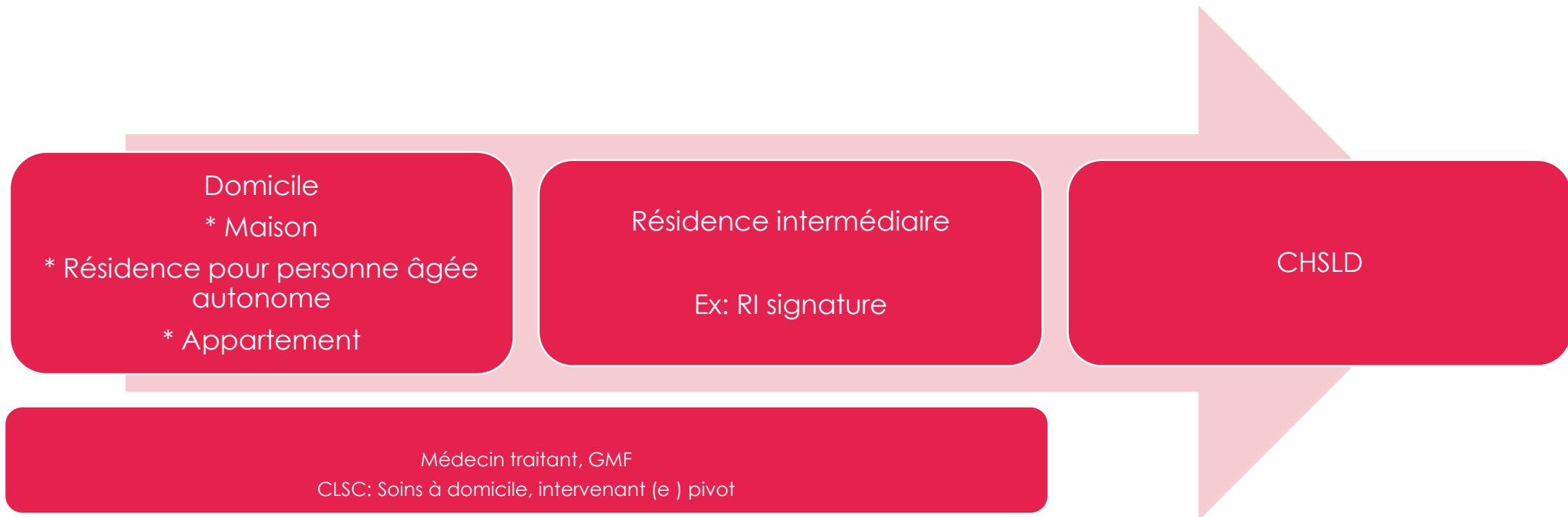


RECONNAITRE LES SIGNES PRÉCURSEURS DES
TROUBLES NEUROCOGNITIFS POUR MIEUX
INTERVENIR

CONFÉRENCIÈRES

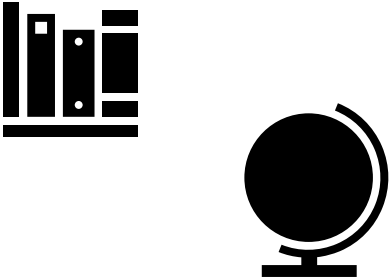
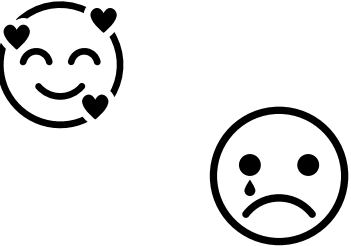
- Shannon Jérôme M.Sc psychoéducatrice Équipe ambulatoire régionale des SCPD
 - shannon_jerome@ssss.gouv.qc.ca
 - 819-355-0757
- Marie-Ève Quévillon B.SC infirmière Équipe ambulatoire régionale des SCPD candidate à la maîtrise
 - marie-eve_quevillon@ssss.gouv.qc.ca
 - 819-218-0241

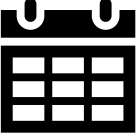



CONTINUUM DE SERVICES SAPA



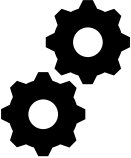



EST-CE QUE PERDRE LA MÉMOIRE EST
NORMAL EN VIEILLISSANT ?

Composantes	Définitions	Impact du vieillissement	Repères cliniques
Mémoire à long terme ○ Mémoire sémantique 	Elle emmagasine les connaissances générales sur le monde.	Aucun impact du vieillissement.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité à comprendre les mots. • Connaissances encyclopédiques . <ul style="list-style-type: none"> ○ Quelle est la capitale du Canada? ○ Connaissance de personnages célèbres, faits ou monuments historiques. <ul style="list-style-type: none"> • Date de la 2^e Guerre mondiale
Mémoire à long terme ○ Mémoire épisodique 	Elle emmagasine des événements et des souvenirs qui s'inscrivent dans un contexte temporel, spatial ou émotionnel.	Vieillesse entraîne une diminution de la précision des informations dans cette mémoire.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité à situer dans « le temps ou l'espace, ou à un contexte émotionnel (ou les trois) » un événement significatif du passé et à le raconter. <ul style="list-style-type: none"> ○ Se souvenir de la visite récente d'un proche et du déroulement de la visite.

Composantes	Définitions	Impact du vieillissement	Repères cliniques
Mémoire à long terme ○ Mémoire prospective  	Elle emmagasine des informations afin de se rappeler d'événements à venir ou encore de comportements à adopter dans le futur.	Vieillesse entraîne des interférences dans cette mémoire.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité à se rappeler de prendre ses médicaments. • Capacité à se rappeler d'aller à un rendez-vous chez le médecin.
Mémoire à long terme ○ Mémoire procédurale  	Elle emmagasine les habilités motrices, les actions et les procédures.	Aucun impact du vieillissement.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité à signer son nom de façon spontanée. • Capacité à prendre un verre d'eau et de le porter à sa bouche sans y penser.

