



Regroupement des Unités de courte durée gériatriques
et des services hospitaliers de gériatrie du Québec

**Approche interprofessionnelle structurée pour la prévention,
l'évaluation et la gestion des comportements perturbateurs reliés
au delirium et autres troubles neurocognitifs en UCDG**



**Par le sous-comité de travail sur les outils cliniques et
administratifs**

5 février 2018

Note : Le genre féminin est utilisé pour décrire les interventions de l'infirmier(ère) sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte. Toutefois, de façon générale dans l'ensemble du texte, le genre masculin est utilisé pour les mêmes raisons.

© Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ), 2018
Dépôt légal : 2018
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives du Canada
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à des fins non-commerciales, à condition d'en mentionner la source.

Membres du sous-comité de travail sur les outils cliniques et administratifs :

Ginette Champagne	Médecin de famille, médecin du Service Post Aigu (SPA) et de l'Hôpital de Jour, CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci, CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal (co-responsable du sous-comité)
Pierre Molin	Gériatre, CHU de Québec– Centre hospitalier de l'Université Laval (co-responsable du sous-comité)
Céline Forget	Infirmière-chef, UCDG et médecine, Hôpital Pierre-Le-Gardeur, CISSS de Lanaudière
Amélie Gagnon	Infirmière, conseillère clinique Approche Adaptée à la personne âgée, Direction des soins infirmiers, CISSS de Laval
Amélie Laverdière	Ergothérapeute, Centre d'expertise pour personnes âgées, Hôpital de Hull, CISSS de l'Outaouais
Anne Maheu	Pharmacienne, UCDG et CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci, CIUSSS Nord-de-l'Île de Montréal

Coordonnatrice du comité :

Aline Bolduc	Professionnelle de recherche, coordonnatrice du RUSHGQ, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (courriel : aline.bolduc@criugm.qc.ca)
--------------	--

Conseillère scientifique et réviseuse:

Marie-Jeanne Kergoat	Chef du département de gériatrie, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (Institut universitaire de gériatrie de Montréal & Hôpital Notre-Dame de Montréal)
----------------------	--

Réviseurs:

Doris Clerc	Gérontopsychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Judith Latour	Gériatre, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
T.T Minh Vu	Gériatre, Centre hospitalier de l'Université de Montréal et Institut universitaire de gériatrie de Montréal du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Karine Labarre	Chef de services spécialisés CEVQ, CIUSSS de la Capitale-Nationale, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Direction programme SAPA, Hôpital du Saint-Sacrement
Christian Cloutier	Coordonnateur des services post aigus et spécialisés gériatriques, Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, CIUSSS de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Hôpital et centre d'hébergement Argyll
Julie St-Amant	Chef de l'unité 2A URFI-GA, ECGT, Services d'ergothérapie et de physiothérapie, Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, Hôtel-Dieu de Sorel, CISSS de la Montérégie-Est
Karine Girard	Travailleuse Sociale, M.S.S., Coordonnatrice clinique programme médecine spécialisée, CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean, Hôpital de Chicoutimi
Édithe Proulx	Travailleuse sociale, CISSS du Bas-St-Laurent, Hôpital régional de Rimouski

Remerciements

Le sous-comité remercie particulièrement Mme Nicole Provost, Chef de programme services gériatriques et gériatrie externe (en 2016), du CISSS des Laurentides qui a contribué au contenu sur la formation des intervenants ainsi que tous les répondants des UCDG qui ont partagé leur expertise ou des documents lors de l'appel à tous.

De plus, nous remercions Mme Josée Ricard, pharmacienne M.Sc., MBA, CHU de Québec– Centre hospitalier de l'Université Laval qui a révisé la section portant sur l'approche pharmacologique.

Sommaire

Le Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ) est une communauté de pratique dont l'objectif principal est l'amélioration continue de la qualité des soins en UCDG et dans les autres services hospitaliers de gériatrie. Selon des statistiques récoltées en 2015 par le RUSHGQ [1], près des deux tiers des patients admis dans les UCDG québécoises présentent des troubles neurocognitifs majeurs (TNCM). Chez le quart de ces patients, on observera un ou des *symptômes comportementaux et psychologiques associés à une démence (SCPD)*. Pour répondre aux préoccupations manifestées par un grand nombre de responsables des UCDG à l'égard de cette problématique, le sous-comité de travail du RUSHGQ portant sur les outils cliniques et administratifs s'est donné pour mandat de proposer une application des meilleures pratiques de leur gestion en élaborant une approche interprofessionnelle systématique et structurée adaptée à ce programme. Dans leur rôle de promotion de pratiques exemplaires, les UCDG doivent démontrer une approche adaptée dans la prévention et la gestion de ces comportements.

