anticholinergiques (atropine), anesthésiques généraux, antibiotiques, antidépresseurs, antihistaminiques, antagonistes des récepteurs H2 (zantac-raniditine, cimétidine), antiarythmiques, AINS, antihypertenseurs, anticonvulsivants, antiparkinsonniens, antiviraux, barbituriques, bêtabloquants, benzodiazépines, corticostéroïdes, diurétiques, inhibiteurs de la pompe à protons, opiacés, autres (théophylline, warfarine, maxeran)

Délirium

Partie 2

Dépistage

Évaluation clinique

Interventions

Histoire de cas Mme Morin

➤ Que pourriez-vous faire auprès de Mme Morin afin d'éviter la contention physique?

➤ Interventions centrées sur :

- la personne
- l'aspect psychosocial et culturel
- l'aménagement physique et l'environnement
- la structure de l'organisation
- l'environnement humain

Réponses dans les diapositives suivantes.

MESURES DE REMPLACEMENT

Stratégies d'intervention classées selon le modèle Kayser-Jones

Pistes centrées sur la personne	Date de début + Initiales (AAAA-MM-JJ)	Efficacité C : Complète P : Partielle N : Non efficace	Date de fin + Initiales (AAAA-MM-JJ)
1. Personnaliser l'approche aux caractéristiques de l'usager			
2. Évaluer la médication en collaboration avec le médecin et pharmacien			
3. Vérifier si les besoins de base sont satisfaits			
4. Prévoir des séances au fauteuil			
5. Prévoir des activités de loisirs ou occupationnelles			
6. Utiliser des méthodes de relaxation et de détente			
7. Prévoir des exercices ou de l'assistance à la marche			
8. Favoriser l'utilisation des aides techniques			
9. S'assurer que les déficits visuels et auditifs sont comblés			
10. Prévoir un horaire d'élimination régulier			
11. Prévoir un horaire régulier d'hydratation			
12. Établir un horaire régulier pour l'heure du coucher			
13. Introduire, éliminer ou réduire les siestes durant la journée			
14. Prévoir des vêtements et des chaussures adéquats			
15. Réorienter régulièrement les usagers désorientés			
16. Donner des repères temporels, spatiaux et humains			
17. Évaluer la pertinence de chacun des traitements (sondes, etc.)			
18. Dépister et soulager la douleur promptement			
19. Coordonner les soins afin d'éviter d'interrompre le sommeil			
20. Utiliser des stratégies de diversion			
21. Utiliser la stimulation sensorielle ou activité motrice			
22. Utiliser des mesures de protection (protecteur de hanche, casque etc.)			
23. Utiliser des bandages de protection sur pansements, tubulures, etc.			
24. Permettre la verbalisation des émotions (colère, anxiété etc.)			
25. Avoir des attentes claires en regard des comportements perturbateurs			
26. Accorder des temps d'échange et de discussion			
27. Réfléter l'impact du comportement de l'usager sur son entourage			
28. Permettre à l'usager de participer aux prises de décisions			
29. Permettre la socialisation et les interactions			
30. Faire participer aux soins et aux AVQ			
Autre(s):			
Pistes centrées sur l'aspect psychosocial et culturel			
31. Communiquer avec un langage simple et direct			
32. Communiquer à l'aide d'un interprète			
33. Adapter la routine des intervenants selon les besoins de l'usager			
34. Examiner les habitudes de vie antérieure(s) et actuelle(s)			
Autre(s):			