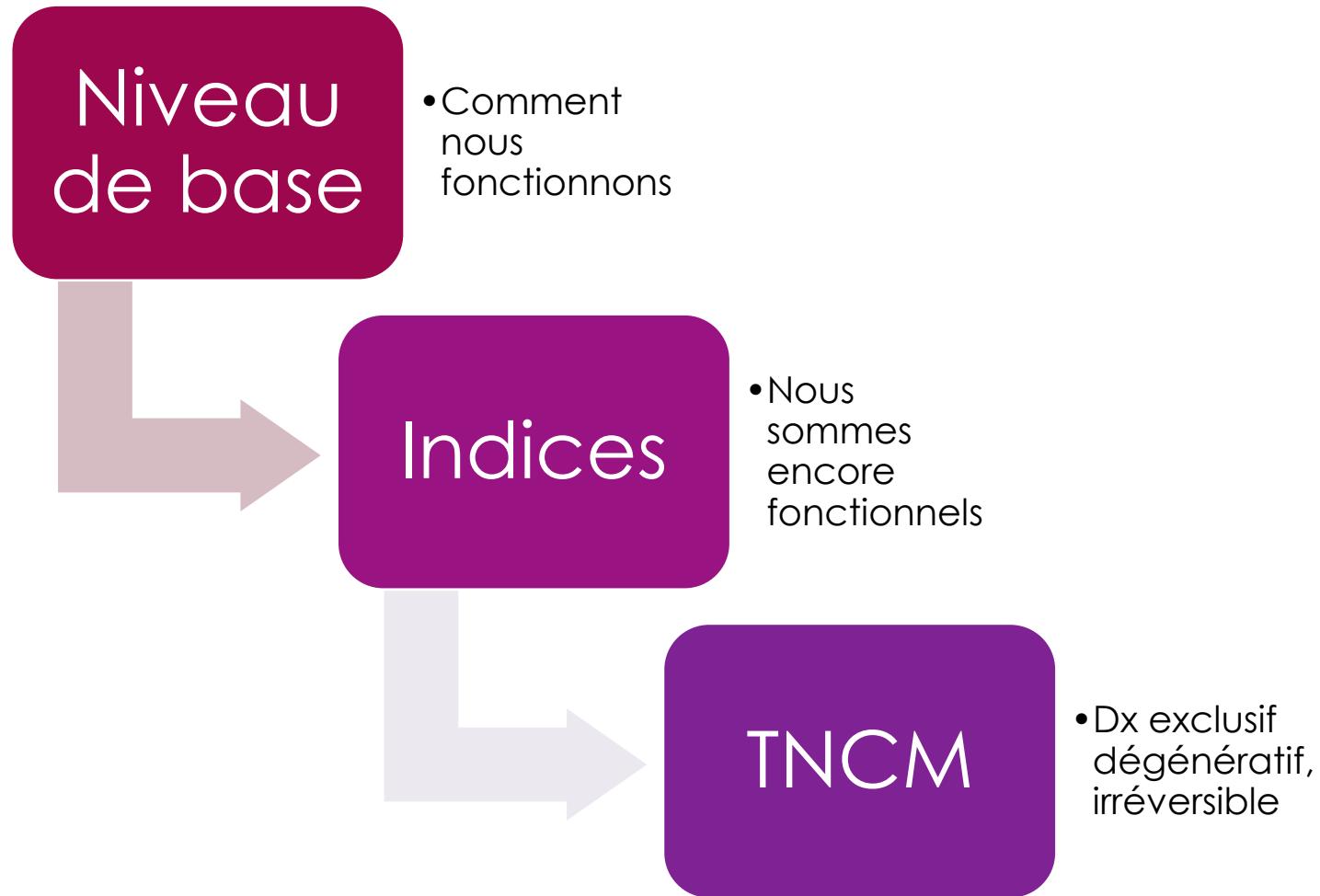
Affecte l'apprentissage

Composantes	Définitions	Impact du vieillissement	Repères cliniques
<p>Mémoire à court terme</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mémoire de travail  	<p>Il s'agit d'une mémoire de capacité limitée d'emmagasinage d'un nombre limité d'information pour une brève période. L'information peut être maintenue en mémoire pour la réalisation d'une tâche immédiate ou pour dans le futur (quelques minutes).</p> <p>Cette mémoire a un rôle important à jouer dans la manipulation de l'information et pour l'encodage et la récupération des données dans la mémoire à long terme.</p>	<p>Aucun impact sur la capacité à se rappeler les séries de chiffres.</p> <p>Toutefois, la capacité de manipuler l'information afin de favoriser l'encodage et la récupération d'informations complexes est réduite avec le vieillissement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité à faire un calcul mental <ul style="list-style-type: none"> ○ Capacité à vérifier une facture (calcul de l'addition) • Répéter les chiffres et les lettres dans le bon ordre : <ul style="list-style-type: none"> ○ G - 3 <ul style="list-style-type: none"> • Réponse : 3 - G ○ 7-B -1 <ul style="list-style-type: none"> • Réponse : 1-7-B ○ D- 2-8-B <ul style="list-style-type: none"> • Réponse : 2-8-B-D • Est en mesure de répéter les séquences suivantes dans l'ordre inverse (jusqu'à la série de 4 items) <ul style="list-style-type: none"> ○ 1-4 ○ 3-0-8 ○ 3-9-6-4

DES INDICES POUR DISTINGUER LES SIGNES PATHOLOGIQUES DES SIGNES D'UN VIEILLISSEMENT NORMAL



UNE IMAGE POUR BIEN SE SITUER



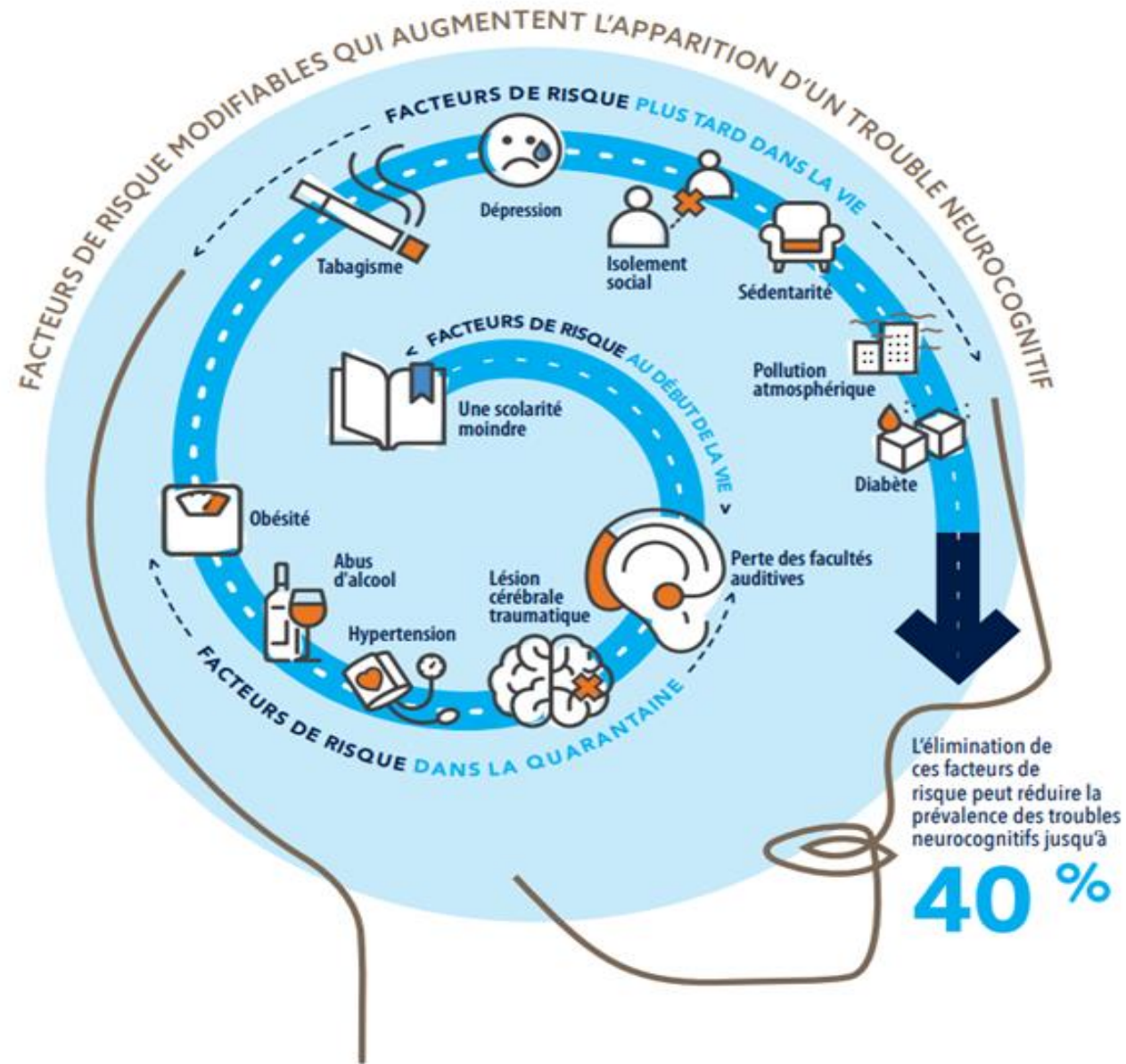


Figure 5. Les douze facteurs de risque modifiables indiqués ci-dessus contribuent à une augmentation du risque de trouble neurocognitif (Livingston et coll., 2020). Les aborder peut réduire leur prévalence au Canada.

INDICES (UN OU PLUSIEURS)

Affecte
l'apprentissage

• Cognitifs

- Oubli avec impact fonctionnel
 - Cherche ses mots, RV, médicaments, un appel téléphonique
- Désorienté
 - Ne retrouve pas son chemin
- Propos incohérents
 - Manque de logique dans une histoire
- Inattention
 - Demande de répéter constamment les consignes
- fonctions exécutives
 - Difficulté à faire la cuisine
 - Difficulté avec ses finances personnelles

• État de conscience

- Léthargie

• Comportementaux

- Désinhibition
 - Propos grossiers
 - Gloutonnerie
 - Avances sexuelles
- Perte de jugement
 - Peut prendre des risques inutiles
 - Traverser la rue dangereusement

• Changement de la personnalité et de l'humeur


RECONNAISSEZ LES 10 SIGNES PRÉCURSEURS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

1



PERTE DE MÉMOIRE AFFECTANT LES HABILETÉS USUELLES
Oublier fréquemment ou avoir de la difficulté à se rappeler de nouvelles informations.

2




DIFFICULTÉ À EXÉCUTER DES TÂCHES FAMILIÈRES
Avoir de la difficulté à s'acquitter de tâches qu'on a accomplies toute sa vie, comme préparer un repas ou s'habiller.

3



TROUBLES DU LANGAGE
Oublier des mots faciles ou leur substituer d'autres mots qui n'ont rien à voir avec le contexte.

4



DÉSORIENTATION DANS L'ESPACE ET DANS LE TEMPS
Oublier le jour de la semaine ou se perdre dans un endroit familier.

5



JUGEMENT AFFAIBLI
Ne pas reconnaître un problème de santé qui nécessite une attention immédiate ou porter des vêtements légers par temps froid.

6



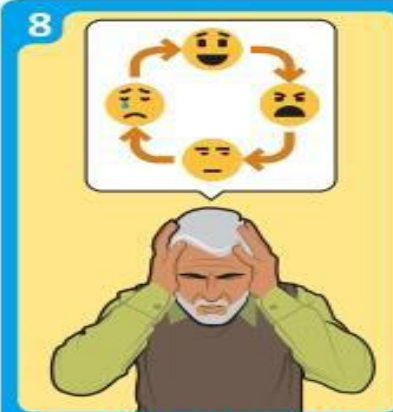
DIFFICULTÉ FACE AUX NOTIONS ABSTRAITES
Avoir des difficultés à équilibrer un budget ou ne pas comprendre ce que représentent les chiffres ni à quoi ils servent.