Dans ce document, on définit d'abord les troubles neurocognitifs (TNC), le delirium, les SCPD et les comportements perturbateurs. Par la suite, on décrit l'approche développée qui repose sur une collaboration interprofessionnelle, en partenariat avec le patient et ses proches aidants. Elle est basée en grande partie sur les recommandations et le processus clinique visant le traitement des SCPD publiés dans des ouvrages du MSSS [2-5], lesquels ont été adaptés pour convenir au contexte des UCDG. Elle comporte 4 étapes stratégiques qui s'arriment au processus clinique de l'UCDG:

- A. Prévention** : il s'agit des interventions systématiques générales et individuelles à mettre en place pour chaque patient admis à l'UCDG;
Si on identifie un comportement perturbateur :
- B. Évaluation et interventions spécifiques** : vérification de l'approche de base, recadrage, histoire biographique, stratégies d'intervention de base, description et analyse détaillée du comportement, examen physique infirmier et médical pour identifier les causes du comportement perturbateur et choix d'interventions non-pharmacologiques et pharmacologiques selon les causes;
- C. Gestion d'un comportement persistant et interventions spécialisées** : au besoin utilisation d'une grille d'observation et discussion interprofessionnelle pour la révision des d'interventions non-pharmacologiques et pharmacologiques;
- D. Préparation du congé** : tout au long de l'hospitalisation et au départ du patient, le transfert du plan d'intervention interprofessionnel et de l'ordonnance pharmaceutique de départ.

Par ailleurs, on y retrouvera 20 annexes qui comportent des outils cliniques ou administratifs applicables aux UCDG. Par exemple, on propose un modèle original de guide d'animation de cas cliniques, un outil synthèse de l'évaluation de la médication chez la personne âgée (méthode ICEBERG) et un dépliant d'informations sur les comportements perturbateurs destiné aux proches aidants. Des exemples de programme de formation développés ou applicables en UCDG et portant sur les TNC, les SCPD ou le delirium ont été recensés. L'originalité de ce travail réside dans la mise en commun des connaissances et de l'expérience de professionnels de la santé œuvrant en UCDG, certains depuis de nombreuses années, et qui souhaitent une pérennité du savoir-faire en gériatrie.

Table des matières

I.	LISTE DES FIGURES	8
II.	LISTE DES TABLEAUX	9
III.	LISTE DES ANNEXES.....	10
IV.	LISTE DES ACRONYMES	11
V.	PRÉAMBULE	12
1.	INTRODUCTION	13
2.	OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE.....	14
2.1	Objectifs	14
2.2	Méthodologie.....	14
3.	DÉFINITIONS.....	15
3.1	Troubles neurocognitifs.....	15
3.2	Delirium	15
3.3	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence	16
3.4	Comportements perturbateurs.....	16
4.	APPROCHE INTERPROFESSIONNELLE STRUCTURÉE POUR LA PRÉVENTION, L'ÉVALUATION ET LA GESTION DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS RELIÉS AU DELIRIUM ET AUTRES TNC EN UCDG 18	
4.1	Prévention.....	20
4.1.1	Approche générale	20
4.1.1.1	Approche relationnelle adaptée à la personne âgée	20
4.1.1.2	Adaptation de l'environnement.....	22
4.1.1.3	Stimulation adaptée.....	22
4.1.1.4	Formation du personnel.....	23
4.1.1.5	Intervention auprès des proches aidants.....	23
4.1.2	Approche individuelle	25
4.1.2.1	Identification des facteurs de risque de delirium	25
4.1.2.2	Repérage des signes de delirium avec l'outil RADAR	26
4.1.2.3	Évaluation et suivi des signes AINÉES	26
4.1.2.4	Mise en place des interventions préventives selon les facteurs identifiés via le PTI.....	26
4.1.2.5	Révision quotidienne des soins médicaux	27
4.1.2.6	Révision de la médication	28

4.2	Évaluation des comportements perturbateurs et interventions spécifiques	30
4.2.1	Détection d'un delirium	30
4.2.2	Approche initiale du comportement perturbateur	31
4.2.2.1	Vérification de l'approche de base	31
4.2.2.2	Histoire biographique	32
4.2.2.3	Stratégies d'intervention de base	32
4.2.2.4	Examen clinique ciblé	34
4.2.3	Description et analyse du comportement perturbateur	34
4.2.3.1	Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI)	35
4.2.3.2	Inventaire neuropsychiatrique (NPI)	35
4.2.3.3	Analyse et identification des causes	36
4.2.4	Interventions spécifiques	37
4.2.4.1	Interventions non-pharmacologiques	37
4.2.4.2	Interventions pharmacologiques	38
4.2.4.2.1	Delirium	38
4.2.4.2.2	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence	39
4.3	Gestion du comportement perturbateur persistant et interventions spécialisées	45
4.3.1	Grille d'observation comportementale	45
4.3.2	Discussion interprofessionnelle et mise à jour du PII	45
4.4	Préparation du congé	46
4.4.1	Transfert des informations aux intervenants concernés	46
4.4.2	Réévaluation du traitement pharmacologique	47
5.	CONCLUSION	47
6.	RÉFÉRENCES	48
7.	ANNEXES	53