Pistes centrées sur l'aménagement physique et l'environnement	Date de début + Initiales (AAAA-MM-JJ)	Efficacité C : Complète P : Partielle N : Non efficace	Date de fin + Initiales (AAAA-MM-JJ)
35. Assurer un éclairage adéquat la nuit			
36. Rendre la cloche d'appel accessible			
37. Réduire les stimuli			
38. Prévoir des aires d'embarce sécuritaires			
39. Dégager les corridors ou rendre accessible la main courante			
40. Utiliser des barrières visuelles			
41. Identifier les pièces (chambre, salle de bain)			
42. Adapter la hauteur du lit selon l'état de l'usager			
43. Abaisser les rideaux ou utiliser demi-rideaux			
44. Installer un tapis antichoc à côté du lit			
45. Utiliser des barres d'appui, des bandes antidérapantes, etc.			
46. Utiliser des détecteurs de mouvement ou des bandes sensorielles			
47. Salle de toilette adaptée (siège surélevé, etc.)			
48. Utiliser un bracelet anti-fugue ou porte codée			
49. Placer à la portée le matériel nécessaire (fauteuil, marchette, urinal etc.)			
50. Utiliser une surface antidérapante			
51. Adapter le fauteuil roulant à l'usager			
Autre(s):			
Pistes centrées sur la structure de l'organisation			
52. Faire appel à l'équipe interdisciplinaire			
53. Éviter les changements de routine ou d'intervenants			
54. Favoriser le travail d'équipe, communiquer les stratégies gagnantes			
55. Assurer une présence optimale d'intervenants sur l'unité			
56. Limiter les activités non essentielles			
57. Permettre à l'usager de se retirer dans un endroit privé			
58. Regrouper les soins			
59. Fractionner les soins			
60. Garder un usager agité continuellement à la vue			
Autre(s):			
Pistes centrées sur l'environnement humain			
61. Encourager la présence des proches			
62. Faire participer les proches aux activités de stimulation, etc.			
63. Recourir aux services des bénévoles			
64. Consulter les intervenants et les proches connus de l'usager			
65. Assurer une présence avec l'usager ou la déplacer dans un lieu visible			
Autre(s):			

Initiales	Signature + titre	Initiales	Signature + titre	Initiales	Signature + titre

Délirium – Interventions

Centrées sur la personne

- Soulager la douleur
- Respecter le sommeil
- Prévoir une mobilisation précoce
- Comblar les déficits sensoriels
- Regrouper les soins
- Évaluer la pertinence des traitements « invasifs »
- Prévenir le sevrage ou la surdose médicamenteuse
- Assurer une orientation et des repères visuels
- Prévenir la déshydratation et/ou la dénutrition
- Répondre aux besoins physiologiques (alimentation, élimination)
- Restreindre les limitations physiques
- Utiliser des phrases simples, courtes et concrètes
- Utiliser une approche rassurante

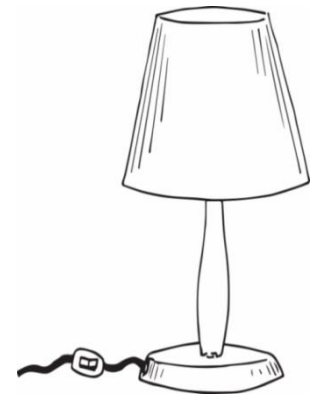


Délirium – Interventions Centrées sur l'aménagement physique et l'environnement

Adapter l'environnement de façon sécuritaire

Doser la stimulation sensorielle : éviter la sur-stimulation et la sous-stimulation

Utiliser la veilleuse au besoin la nuit



Centrées sur l'environnement humain

Assurer un suivi médical optimal attentionné

Encourager la présence et l'implication de la famille

Collaborer avec les autres professionnels

Rechercher des mesures de remplacement adaptées à la personne



Que pouvez-vous faire pour aider ?

Encourager à boire et à manger



- Après avoir vérifié avec le personnel soignant, encourager et aider la personne à s'alimenter adéquatement et lui offrir à boire fréquemment

Favoriser un environnement calme et rassurant. Encourager le repos et le sommeil



- Limiter le bruit, les distractions et la lumière agressive
- Assurer le confort en ajoutant un oreiller, une couverture, un breuvage chaud ou un massage
- Éviter les somnifères, lorsque possible

Stimuler les fonctions intellectuelles



- Organiser des visites régulières
- Discuter d'événements courants ou de sujets familiers
- Faire la lecture à voix haute, encourager la lecture de livres ou magazines
- Jouer à des jeux de société familiers (cartes, etc.)