7



OBJETS ÉGARÉS
Ranger des objets dans des endroits inappropriés comme une robe dans le réfrigérateur ou une montre dans le sucrier.

8



CHANGEMENTS D'HUMEUR OU DE COMPORTEMENT
Changer d'humeur très rapidement comme passer du calme à la colère sans raison apparente.

9



CHANGEMENTS DE PERSONNALITÉ
Présenter des changements de personnalité, comme être désorienté, suspicieux ou craintif.

10



PERTE D'INTÉRÊT
Perdre tout intérêt pour ses amis, sa famille et ses activités préférées.

Pour plus de renseignements, communiquez avec la Société Alzheimer de votre région ou consultez notre site www.alzheimer.ca

© Janvier 2015, Société Alzheimer du Canada. Tous droits réservés.

Société
Alzheimer



Dx
physiques

- Diabète
- Arthrite
- 70% des québécois ont au moins une maladie chronique

Trouble de
santé
mentale

- Schizophrénie
- Trouble de l'humeur
- Trouble anxieux
- TDAH
- Trouble de personnalité

Trouble
neurocognitif
majeur

- Alzheimer
- Fronto temporal
- Vasculaire
- Corps de Lewy
- Korsakoff

LES TROUBLES NEUROCOGNITIF MAJEURS (TNCM)

(autrefois appelés sénilité et démence mais maintenant on n'utilise pas ces mots !!)



QUOI FAIRE SI ON SUSPECTE UN PROBLÈME DE MÉMOIRE CHEZ UN PROCHE?

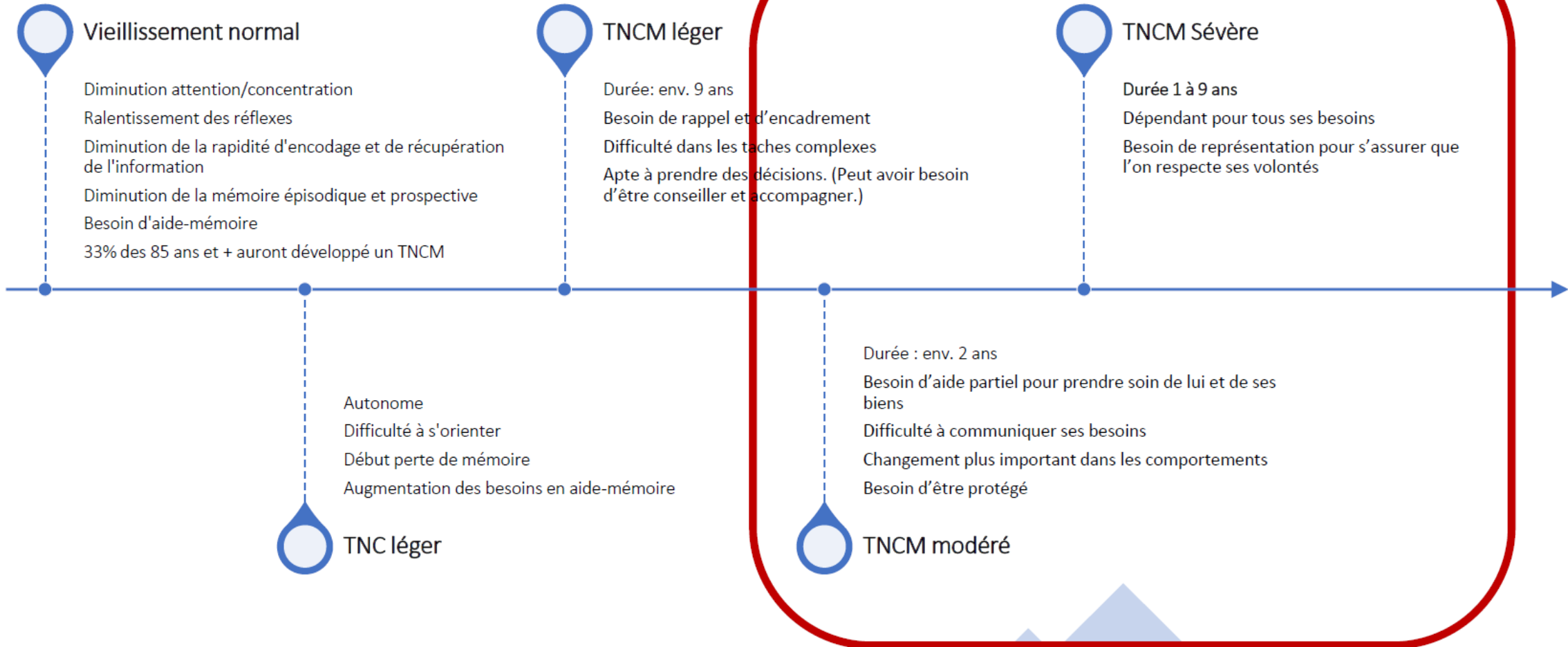
- En discuter avec son médecin est primordial
- Le médecin est le seul qui peut faire un diagnostic!
- Favoriser la collaboration de la personne en lui parlant de vos inquiétudes concernant les changements récents
- Interpeller le GMF pour du soutien, les organismes communautaires et l'Accueil du CLSC

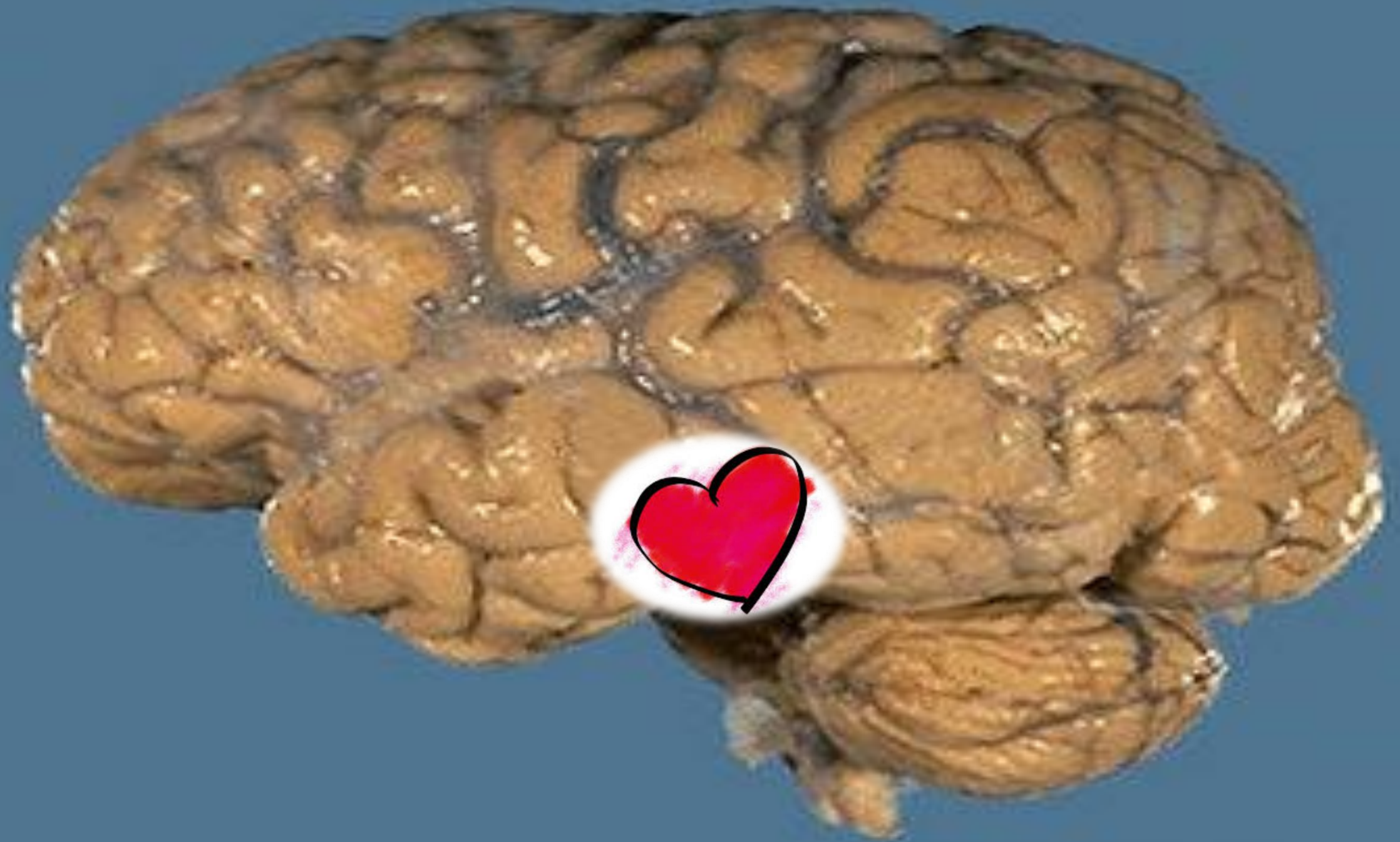
COMMENT LE MÉDECIN EN VIENT AU DIAGNOSTIQUE

- Il doit y avoir une plainte au niveau de la mémoire ou d'une autre fonction du cerveau (ex: l'attention, la concentration)
- La plainte provient de la personne, de sa famille ou de l'équipe de soin
- Au départ, il est possible qu'il y ait un impact sur le fonctionnement de la personne dans la réalisation des activités de la vie domestique (lavage, faire les courses, entretenir la maison, etc) et des activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, entretenir sa personne, etc). Au départ, il est possible qu'il n'y ait pas d'impact des troubles de mémoire sur le fonctionnement de la personne
- Le médecin doit exclure TOUTES les causes possibles des problèmes de mémoire!