I. Liste des figures

Figure 1. Approche interprofessionnelle structurée pour la prévention, l'évaluation et la gestion des comportements perturbateurs liés au delirium et autres TNC en UCDG	19
Figure 2. Illustration d'adaptation de l'environnement pour dissimuler les portes ou ascenseurs afin de diminuer le risque de fugue.....	61
Figure 3. Illustration d'adaptation favorisant l'orientation dans le temps.....	65
Figure 4. Illustration d'une salle de bain adaptée	67
Figure 5. Illustration de corridors avec rampe et couleurs contrastantes	67
Figure 6. Illustration de barrières visuelles pour la gestion de l'errance intrusive	68

II. Liste des tableaux

Tableau 1. Principaux comportements perturbateurs pouvant être observés chez la personne âgée atteinte d'un delirium ou autre TNC.....	17
Tableau 2. Facteurs prédisposants et précipitants le delirium ou désordres pouvant y contribuer ...	25
Tableau 3. Exemples de stratégies de réduction des facteurs de risque de déclencher des comportements inadaptés.....	27
Tableau 4. Exemples de stratégies d'intervention de base pouvant être utilisées en UCDG	33
Tableau 5. Posologie et particularités des antipsychotiques dans le traitement du delirium	39
Tableau 6. Indications possibles du traitement médicamenteux en fonction du SCPD.....	40
Tableau 7. Choix de traitement pharmacologique en fonction des SCPD.....	41
Tableau 8. Traitement pharmacologique dont l'efficacité a été démontrée pour contrer l'agitation ou l'agressivité dans les SCPD	42

III. Liste des annexes

Annexe 1. Outils cliniques et administratifs utilisés dans les UCDG portant sur l'évaluation et la gestion des symptômes associés au delirium et aux autres TNC	53
Annexe 2. Approche relationnelle auprès des patients atteints de TNCM	56
Annexe 3. Recommandations et exemples d'adaptation de l'environnement physique	57
Annexe 4. Exemples de ressources pour la formation concernant la prévention, l'évaluation et la gestion des comportements reliés au delirium et autres TNC	69
Annexe 5. Exemples de plan de formation portant sur les SCPD en UCDG.....	71
Annexe 6. Modèle de guide d'animation de cas clinique à partir de l'approche	75
Annexe 7. Exemples de ressources pour les proches aidants	78
Annexe 8. Modèle de dépliant sur les comportements perturbateurs à l'intention des proches aidants.....	79
Annexe 9. Outil RADAR (Repérage Actif du Delirium Adapté à la Routine).....	83
Annexe 10. Méthode « ICEBERG » pour la révision de la médication chez la personne âgées	85
Annexe 11. Version française de l'outil CAM (Confusion assessment method)	87
Annexe 12. Version française de l'outil 4AT	90
Annexe 13. Exemple d'histoire biographique.....	91
Annexe 14. Algorithme de gestion des refus.....	93
Annexe 15. Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield.....	94
Annexe 16. Inventaire neuropsychiatrique réduit (NRP-R)	95
Annexe 17. Exemple de grille d'observation modèle ABC.....	102
Annexe 18. Exemples d'interventions non-pharmacologiques spécifiques.....	104
Annexe 19. Médicaments à éviter dans le traitement du delirium et des SCPD.....	107
Annexe 20. Exemple de résumé de dossier et d'une ordonnance pharmaceutique de départ adaptés à la personne âgée	109

IV. Liste des acronymes

AAPÂ :	Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier
AVC :	Accident vasculaire cérébral
AVD :	Activités de la vie domestique
AVQ :	Activités de la vie quotidienne
CMAI :	Cohen Mansfield Agitation Inventory (Inventaire de Cohen Mansfield)
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHUL :	Centre hospitalier de l'Université Laval
CHUM :	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CHUQ :	Centre hospitalier universitaire de Québec
CHUS :	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CHSLD :	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
NPI :	Inventaire neuropsychiatrique
PAB :	Préposé aux bénéficiaires
PII :	Plan d'Intervention Interprofessionnel
PTI :	Plan thérapeutique infirmier
QT :	L'intervalle QT représente le temps entre la dépolarisation ventriculaire et sa repolarisation complète
R.A.D.A.R. :	Repérage Actif du Delirium Adapté à la Routine
RI :	Ressource intermédiaire
RLS :	Réseau local de services
RUSHGQ :	Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec
SAD :	Soins à domicile
SAPA :	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCPD :	Symptômes comportementaux et psychologiques associés à une démence
SNC :	Système nerveux central
TNC :	Trouble neurocognitif
TNCL :	Trouble neurocognitif léger
TNCM :	Trouble neurocognitif majeur
UCDG :	Unité de courte durée gériatrique
UTRF :	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
URFI :	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine

V. Préambule

Le regroupement des Unités de courte durée gériatrique et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ) est une communauté de pratique mise sur pied en 2010. En 2017, on répertorie 59 UCDG au Québec, dont 50 (85 %) sont inscrites au regroupement. De plus, onze établissements qui ne possèdent pas d'UCDG mais qui traitent une clientèle similaire en font également partie. Au total, on retrouve donc 61 installations membres. Un site internet (www.rushgq.org) permet aux membres d'avoir accès à une documentation pertinente en gériatrie et d'échanger par l'entremise d'un forum.