Encourager l'activité physique



- Éviter les contentions
- Aider la personne à s'asseoir ou à marcher
- Consulter l'infirmière ou le physiothérapeute pour identifier des activités pouvant aider la personne

Prévenir et traiter le délirium

Assurer une vision adéquate



- Encourager le port de lunettes et les garder propres
- Utiliser un éclairage adéquat
- Considérer l'utilisation d'une loupe ou un examen visuel

Assurer une audition adéquate



Appareil auditif



Amplificateur de voix (pocket-talker)

- Encourager l'utilisation d'aide auditive ou d'amplificateurs, lorsque nécessaire
- S'assurer que les appareils auditifs fonctionnent
- En cas de doute, consulter l'orthophoniste ou l'audiologiste

Adapté et traduit de

The Delirium Prevention and Education Project, commandé par RQPC - Regional Geriatric Program Central.
Une initiative du Committee for the Enhancement of Elder Friendly Environments (CEEFE).

Pour plus d'informations : 905 777-3857, poste 12440.

Dr. Sharon Inouye, M.D., MPH, professeure de médecine, École de médecine, Université de Harvard

Traduit et adapté par le Service de gériatrie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) dans le cadre du projet SAGE - Systématisation de l'approche gériatrique



Le délirium est une urgence médicale qui nécessite une intervention immédiate

La prise en charge efficace de la personne âgée souffrant de délirium nécessite une collaboration interdisciplinaire

Éviter les changements de chambre inutiles

Éviter que deux personnes atteintes de délirium partagent la même chambre

Restreindre au minimum l'utilisation de la contention

Histoire de cas Mme Morin

➤ L'état de Mme Morin se détériore, au point tel qu'aucune mesure alternative ne fonctionne. Elle arrache constamment son soluté avec la perfusion d'antibiotique, elle a chuté à 2 reprises, demeure confuse et agitée. Sa fille est d'accord pour l'application d'une mesure de contrôle de type abdominale aimantée la nuit et d'une mesure de rappel au poignet gauche le jour et le soir.

➤ Procéder à votre documentation en soins infirmiers, avec les éléments que vous avez en main.

➤ Deux jours plus tard, la situation de Mme Morin s'est grandement améliorée, vous procédez au retrait des mesures de contrôle.

➤ Procéder à votre documentation en soins infirmiers selon l'évolution de Mme Morin.

Vignette clinique 9

Histoire de cas Mme Morin

➤ L'état de Mme Morin se détériore, au point tel qu'aucune mesure de remplacement ne fonctionne...

➤ Procéder à votre documentation en soins infirmiers, avec les éléments que vous avez en main.

Devrait y avoir 2 PII et 2 consentements

Un pour contention abdominale aimantée et un pour poignet

S'assurer que le consentement est signé pour chaque mesure de contrôle
Surveillances associées.

Documentation et évaluation post-chute

➤ Deux jours plus tard, la situation de Mme Morin s'est grandement améliorée...

➤ Procéder à votre documentation en soins infirmiers selon l'évolution de Mme Morin.

Annuler les mesures de contrôle

PTI

Notes d'évolution infirmière

Révision du dépistage risque de chute et ses facteurs de risque.

Délirium

Partie 3

Impacts et complications

Suivi post-délirium

Complications

COURT TERME

Mortalité intra-hospitalière
de 10-65%

Dénutrition

Plaie de pression

Chutes et blessures

Pneumonie d'aspiration

Syndrome d'immobilisation

↓ autonomie et capacité
fonctionnelle

Incontinence urinaire, fécale

MOYEN TERME

↑ Mortalité

↑ du risque d'incapacité
fonctionnelle

↑ du risque de développer
une démence

↑ Durée, coût de
l'hospitalisation

LONG TERME

↑ du risque de
développer une
démence

↑ risque
d'institutionnalisation

↑ besoins en
réadaptation

↑ besoins de soins à
domicile

↑ charge des aidants
naturels

Persistance des symptômes au congé 45 %

- 1 mois après le congé 33 %
- 3 mois après le congé 26 %
- 6 mois après le congé 21 %
- Après 1 an 37 % décès (symptômes non résolus)
- Après 1 an 26 % décès (symptômes résolus)