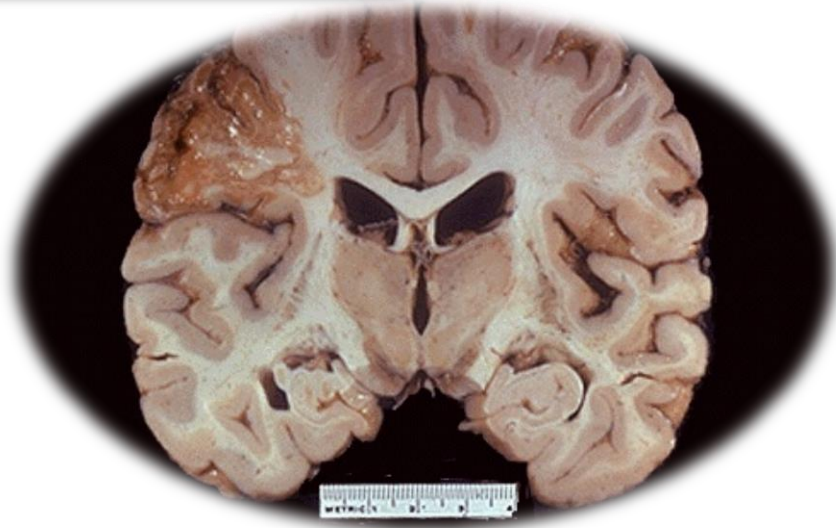
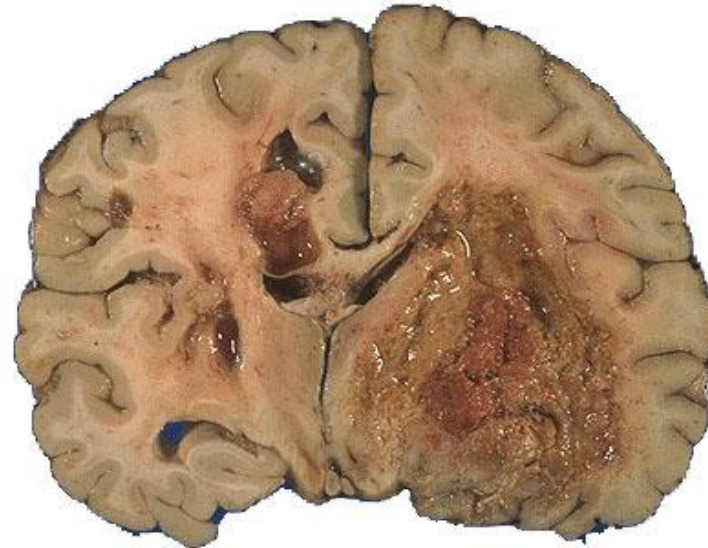
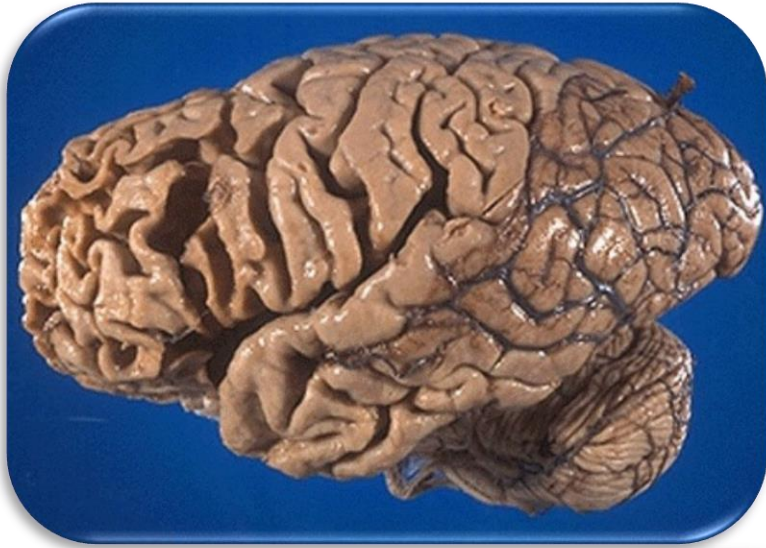
COMMENT LE MÉDECIN EN VIENT AU DIAGNOSTIQUE (SUITE)

- Des examens peuvent être requis (ex: prise de sang)
- Des tests cognitifs sont réalisés quand la personne est stable physiquement et psychologiquement (ATTENTION: ce ne sont pas des Tests qui diagnostique la maladie)





UNE IMAGE VAUT MILLES MOTS





Alzheimer

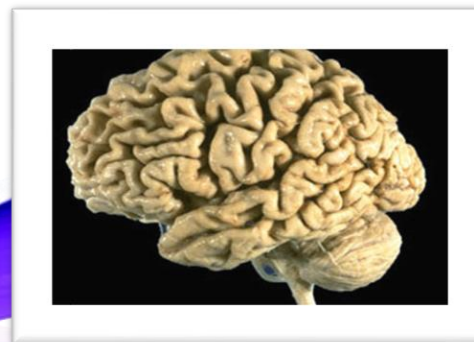
ON DOIT AUSSI SURTOUT ÉVITER DE LUI CRÉER DES PROBLÈMES COMPORTEMENTAUX !

Savoir comment intervenir

Car en fait, si on a le cerveau en santé, c'est à nous que revient la responsabilité de s'adapter à la réalité de notre client...il a perdu des capacités, il est malade et il ne l'a pas choisi.



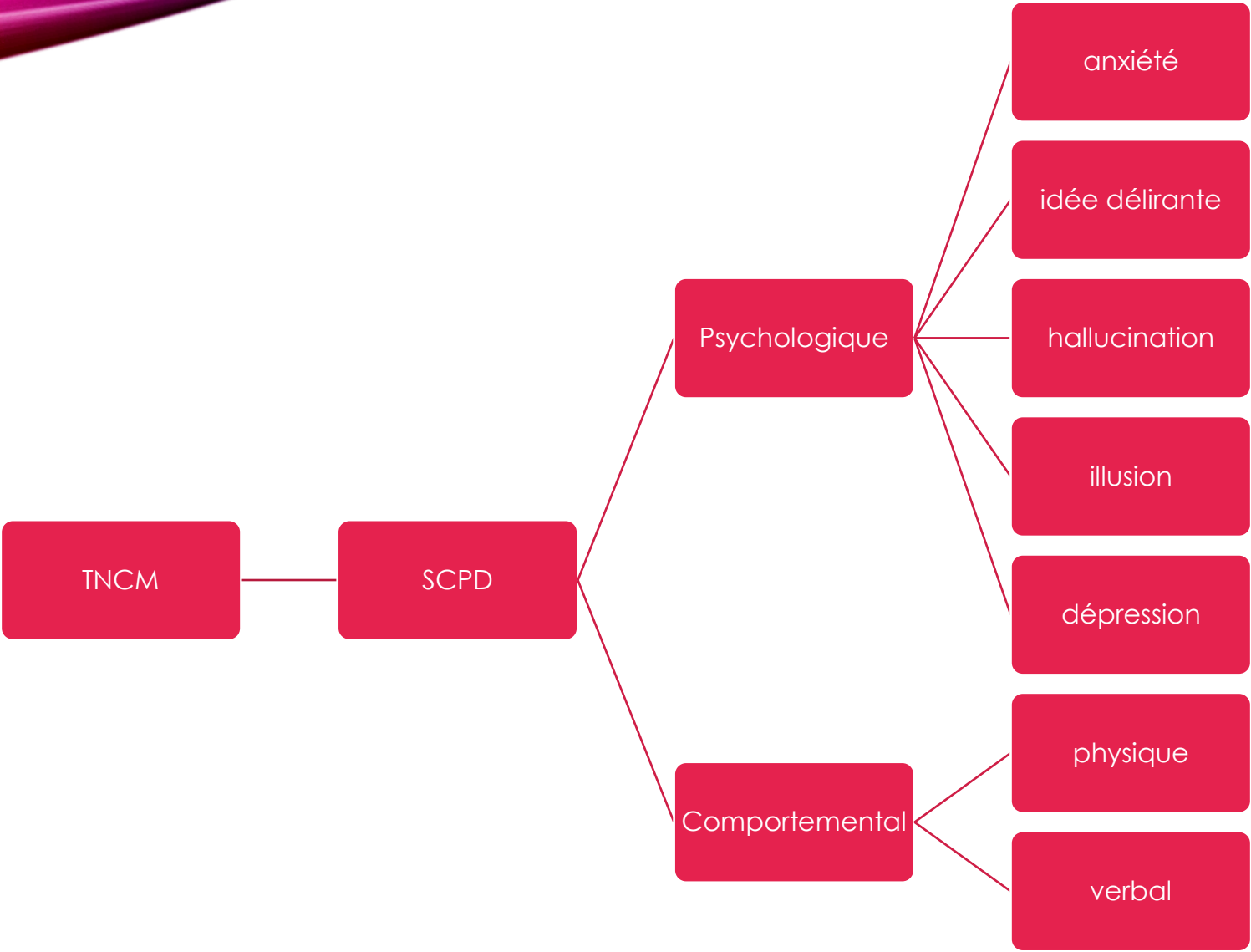
VS



DÉFINITION DES SCPD

23

Anciennement connu sous les termes troubles du comportements
perturbateurs ou encore troubles du comportement ou
comportements perturbateurs



CADRE CONCEPTUEL DES SCPD

Les causes des SCPD

ADOPTER LA VISION DU BESOIN COMPROMIS (ALGASE ET AL., 1996)

- Pour cette auteure, un SCPD est une tentative de communiquer un **besoin compromis**.
- Un besoin compromis peut être...