L'objectif principal du regroupement est l'amélioration continue de la qualité des soins en UCDG et dans les autres services hospitaliers de gériatrie (cliniques externes, hôpitaux de jour, etc.), en collaborant à l'optimisation des compétences cliniques des professionnels et au fonctionnement organisationnel. Il vise le maintien de hauts standards de qualité dans ces programmes, milieu d'expertise, offrant des soins de santé à des patients âgés aux situations cliniques complexes.

Le comité exécutif du RUSHGQ a décidé de former en 2011 un sous-comité de travail pour se pencher sur les outils cliniques et administratifs utilisés dans la pratique gériatrique au Québec. En 2011-2012, le sous-comité a recueilli les outils utilisés par les différents professionnels cliniciens et gestionnaires de façon aussi exhaustive que possible et a produit un inventaire disponible sur le site internet du RUSHGQ [6]. Dans le contexte du RUSHGQ, ce premier travail du sous-comité ne se voulait pas normatif mais était plutôt le fruit d'un partage des pratiques.

En 2013, le sous-comité s'est donné l'objectif d'effectuer un portrait de l'utilisation des outils cliniques standardisés par les professionnels de l'équipe de base des UCDG québécoises et de recueillir l'opinion de ceux-ci sur un corpus d'outils à utiliser dans l'ensemble des UCDG [7]. Lors de la présentation des résultats de l'enquête, **les cliniciens et responsables des UCDG ont partagé leur besoin d'établir un consensus quant à la prévention et la gestion des comportements perturbateurs chez les personnes âgées présentant un delirium ou un autre trouble neurocognitif hospitalisées dans leurs unités.** Par ailleurs, ce sujet a fréquemment été abordé comme une préoccupation sur le forum de discussion du regroupement.

1. Introduction

Au Québec, en 2012-2013, les personnes de 75 ans et plus occupaient 48% des lits d'hospitalisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) alors qu'elles représentaient 7% de la population totale [8]. Les plus atteintes cognitivement sont souvent admises dans les Unités de Courte Durée Gériatriques (UCDG) [9], où elles bénéficient d'une intervention globale et interprofessionnelle.

Environ 60 % des UCDG offre des soins mixtes qui combinent des activités de soins aigus et de réadaptation et qui accueillent leur clientèle à la fois par le service des urgences et par transfert d'autres programmes intra ou inter hospitaliers. Ces personnes y bénéficient d'une approche gériatrique et d'activités de réadaptation selon leur condition. Les UCDG des régions centrales, que sont Montréal, Québec et Laval, représentent 30 % du nombre total des UCDG québécoises et admettent près de 50 % de l'ensemble de personnes âgées qui y sont hospitalisées. La grande majorité (77 %) des UCDG partage leur personnel et leur espace physique avec au moins un autre programme [9].

En 2015, le volume annuel moyen d'admission par lit au permis en UCDG était de 13 et parallèlement, la durée moyenne de séjour était de 23 jours. Quelques 36 % des patients sont admis à l'UCDG par le service des urgences, 42 % par transfert intra hospitalier, 16 % par transfert inter hospitalier et 7 % sont admis directement du milieu de vie (mode électif). Environ 60% des patients sont en mesure de retourner à domicile ou en résidence non-institutionnelle pour personnes âgées au congé de l'UCDG [1].

Selon les responsables des UCDG, environ **60 % des patients admis dans le programme présentent des TNCM** [1]. Ce pourcentage est plus élevé dans les UCDG universitaires (69 % vs 53 %). Parmi ces patients, le **quart présente des SCPD**. En présence d'un comportement perturbateur, la durée de séjour peut être longue avant de pouvoir donner congé à ces patients. Les ressources actuelles dans la communauté ou en hébergement de soins de longue durée ne sont pas adaptées pour recevoir les personnes dont ces symptômes ne sont pas contrôlés.

Dans leur rôle de promotion de pratiques exemplaires, les UCDG doivent démontrer une approche adaptée dans la prévention et la gestion des comportements perturbateurs. À la suite des travaux en lien avec le développement du Plan Alzheimer, le ministère de la Santé et des Services Sociaux a publié en 2014 une importante documentation sur l'approche envers les SCPD [2-5] dans le cadre d'un suivi longitudinal par une équipe de première ligne soutenue par des services spécialisés. Le processus clinique, l'approche pharmacologique et non pharmacologique ainsi que les outils peuvent être adaptés au contexte des UCDG en prenant en compte que :

- L'équipe de l'UCDG ne dispose pas de la connaissance longitudinale de la personne présentant un SCPD ni du même temps d'observation en raison de la relative brièveté du séjour;
- Le problème de comportement s'y présente avec plus d'acuité, dans un milieu non familial à la personne, et dans un contexte où il faut investiguer et traiter les problèmes de santé aigus qui ont justifié l'admission;
- Le comportement aberrant impacte directement sur le travail des professionnels et parfois sur le sentiment de sécurité des autres patients, ce qui ajoute à la difficulté.