Délirium

Suivi post

Selon les écrits, un suivi est demandé dans les 3 à 6 mois suivant l'épisode de délirium par :

- Infirmière de liaison: Assurer un suivi inter établissement
- Médecin de famille ou IPS
- Clinique de cognition

Délirium

À retenir

La contention physique pour limiter l'errance
ou prévenir les chutes
est injustifiée

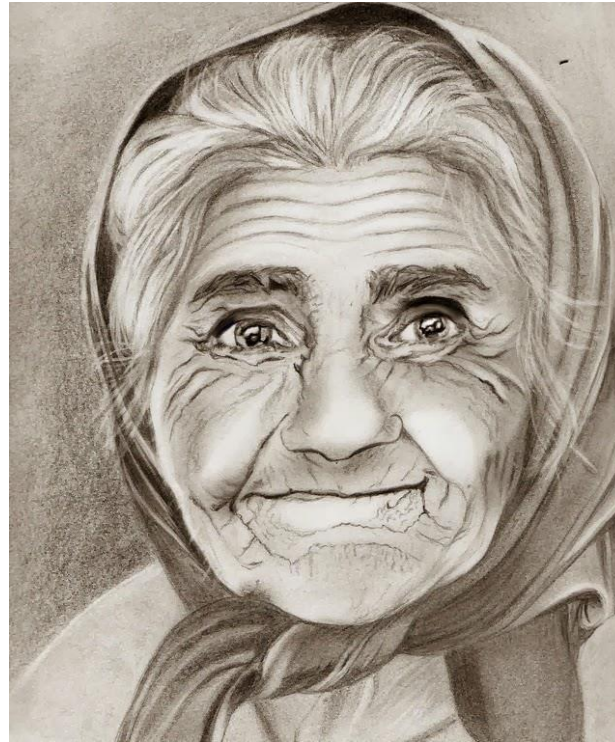


L'évitement de la contention physique est un élément important des interventions interdisciplinaires destinées à prévenir le délirium chez la personne âgée



Fin Partie délirium - Questions

Gestion des troubles de comportement (démence ou délirium)



Pour nous joindre :
Fany Boulerice, conseillère en soins infirmiers,
450-699-2425 poste 4170



Références

Arcand, M., Hébert, R. , Précis de gériatrie, 3^e édition, Edisem, 2007

Atelier du CNFS (Consortium national de formation en santé) :
Gestion des comportements associés à la démence, Université
d'Ottawa, 2015

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées,
Lignes directrices nationales, La santé mentale de la personne âgée :
Évaluation et prise en charge du délirium, 2006

Capsules en ligne; [http ://capsulesscpd.ca/](http://capsulesscpd.ca/)

CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Sherbrooke. Symptômes
comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) Aide-
mémoire à l'intervention. Initiative ministérielle sur la maladie
d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs, Octobre 2016

Références

Lord-Fontaine, Lorie, Hébergement : Les démences , un bref survol, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, 2011

Ménard, Caroline, Approche non pharmacologique des symptômes psychocomportementaux liés à la démence en UCDG, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 2015 (Visioconférence)

MSSS, Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : État cognitif et comportemental : Agitation dans les démence, 2012

MSSS, Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : État cognitif et comportemental : Délirium, 2012

MSSS, Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, 2014

Références

Thibeault, Linda, Les difficultés rencontrées lors des soins auprès des personnes atteintes de déficits cognitifs, 2015 (Visioconférence)

Vézina, J. , Cappeliez, P., Landreville, P., Psychologie gériatrique, 3^e édition, Gaetan Morin éditeur, 2013

Voyer, Philippe, Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, ERPI, 2006

Voyer, Philippe, Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2^e édition, ERPI, 2013

Vu, T.T.Minh, Prévention, évaluation et traitement du délirium chez la personne âgée hospitalisée, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 2015 (Visioconférence)