LA SÉQUENCE QU'IL FAUT APPRENDRE ET UTILISER À TOUT MOMENT



- Causes:
- Biologique
- Psychologique
- Environnementale
- Interactionnelle

- SCPD: Le client tente de vous communiquer qu'il a un besoin compromis

- L'intervention que vous faites **doit être absolument en lien avec la (les) cause(s)**

IL A UN OU DES BESOINS COMPROMIS : IL FAUT ANALYSER!

1 - Causes biologiques :

- Il a soif/faim
- Il est fatigué/s'endort
- Il a besoin d'aller aux toilettes
- Il a chaud/froid
- Il a de la douleur
- Il a besoin de bouger
- Il a un besoin sexuel (désir et libido)
- Anosognosie (non reconnaissance de sa condition)
- Il a un problème dentaire (abcès, carie, etc)
- Il a un problème auditif (bouchon de cérumen, etc)
- Il a un problème visuel
- Il ne se sent pas bien en raison des symptômes d'une maladie

2- Causes psychologiques :

- Il ne comprend pas
- Il a peur
- Il a des idées délirantes
- Il s'ennuie
- Il a des besoins affectifs (nourriture affective): je veux exister encore et être aimé!
- Besoin d'autodétermination, de contrôle sur sa vie
- Besoin de dignité, ne pas se sentir infantilisé

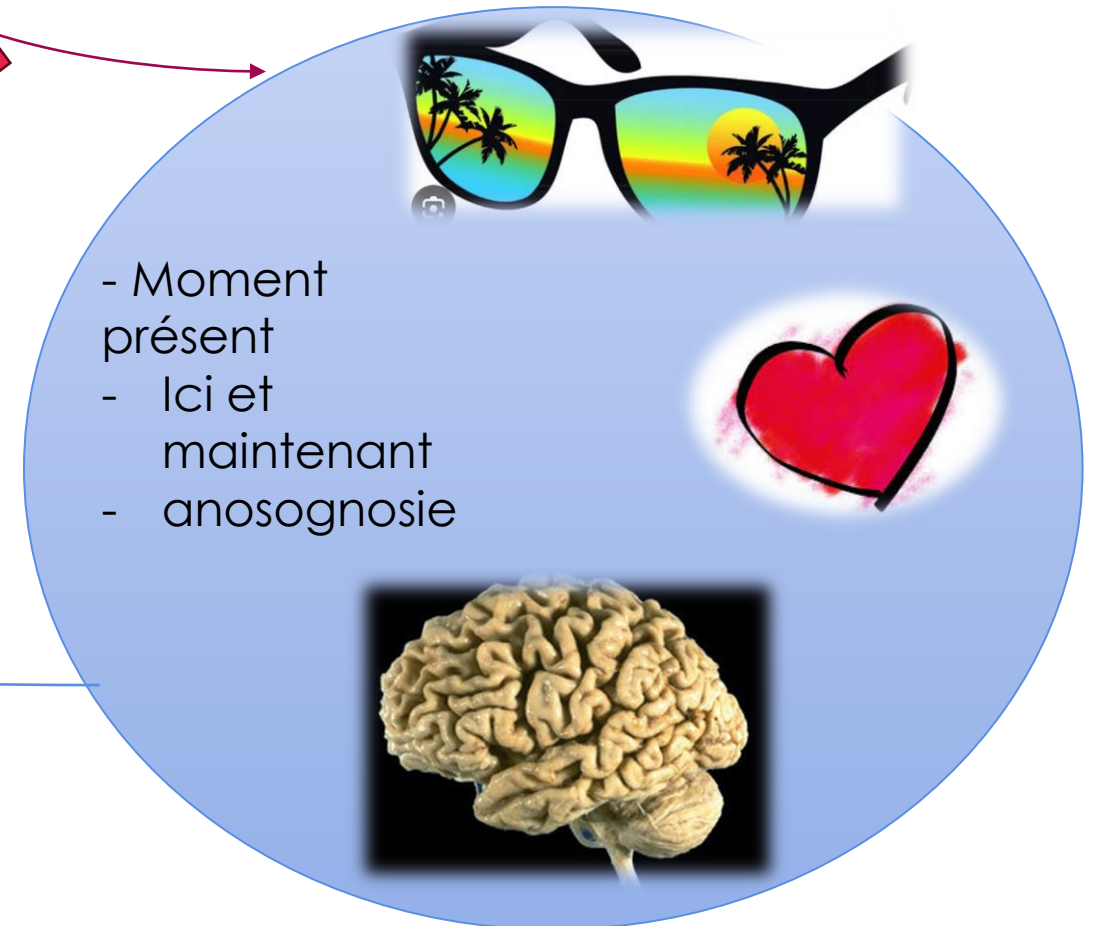
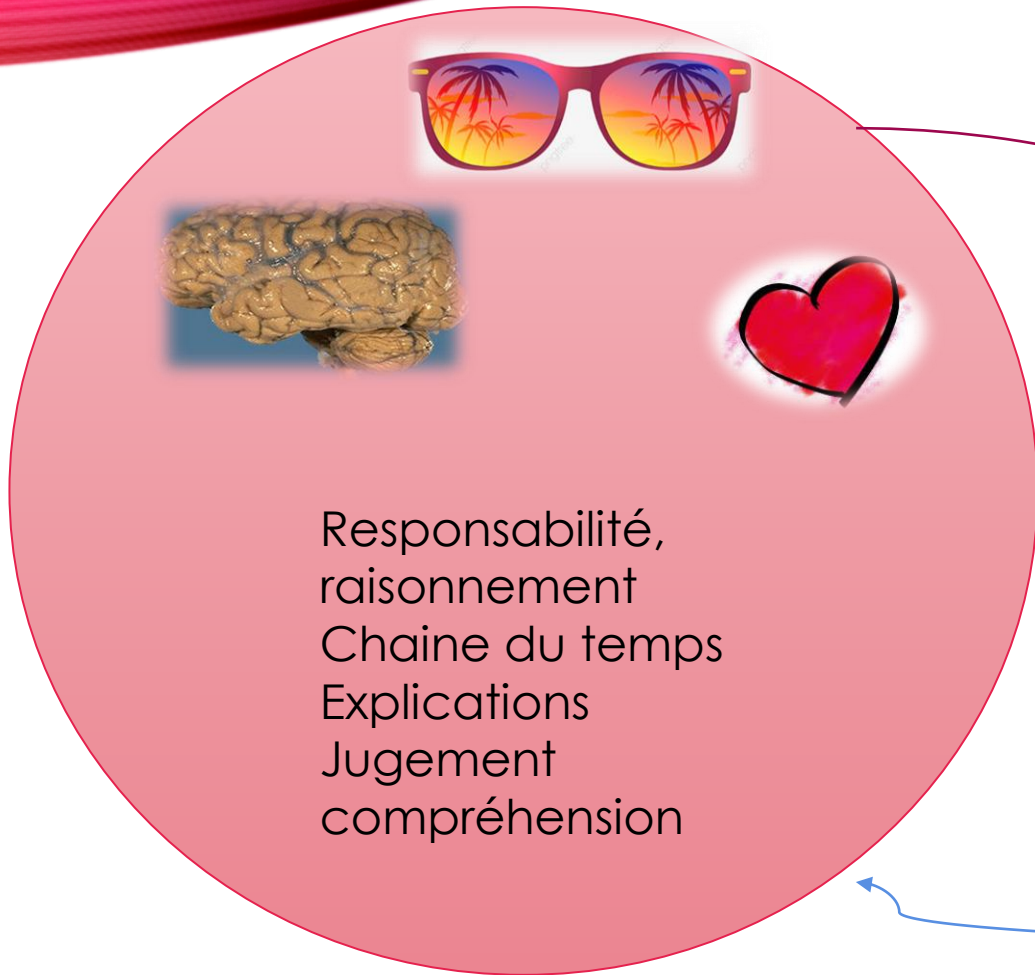
3- Causes environnementales