2. Objectifs et méthodologie

Le comité s'est donc donné pour mandat de proposer une **application des meilleures pratiques dans la gestion des comportements perturbateurs reliés au delirium et autres TNC dans le contexte des UCDG québécoises** en élaborant une approche interprofessionnelle systématique et structurée, basée principalement sur les recommandations et le processus clinique produits par le MSSS [2-5]. Ainsi, les professionnels seront mieux outillés pour prévenir, dépister et intervenir de façon efficace lorsque ces comportements surviennent.

2.1 Objectifs

Le présent document poursuit les objectifs suivants :

Objectif principal : Proposer une approche interprofessionnelle structurée pour la prévention, l'évaluation et la gestion des comportements perturbateurs reliés au delirium et autres TNC adaptée au contexte des UCDG.

Objectifs spécifiques :

- 1) Définir les principaux comportements perturbateurs reliés au delirium et autres TNC chez la personne âgée ;
- 2) Décrire chacune des étapes de l'approche interprofessionnelle basée sur les meilleures pratiques et les principes d'un partenariat avec le patient et ses proches aidants ;
- 3) Proposer des outils cliniques et administratifs destinés aux intervenants, aux patients et leurs proches aidants adaptés à la problématique et au contexte des UCDG.

2.2 Méthodologie

La première étape a été de solliciter, en mai 2016, les personnes contact des UCDG membres du RUSHGQ afin d'avoir un aperçu des outils cliniques et administratifs utilisés en UCDG pour l'évaluation et la gestion des symptômes associés au delirium et autres TNC. Il leur était demandé de fournir :

- les protocoles, algorithmes, outils personnalisés ou de groupe, outils par profession ou interprofessionnel;
- un résumé des pratiques ou projets novateurs (éléments-clés, stratégie d'implantation, intervenants impliqués, aménagement des lieux, etc.).

Les informations récoltées sont présentées à l'annexe 1.

Le sous-comité a ensuite élaboré l'approche, de façon consensuelle, en prenant en compte les meilleures pratiques et outils actuellement utilisées en UCDG (annexe 1), la littérature pertinente et l'expertise propre à chacun des membres du sous-comité de travail.

Finalement, les membres du comité exécutif du RUSHGQ ainsi que des professionnels représentant les domaines d'expertise n'ayant pas fait partie du sous-comité de travail ont effectué une révision du document afin de s'assurer de la représentativité des pratiques dans les UCDG québécoises.

3. Définitions

3.1 Troubles neurocognitifs

Le DSM-5® utilise maintenant les termes «troubles neurocognitifs», qui regroupent l'état confusionnel (delirium), ainsi que le trouble neurocognitif léger (TNCL) et le trouble neurocognitif majeur (TNCM), ainsi que leurs différents sous-types (dû à la maladie Alzheimer, vasculaire, avec corps de Lewy, fronto-temporal, dû à la maladie de Parkinson, à une lésion cérébrale traumatique, à une maladie de Huntington, au VIH, à l'utilisation de substances/médicaments, à une maladie à prions, à une autre affection médicale, à des étiologies multiples, ou non spécifié).

Les TNCL et TNCM se caractérisent par un déclin cognitif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur, dans un ou plusieurs domaines cognitifs, tel que repéré par le patient ou par un membre de la famille ou un proche, et par une évaluation objective d'un clinicien. Dans le TNCL, le déclin est modeste et n'interfère pas avec les capacités fonctionnelles du patient. Dans le TNCM, le déclin cognitif est significatif et s'accompagne d'une atteinte du niveau de fonctionnement et d'une perte d'indépendance au quotidien, se manifestant par la nécessité d'une aide dans une activité instrumentale complexe (comme le paiement des factures, la gestion de la médication).

3.2 Delirium

Le delirium (ou état confusionnel) se caractérise par une perturbation de l'attention et de la conscience, accompagné d'au moins une autre perturbation cognitive, qui tendent à fluctuer au cours de la journée. Ce tableau s'installe sur un temps assez court (de quelques heures à quelques jours), et représente un changement par rapport à l'état cognitif préalable et habituel du patient.

Selon le DSM-5® [10], le **delirium** se définit plus précisément comme suit :

- A. Perturbation de l'**attention** et de l'état de **conscience** ;
- B. Perturbation qui se développe rapidement (heures/jours), constitue un changement par rapport au fonctionnement habituel et fluctue en intensité au cours d'une même journée ;
- C. On observe une perturbation d'au moins un autre domaine cognitif (mémoire, orientation, langage, fonctions visuo-spatiales ou perceptuelles) ;
- D. Les perturbations décrites en A et C ne s'expliquent pas mieux par un autre trouble neurocognitif et ne résultent pas d'une atteinte importante de l'état d'éveil, comme dans un coma ;
- E. L'histoire, l'examen physique ou les investigations soutiennent que les perturbations sont une conséquence physiologique directe d'une autre condition médicale, d'une intoxication ou d'un sevrage à une substance, d'une exposition à une toxine ou d'étiologies multiples.

On observe classiquement trois catégories de delirium :

- Delirium avec agitation psychomotrice (hyperactif)
- Delirium avec ralentissement psychomoteur (hypoactif)
- Mixte

Le delirium peut également provoquer une inversion du cycle veille/sommeil avec somnolence diurne et agitation nocturne en plus de perturbations émotionnelles (peur, dépression, apathie, irritabilité, labilité émotionnelle, etc.) et des hallucinations.

La résolution du problème sous-jacent à l'origine du delirium conduit généralement à la restauration du statut cognitif habituel.

3.3 Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Les SCPD représentent des manifestations cliniques d'un TNCM sous forme d'un comportement inapproprié ou de symptômes de perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement. Ces manifestations peuvent être dérangeantes (ex : agressivité verbale ou physique, cris, agitation, errance, désinhibition sexuelle ou verbale) ou non, telle une dépression, un retrait social, de l'apathie ou de l'insomnie. Ces derniers types de SCPD apparaissent moins perturbateurs pour les soignants et les autres patients mais signent un dérèglement physiologique et doivent être reconnus et traités. Cependant, ils ne font pas l'objet de ce travail qui cible les personnes présentant un comportement perturbateur.

3.4 Comportements perturbateurs

Dans la présente approche, les comportements perturbateurs se définissent comme tout comportement relié au delirium et autres TNC qui entraîne de la détresse ou de la dangerosité pour le patient ou pour autrui (tableau 1). Cette définition se distingue de celle des SCPD qui incluent des comportements non dérangeants. Il n'est pas toujours évident pour les professionnels de déterminer si les symptômes sont dus à un delirium ou à un autre TNC, ou à la combinaison des deux problématiques. Ces problématiques multiplient le risque d'apparition d'un comportement perturbateur en abaissant le seuil où les symptômes apparaissent lors d'une maladie, d'un sevrage ou de l'introduction d'un nouveau médicament.

Par ailleurs, un comportement perturbateur peut être secondaire à une pathologie psychiatrique, déjà connue ou incidente (ex : un accès de manie aiguë chez un patient connu pour une maladie bipolaire, un trouble psychotique d'apparition tardive, un trouble de personnalité), mais ceux-ci ne font pas l'objet du présent document. Il est toutefois important de vérifier l'existence de tels troubles, car ils font partie du diagnostic différentiel des comportements perturbateurs. De plus, leur traitement adéquat est important pour assurer l'optimisation de la prise en charge des comportements perturbateurs.

Les comportements perturbateurs sont souvent grandement dérangeants, à la fois pour les professionnels œuvrant aux unités de soins, mais aussi pour les autres patients hospitalisés. Ces comportements peuvent mettre la personne elle-même en danger, en accentuant le risque de chute par exemple, ou en arrachant un soluté pourtant important pour leur condition, ou encore une sonde à demeure (ex. : néphrostomie, illéostomie). Ces comportements peuvent être très demandant ou nécessiter une surveillance plus intense pour prévenir des blessures ou répondre à des sollicitations. De l'agressivité peut aussi se manifester et mettre les soignants, ainsi que d'autres patients, à risque de blessure.

Selon la classification de Cohen-Mansfield [11] (tableau 1), les comportements perturbateurs sont regroupés selon qu'ils représentent un comportement verbal ou physique avec ou sans agressivité.

Tableau 1. Principaux comportements perturbateurs pouvant être observés chez la personne âgée atteinte d'un delirium ou autre TNC [11, 12]

Verbal non agressif	Verbal agressif	Physique non agressif	Physique agressif
• Répéter des mots, phrases, questions • Faire des demandes répétitives • Émettre des bruits répétitifs • Faire des avances sexuelles verbales	• Jurer/avoir un langage grossier, vulgaire ou hostile • Être opposant, négativisme • Employer un langage accusateur envers les autres • Hurler, crier, blasphémer • Faire des menaces ou avoir des propos suicidaires	• Chercher à saisir, empoigner • Déchirer ou arracher les choses • Avoir des comportements sexuels inappropriés • Déambuler/errer/chercher à quitter • Faire des gestes répétitifs (rituels, obsessions) • Être agité, faire les cent pas • Rechercher constamment l'attention • Cacher des objets • Amasser des objets • S'emparer des objets des autres • Se déshabiller de façon inappropriée ou à répétition • Manger des substances inappropriées	• Frapper • Bousculer • Mordre • Cracher • Donner des coups de pied • Griffes, égratigner • S'automutiler • Se blesser • Blesser les autres • Tomber volontairement • Lancer ou briser des objets

Une atteinte significative des fonctions cognitives (que sont entre autres : la mémoire, le jugement, la capacité d'abstraction, l'orientation, l'autocritique, etc.) nuit à la compréhension et donc fréquemment à la collaboration d'un patient hospitalisé pour un problème de santé modéré ou sévère.