- Il est sur-stimulé (trop de bruits, lumières, consignes)
- Il est sous-stimulé (ne fait rien)
- Analyse le 24 heures!!
- Son environnement n'est pas accueillant, chaleureux, en lien avec son histoire de vie

4- Causes interactionnelles

- L'approche n'est pas adéquate: le client réagit
- 10 moyens de base pour mieux interagir

Ne pas enseigner, ne pas éduquer, ne pas raisonner, ne pas tenter de ramener la personne dans la bulle rouge



TROIS INTERVENTIONS À FAIRE EN TOUT TEMPS

Principes de communications de base, l'histoire de vie et tenir compte de l'environnement



1) FAVORISER LA COLLABORATION : PRINCIPES DE COMMUNICATION DE BASE

- S'assurer d'avoir un contact visuel lorsqu'on veut donner une consigne
- Dire une consigne simple à la fois
- Faire les demandes en disant: « Peux-tu m'aider à... ? »
- Dire souvent «Merci de m'aider!»
- Complimenter la personne
- Utiliser la diversion par le goût (bonbons, chips, etc)
- **NE JAMAIS: confronter, expliquer, raisonner, éduquer, infantiliser**

1) DES PHRASES À PROSCRIRE

- « Ne faites pas ça »
- « Voyons ça ne se fait pas »
- Le responsabiliser: « pourquoi tu faites ça? C'est pas gentil »
- « Je te parle avec respect, tu dois me parler avec respect »
- Chicaner la personne
- Ignorer la personne qui dit «non» ou demande de l'aide ou un contact
- Le menacer de retirer un plaisir ou d'ajouter une conséquence
- Il est « agressif »
- « il fait exprès » « il veut juste de l'attention »

2) FAVORISER L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE

Toutes les interventions doivent respecter les habitudes de vie et l'histoire de vie de la personne

- Laisser l'autonomie de la personne (lui laisser faire tout ce qu'elle peut encore faire)
- Adapter les procédures (ex: donner un économiseur plutôt qu'un couteau lors de la préparation des repas)
- Éviter d'empêcher la personne de faire des activités par peur qu'il lui arrive quelque chose
- Aider la personne avec des rappels verbal ou écrit (ex: écrire la routine à la chambre, prendre des notes sur le calendrier)
- Faire une partie de la procédure avec la personne si requis (ex: sortir les vêtements, initier la tâche avec elle, etc)
- Proposer des faux choix (Tu veux mettre la chemise blanche ou la bleu?)

3) ADAPTER L'ENVIRONNEMENT

- Mettre une horloge à disposition
- Calendrier
- Ranger de façon sécuritaire les produits non comestibles et dangereux (ex: mettre un loquet sur la porte d'armoire)
- Fermer la prise électrique du four lorsque la personne est seule
- Ranger l'espace pour éviter le risque de chute (tapis, etc)
- **Balancer la journée de la personne en Sous-Stimulation et en Sur-Stimulation**
- **La personne doit continuer à faire des activités sociales, occupationnelles, se sentir utile**

L'ENNUI! UNE GRANDE CAUSE DE SCPD



THÉRAPIE OCCUPATIONNELLE

- Doit être simple et adaptée
- En lien avec l'histoire de vie
- AVD: passer le balai, desservir et mettre la table, faire la vaisselle, plier des vêtements, racler les feuilles, pelleter, etc
- www.timeslips.org
- Trier des objets (selon la grosseur, couleur, etc)
- **ÉVITER** de faire jouer la télévision en boucle (sur-stimulation et peut créer des idées délirantes ex: avec les mauvaises nouvelles du téléjournal)



THÉRAPIE SENSORIELLE

Figure 46 Exemple d'une salle Snoezelen



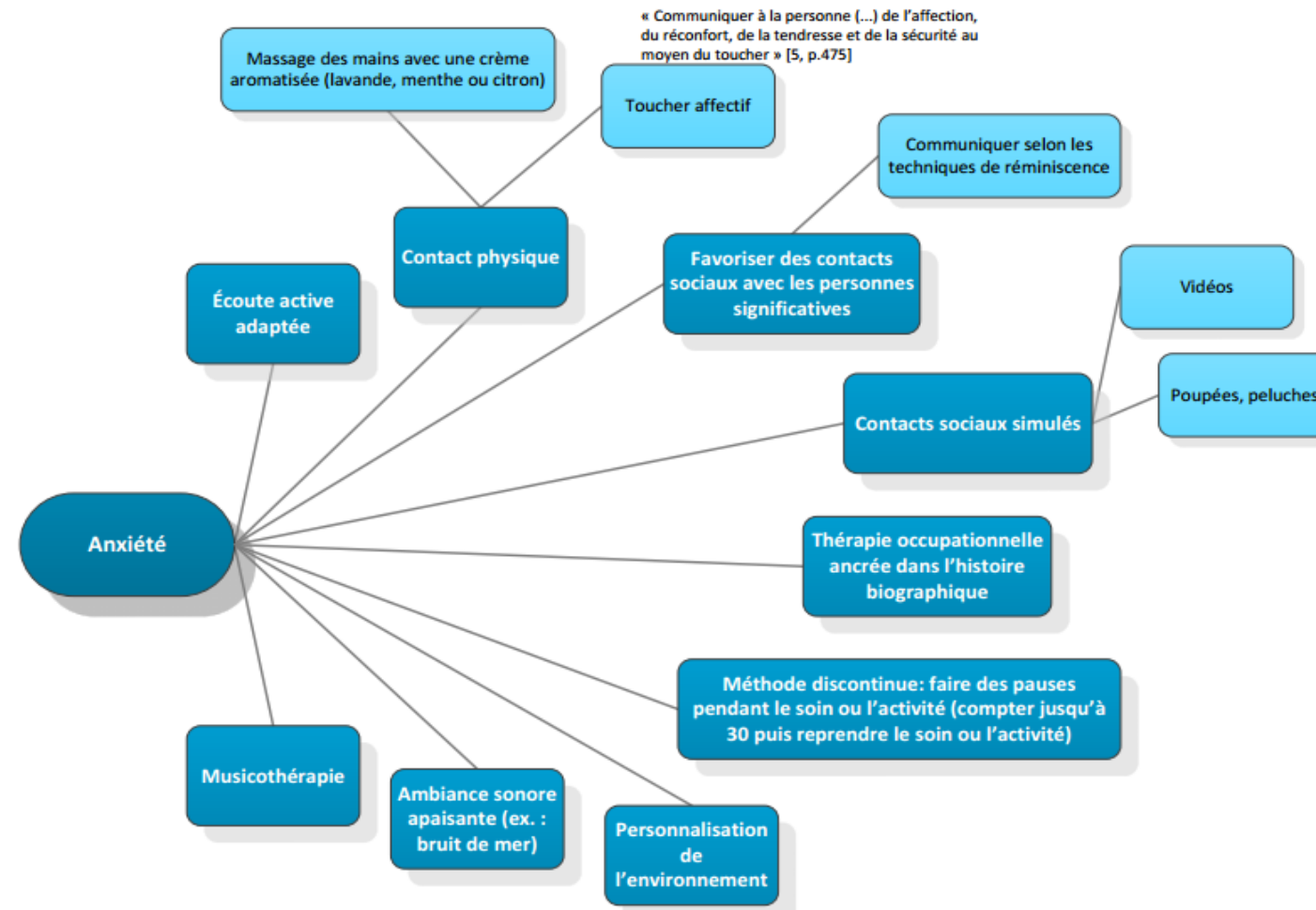
(Retraite plus, 2019)

Source: Guide de Philippe Voyer

- Textures de tissus
- Lampe qui illumine au plafond
- Fidgets
- Aromathérapie
- Lampe à bulles, colonne d'eau
- Slow TV
- Musicothérapie (avec musique personnalisée et écouteurs)
- Contacts sociaux simulés : enregistrements, vidéos, poupée thérapeutique, peluche
- Massage
- Salle snoezelen
- Zoothérapie



Schéma 6 : Interventions possibles en cas d'anxiété



UTILISER LA TECHNOLOGIE!