Par exemple :

- La difficulté pour la personne à exprimer ses besoins de base notamment les besoins d'hygiène, la faim, la soif, l'envie d'uriner et le manque de confort.
- La difficulté pour la personne à s'exprimer et à se faire comprendre peut engendrer de l'anxiété, de la peur et des sentiments de menace.
- La désorientation temporo-spatiale ou les troubles d'identification peuvent amener un sentiment de discontinuité dans l'expérience vécue, des sentiments d'étrangeté, qui peuvent générer des réactions excessives et inappropriées.
- Lorsque les facultés qui permettent de résoudre les multiples problèmes quotidiens font défaut, les solutions alors trouvées par le patient peuvent être mal adaptées à la situation;
- L'inconfort en lien avec le problème de santé lui-même : douleur, fatigue, nausée, dyspnée, etc.;
- L'absence des proches qui ne peuvent assumer une présence constante pour rassurer et recadrer;
- L'état de solitude et de désœuvrement engendré par de longues périodes d'attente entre les différentes interventions;
- L'impression hostile même du milieu où le patient se retrouve parmi des gens qui lui sont inconnus, et dont le rôle peut lui sembler mystérieux ou même dangereux (par exemple,

lorsqu'il entend un autre patient crier dans la salle de bains, ou lorsque le personnel entre dans sa chambre sans précaution).

De plus, la perte de repère, l'aspect contraignant du milieu, de ses règles et des processus de soins ajoutent aux perceptions hostiles et menaçantes pouvant être ressenties, en guise d'exemple :

- La présence d'un éclairage continu jour et nuit;
- Le manque d'intimité;
- Les multiples personnes impliquées dans la prestation de soins;
- L'utilisation d'une cloche d'appel pour signifier un besoin et l'obligation de devoir sagement attendre;
- La nécessité de demander de l'aide pour les transferts ;
- Le manque de liberté de mouvement.

Selon Cohen-Mansfield [11], les **comportements perturbateurs** sont souvent la manifestation d'un besoin compromis chez la personne qui présente des atteintes cognitives. Le but est de trouver la cause de ces comportements car les répercussions de ces situations fréquentes sont considérables. Elles affectent non seulement la personne agitée, mais aussi ses proches, les autres patients et le personnel de l'UCDG. **Il est donc important d'agir sur les causes plutôt que sur les comportements eux-mêmes.**

Il est donc primordial que la prise en charge des comportements perturbateurs suive une démarche structurée, pragmatique, interprofessionnelle et inclusive des proches aidants, de manière à intervenir de façon efficace et efficiente.

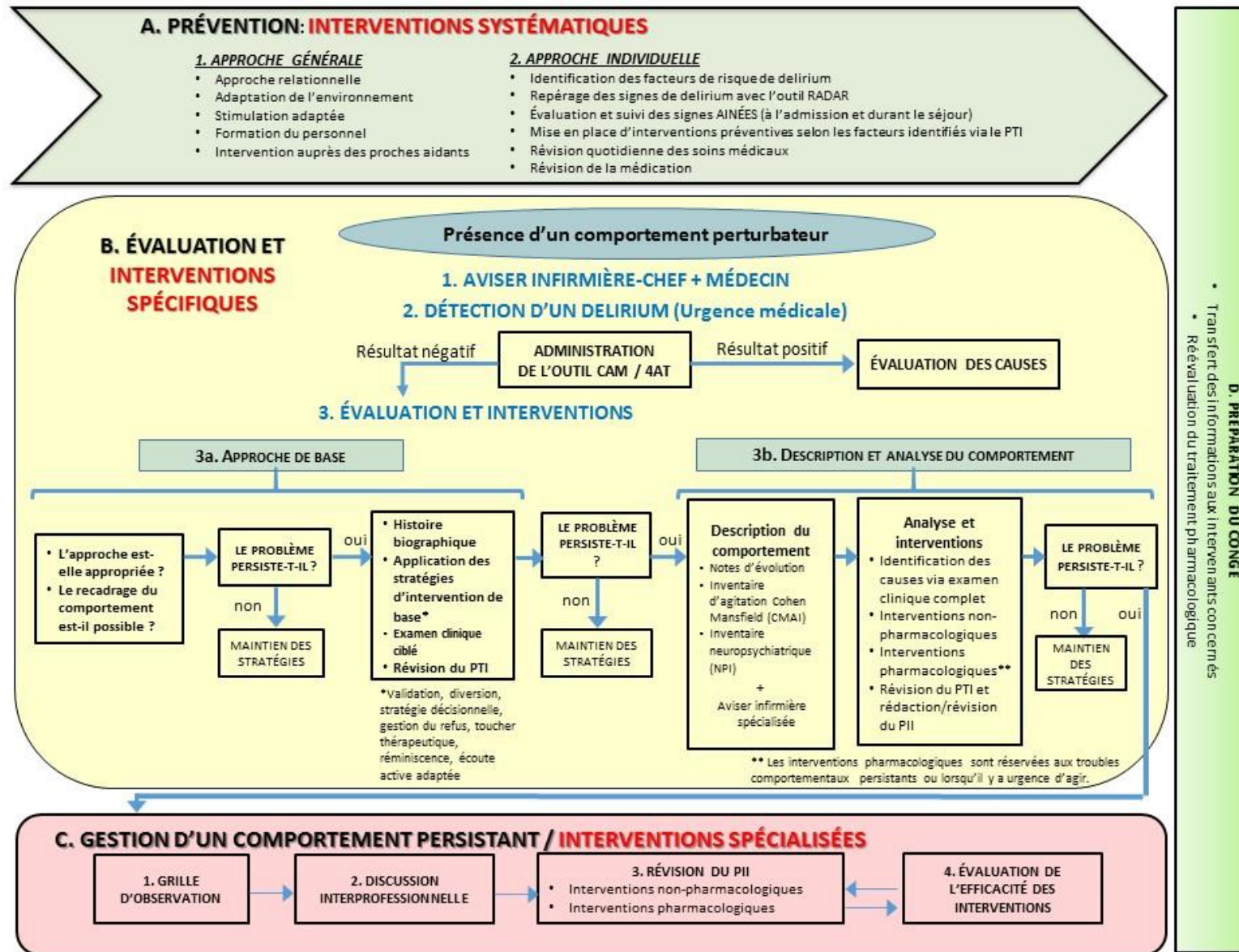
4. Approche interprofessionnelle structurée pour la prévention, l'évaluation et la gestion des comportements perturbateurs liés au delirium et autres TNC en UCDG