- Créer des albums souvenirs numériques à faire jouer sur la télévision
- Diaporama narré avec des photos significatives (événements historiques, éléments de l'histoire de vie de la personne ex: sa ville d'enfance, son travail, ses passions, etc)
- Vidéos de famille (vidéos souvenirs de famille)
- Filmer des moments actuels en famille, enregistrer des messages rassurants pour la personne des personnes significatives
- Créer des listes de lecture avec de la musique significative (rappelant de bons souvenirs), et bruits relaxantes/de nature
- **Acheter une tablette + étui-protecteur + écouteur Bluetooth coquilles. Du matériel essentiel pour gérer plusieurs SCPD**

POUR TROUVER DU MATÉRIEL NON PHARMACOLOGIQUES

- Inspirez-vous de la Boutique Alzheimer (plusieurs items se trouvent à moindre coût sur internet/Amazon, dans les boutiques secondes-mains, auprès de la communauté, dans les magasins à 1\$)
- [Produits et solutions pour Alzheimer et personnes âgées - Euforia | Euforia](#)
- [CDS Boutique | Produits | Loisirs pour aînés](#)
- [Alzheimer's Products | Activities | Wandering | Safety \(alzstore.ca\)](#)

2) GESTION DE RISQUES ET MAINTIEN À DOMICILE

- Refus de collaboration (Soins, services, etc)
- Refus de médication
- Conduite automobile
- Errance, égarement
- Les idées délirantes
- L'agressivité
- Aptitude
- Les comportements sexuels



PRINCIPES DE BASES À RESPECTER

- Interpeller les organismes communautaires pour du support
- Appeler le CLSC pour recevoir de l'aide dans la gestion des risques
- Évaluer le risques (probabilité, gravité)
- Documenter les faits
- Travailler en équipe multidisciplinaire
- Mettre un filet de sécurité en place (impliquer la communauté, les aidants, les partenaires)
- Info-Social: Ligne 811
- Si danger imminent pour la personne ou les autres: appeler le 911

Les risques

- **Facteurs précipitants:**
 - Personne: fatigue, maladie, confusion
 - Environnement: objet au sol, obstacles, moins de surveillance
 - Circonstance: température, noirceur, être pressé
- **Facteurs atténuants:**
 - Attitude de prudence, aidant présent etc
- **Facteurs aggravants**
 - Effet cumulatif de plusieurs maladies

Probabilité du risque

- Imminent: immédiat, actuel certain
- Très probable: est arrivé plusieurs fois, situation instable, détérioration prévisible
- Probable: est arrivé 1 fois
- Possible: n'est jamais arrivé, situation stable mais risque potentiel
- Incertain: difficile à déterminer

Gravité du risque

- Sévère: intervention nécessaire pour maintenir la vie ou conséquences permanentes
- Modéré: soins spécialisés avec ou sans hospitalisation, conséquence temporaires
- Légère: soins non spécialisés requis, sans hospitalisations, conséquence temporaire ou atteinte nécessitant surveillance
- Incertain: difficile à déterminer

LA RÉSISTANCE AUX SOINS: C'EST FRÉQUENT!

Voici ce que nous devons faire:

- 1) D'abord identifier la cause de la résistance (douleur, froid, mauvais moment, peur, ne comprends pas, etc)
- 2) Puis penser autrement comment donner le soin, voici des alternatives:
 - Bain au lit
 - Bain avec serviette
 - Soins fragmentés dans la semaine
 - Cacher les parties du corps de la personne avec une serviette (cape)
 - Shampoing sec
 - Aller à la coiffeuse
 - Offrir un soin beauté

Se rappeler, qu'un soin ne peut être contraint et qu'il faut mettre en perspective nos besoins comme aidants versus les besoins de l'Aidé.

REFUS DE MÉDICATION

- Changer la présentation de la demande (ex: dire que c'est des vitamines, etc)
- Épurer le profil pharmacologique (demander au pharmacien et au médecin)
- Si la personne prend plus facilement la médication à un moment de la journée, vérifier la possibilité de tout administrer à ce moment (impliquer la pharmacie)
- Ajuster le niveau de soins au besoin (chez le médecin)

Si on veut cacher la MDX:

- Le consentement doit être obtenu (mandataire ou utiliser le consentement substitué)
- Aviser la pharmacie (certaines pilules ne s'écrasent pas) pour modifier la formule et le médecin

CONDUITE AUTOMOBILE

- Ne jamais confronter la personne. Lui laisser prendre la voiture si les autres moyens n'ont pas fonctionnés et appeler la police
- En parler au médecin traitant (une demande d'évaluation à la SAAQ ou une suspension de permis peut-être demandé)
- Faire référence en ergothérapie pour évaluation de la conduite automobile (M28)
- Suivre le client en voiture pour documenter sa conduite et la dangerosité
- Évaluer les risques (vision, audition, conduite) réels versus les peurs des aidants
- Retirer les puces/batterie des clés d'auto
- Retirer la batterie de l'auto
- Mettre un GPS sur la voiture pour pouvoir la retracer
- Impliquer la communauté et la police

ERRANCE/ÉGAREMENT

- Toujours analyser les causes de l'errance (cherche la toilette, idées délirantes, ennui, etc)
- Brûler l'énergie physique de la personne en journée
- Planifier des activités occupationnelles (AVD, musicothérapie, séance de marche, etc)
- Laisser la lumière de la salle de bain allumée le soir pour orienter la personne
- Balancer la journée de la personne en sur-stimulation et en sous-stimulation

Adapter l'environnement

- Mettre un loquet en haut de la porte
- Caméra de surveillance
- GPS dans les poches de l'utilisateur
- Bracelet médicalerte
- Aviser la communauté
- Aviser la police
- Semelle géolocalisante

GÉRER LES IDÉES DÉLIRANTES

- Des idées délirantes sont des idées non réelles, mais la personne qui en souffre vit les émotions qui y sont rattachés pour vrai! (ex: parle de quelqu'un de décédé, dit s'être fait voler, etc)
- Quelques exemples fréquentes:
 - « Je dois aller travailler! »
 - « Ma mère va passer me voir tantôt »
 - « Je ne trouve plus mes clés, c'est toi qui m'a volé? »



Source: Google image

GÉRER LES IDÉES DÉLIRANTES: QUOI FAIRE

- 1) **Validation** : reconnaître et nommer l'émotion de la personne (ex: je te sens stressé)
- 2) **Entrer dans « sa réalité »** : il peut être requis de faire des mensonges thérapeutiques (ex: Sois rassuré! Ton boss a appelé, il te donne congé aujourd'hui)
- 3) Enchaîner avec une **diversion** (amener l'idée de la personne sur autre chose). Ex: raconter un bon souvenir, proposer une activité, diversion par le goût

NB: Il est important d'intervenir dès qu'on sent que la personne commence à chercher ou à démontrer des signes d'anxiété/de colère pour éviter l'escalade des comportements

Éviter de renforcer les idées délirantes: Ne pas parler à voix basse dans une autre pièce pour éviter que la personne ne pense qu'on parle d'elle, éviter de faire jouer les nouvelles en boucle, etc)

DEVONS-NOUS INTERVENIR SUR TOUT ?



DEVONS-NOUS INTERVENIR SUR TOUT?

LA PLUPART DU TEMPS, IL EST REQUIS DE FAIRE DU RECADRAGE (BOURQUE ET VOYER, 2013)

- Le recadrage consiste à **regarder le comportement sous un autre angle**
 1. Le SCPD entraîne-t-il un risque pour l'aîné ou les autres personnes soignées?
 2. L'aîné présente-t-il des signes de détresse psychologique?
 - Des réponses négatives à ces questions suggèrent qu'il soit probable que le recadrage soit possible. **Il ne faut donc pas intervenir sur tout!**
- **Considérer aussi ces statistiques :**
 - Durée moyenne des SCPD : 2 mois et 9 jours
 - 64 % des SCPD durent moins que 3 mois

DES EXEMPLES OÙ IL EST POSSIBLE DE NE PAS INTERVENIR!

- La personne déplace des objets, cache des objets, amasse des objets, fouille dans les tiroirs
- Dit des grossièretés
- Se déshabille et se rhabille
- Déchire les affaires
- Attitudes répétitives
- Se plaint
- Répète des mots, des phrases
- Fait des bruits bizarres

MIEUX COMPRENDRE L'AGRESSIVITÉ

L'agressivité est normale et présente chez TOUS les humains .
Lorsque nous sommes en colère, nous ressentons de l'agressivité
Elle est nécessaire pour se défendre



Source: Google image

LES CAUSES FRÉQUENTES DE COMPORTEMENT DÉFENSIF

- La douleur, l'inconfort
- Le froid
- La peur
- Le fait que la personne ne comprend pas ce qui se passe et se sent menacé
- L'approche qui n'est pas adéquate (confrontation, insistance pour les soins, etc)
- Idées délirantes (la personne peut tomber en mode défense)
- Sur-stimulation de l'environnement (bruits, consignes, lumières, etc)
- Fatigue, irritabilité
- Anxiété/ détresse psychologique

Source: Google image



- Reconnaître et répondre aux besoins du client
- Comprendre que c'est une maladie
 - Avoir un langage commun et utiliser les meilleures pratiques
 - Avoir des plans d'intervention en inter et les suivre 24-7
- Appliquer approche de base personnalisée pour chaque humain que l'on sert
- Appliquer algorithme de la gestion du refus
- S'assurer de maintenir le client dans un bien-être
- Bien communiquer dans l'équipe
- Agir en amont en TOUT temps
 - Faire du recadrage

Il y a des besoins compromis alors il commence à manifester des SCPD

- Reconnaître le besoin et intervenir « C » pour répondre aux « A » sinon escalade garantie
- Faire validation ensuite diversion, donner du temps, utiliser l'humour, changer de lieu, demander de l'aide « pouvez-vous m'aider »
 - Utiliser les moyens personnalisés à lui comme son histoire de vie, les noms de gens qu'il aime, les anecdotes etc. musicothérapie, sous-stimulation, présence simulée
- Faire du recadrage: est-ce pertinent que j'intervienne? Ou je vais alimenter l'escalade?

Il est très émotionnel et tente de s'auto gérer mais ceci est peu fructueux alors il agit dans son corps et face à vous

- Reconnaître et intervenir de la façon la moins confrontante possible
 - Se montrer calme, accueillant, en bienveillance pour ne pas qu'il se sente confronter et menacé
 - Prendre le temps de le diriger en attirant son attention sur un objet, un lieu, un besoin
 - On garde une distance physique



Source: Google image

Les tentatives de calmer le jeu ont échoué ou n'ont pas été appliqués;

À ce stade il est important d'assurer la sécurité physique des autres donc soit on les retire du lieu ou on retire le client (attention ceci comporte des risques) parfois il est mieux de laisser le client agir et on sécurise les autres.

Ne pas raisonner, ne pas prendre des mots le client est émotionnel il n'est pas réceptif

Il ne comprendra PAS

Ne pas se mettre en danger en voulant intervenir.

QUAND CONSULTER LE MÉDECIN ?

Approches pharmacologiques en gestion des SCPD



LA MÉDICATION PEUT ÊTRE REQUISE POUR GÉRER LES SCPD

Si la personne présente des comportements dangereux pour la personne ou les autres

Pour traiter la détresse psychologique

- Comportement de défense extrême
- Impulsivité
- Idées délirantes, idées paranoïdes, hallucinations: très intense et récurrente qui engendre de la détresse

- Anxiété
- Symptômes dépressifs

La médication est requise pour traiter tout autre symptôme de maladie qui génère de l'inconfort à la personne et pour le traitement de la douleur

TROIS SYMPTÔMES ATYPIQUES POUVANT EXPLIQUER UNE CONDITION PHYSIQUE SOUS-JACENTE

- 1) Perte d'autonomie soudaine (ex: incontinence nouvelle, n'est plus capable de s'habiller, etc)

- 2) Changement de l'état mental:
 - Fluctuation de l'attention/concentration
 - Fluctuation de son niveau de conscience (la personne est très agitée ou plus somnolente qu'à l'habitude)
 - Vous la trouver « plus confuse qu'à l'habitude »

- 3) Augmentation de la fréquence et de l'intensité des SCPD/Apparition de nouveaux SCPD

ÉVITER L'ÉPUISEMENT DE L'AIDANT



ÉPUISEMENT DE L'AIDANT



- Se reconnaître en tant que proche aidant
- **Appeler l'accueil du CLSC plus tôt que trop tard**
- Fardeau de Zarrit : grille pour mesurer et objectiver l'épuisement
- Éviter l'isolement social, continuer de faire les activités que vous aimez
- Interpeller les organismes communautaires: vous n'êtes pas seul!
- Demander l'implication des enfants, petits-enfants et autres membres de la famille/amis pour de l'aide. Tout ne repose pas sur vos épaules!
- Préparer les documents légaux (mandats en cas d'inaptitude, testament)
- **Plusieurs solutions pour du répit:** Société Alzheimer, L'appui pour les proches aidants, entente de partenariat au CISSS-AT pour des appels périodiques de soutien, Baluchon Alzheimer

RESSOURCES POUR LES PROCHES AIDANTS

- [Baluchon Alzheimer | long répit à domicile pour aidants | OBNL québécois de 20 ans d'existence | solution unique et novatrice de répit à domicile | impact positif sur le bien-être des proches aidants et la société | Baluchon Alzheimer | long répit à domicile pour aidants](#)
- [Société Alzheimer du Canada](#)
- [Approche non-pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence \(gouv.qc.ca\)](#)
- [Accueil proches aidants \(lappui.org\)](#)
- [Les proches aidants - Biblio-Santé \(bibliosante.ca\)](#)
- [cahier maladie alzheimer 2021.pdf \(bibliosante.ca\)](#)
- [Programmes et services pour les aînés | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)

RESSOURCES POUR LES PROCHES AIDANTS (SUITE)

- [Attestation d'une personne agissant à titre de proche aidant | Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail - CNESST \(gouv.qc.ca\)](https://www.gouv.qc.ca)
- [Crédit d'impôt pour personne aidante | Revenu Québec \(revenuquebec.ca\)](https://revenuquebec.ca)
- [T2201 Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées - Canada.ca](https://Canada.ca)



PRÉPARER UN RÉPIT

Source: Google image

- Demander du support de l'intervenant (e) pivot
- Il est possible de visiter les lieux si possible
- Préparer un aide-mémoire pour le personnel afin qu'ils puissent connaître rapidement l'aîné (habitudes de vie, histoire de vie, particularités)
- Préparer un mensonge thérapeutique à dire à la personne (elle risque de questionner pourquoi elle n'est pas chez elle)
- Demander de l'aide d'une personne tiers pour accompagner la personne la journée du répit
- **Éviter de visiter la personne le temps du répit. L'objectif est de prendre du temps pour vous reposer.**
- **Les professionnels s'occuperont bien de votre proche et vous appellerons en cas d'urgence**





PRÉPARER UN RÉPIT (SUITE)

- Préparer la valise:
 - Vêtements propres, pyjamas
 - Protection (pull-up, pad urinaire, culotte de protection)
 - Trousse de toilette: déodorant, parfum, coupe-ongle, brosse à dent, dentifrice
 - Médicaments
 - Collations que la personne aime manger (ex: pepsi, bonbons, chocolats, chips, etc)
 - **Objets significatifs, matériel pour faire de la thérapie occupationnelles et sensorielles**

Source: Google image

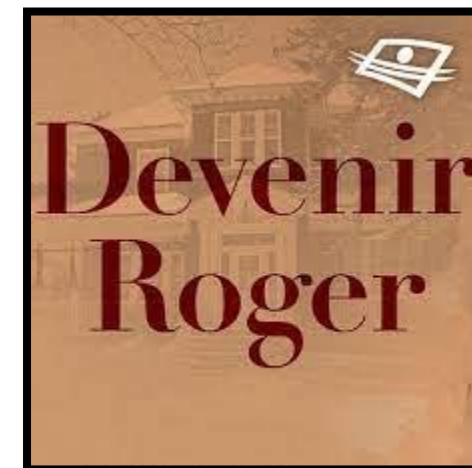
FAVORISER UNE BONNE TRANSITION

- S'assurer qu'une personne significative soit présente le jour du déménagement avec la personne et pour les jours suivants
- Accompagner la personne et visiter les lieux avec elle
- Parler positivement du milieu à la personne
- S'assurer que les intervenants connaissent les habitudes de vie et l'histoire de vie de la personne
- Au besoin, préparer un mensonge thérapeutique pour rassurer la personne
- NE JAMAIS DIRE « tu vis ici maintenant »
- Respecter le rythme de la personne, ne pas lui imposer des choses (ex: activités du milieu, aller manger à la salle à manger, etc)



BIBLIOGRAPHIE

- Sur la plateforme Ohdio de Radio-Canada:
 - Alzheimer : Fais ce qui est le mieux pour moi (Marie-France Bazzo, 2018)
 - Devenir Margot (Marika Lhoumeau)
 - Devenir Roger (Marika Lhoumeau)



CONCLUSION

67

Appliquer les 10
moyens de
l'approche de
base

Prends du recul
avant de
prendre avant
d'agir et de
parler

Comprendre les
besoins du client
même s'il n'a plus les
mots

Comprendre la
maladie et ses
symptômes
(SCPD)

Comprendre le A-B-
C

Si vous avez des
questions, n'hésitez pas
à consulter l'équipe en
tout temps!

Et vous? Que
retenez-vous?

PRINCIPALES RÉFÉRENCES

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 31 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 38 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 37 p.
- International psychogeriatric association (2012). The IPA complete guides to behavioral and psychological symptoms of dementia. www.ipa-online.org
- Société Alzheimer du Canada (2011). Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne. <http://www.alzheimer.ca/fr>
- The Coalition canadienne pour sur la santé mentale des personnes âgées (2006;2014). Lignes directrices nationales : Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement). Toronto : Baycrest Centre for Geriatric Care. www.ccsmh.ca

RÉFÉRENCES

- Global Deterioration Scale": Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., and Crook, T. (1982). Modified from Global Deterioration Scale. American Journal of Psychiatry
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. St-Laurent (QC) : PEARSON-ERPI. Chapitres :
 - 27 : Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
 - 28 : La résistance aux soins
 - 29 : LA résistance aux soins d'hygiène
 - 30 : L'agitation verbale
 - 31 : Les comportements agressifs
 - 32 : L'errance
 - 33 : Le syndrome crépusculaire
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., Voyer, P. (2005). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Montréal : EDISEM inc.
- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.
- Voyer, P., Szwebel, T.A. (2010). La personne âgée, In Cloutier, L., Delmas, P., Dall'Ava-Santucci, J. (directeurs), La pratique infirmière de l'examen clinique (p. 327-351). Paris : de boeck.