La figure 1 (page suivante) présente un schéma de l'approche proposée qui est divisée en quatre composantes (ou étapes):

- la prévention, où l'on retrouve les interventions systématiques de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier [13];
- l'évaluation d'un comportement perturbateur lors de son apparition chez un patient ainsi que les interventions spécifiques;
- la gestion du comportement persistant et les interventions spécialisées.
- La planification du congé, qui débute dès l'admission.

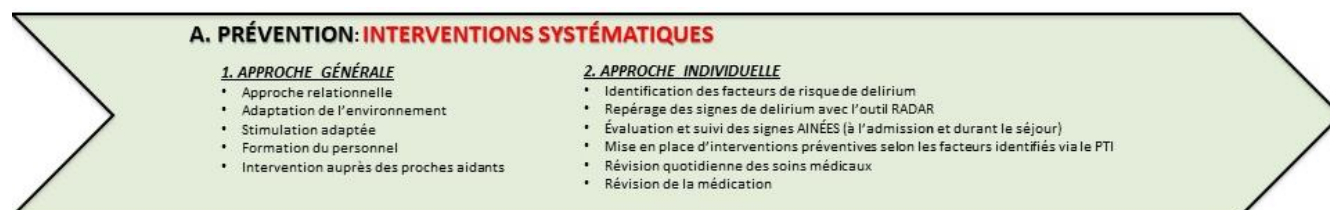
À chacune des étapes, nous indiquons les intervenants les plus concernés à même le texte et à l'aide d'encadrés pointillés.

Figure 1. Approche interprofessionnelle structurée pour la prévention, l'évaluation et la gestion des comportements perturbateurs reliés au delirium et autres TNC en UCDG



4.1 Prévention

Des interventions systématiques appliquées de façon concomitante permettent de prévenir les comportements perturbateurs (figure 1, partie A). Une approche générale adaptée à la personne âgée [13] doit être combinée à un dépistage systématique et des interventions individualisées. Les méthodes générales de prévention (figure 1, partie A, 1.) sont en place tout au long du séjour en UCDG, tandis que l'approche individuelle (figure 1, partie A, 2.) est planifiée à l'admission du patient ainsi qu'à intervalles réguliers par la suite.



4.1.1 Approche générale

4.1.1.1 Approche relationnelle adaptée à la personne âgée

Cet élément concerne tous les intervenants (Médecins, professionnels, préposés aux bénéficiaires, employés d'entretien, commis.

Les patients atteints de TNCM ont une perception de la réalité différente des autres. Ceci peut engendrer chez eux des frustrations. En raison des pertes cognitives qui affectent la compréhension, la gestion des émotions et le jugement, les frustrations vécues sont difficilement exprimables sous une forme réfléchie, raisonnable. Elles sont davantage manifestées de façon impulsive. Les sentiments ressentis par leurs perceptions distorsionnées des événements résultent en une manifestation comportementale [14]. Ces manifestations s'expriment souvent au quotidien sous forme de comportements problématiques et difficiles à gérer puisqu'ils ne cadrent pas dans la « norme ». C'est notamment pour ces raisons qu'au niveau de la communication dans une approche systémique, que **le langage non-verbal est tout aussi important à décoder que le langage verbal.**

De ce fait, il faut savoir décrypter le sens du message que le patient nous livre. Ainsi, lorsque le patient tient un discours décousu ou cherche ses mots, sans le confronter ou vouloir tout dire à sa place, il faut lui laisser le temps de s'exprimer, suggérer quelques mots ou encore lui proposer d'écrire pour décoder ce qui provoque la manifestation [15]. Il est donc nécessaire d'adapter nos stratégies de communication avec ces personnes.

Certaines interventions facilitent la communication avec les patients atteints de TNCM. **Il est d'ailleurs important de mentionner qu'avant de conclure qu'un patient a un trouble de comportement ou oppose de la résistance aux soins, il faut s'être assuré que l'équipe soignante a utilisé les bonnes stratégies de communication.** Dans tous les cas, si l'approche de base et les stratégies d'intervention (lesquelles passent par la communication) ne sont pas appliquées, la gestion du comportement problématique et la collaboration aux autres traitements sont voués à l'échec.

On oublie parfois qu'un lit et une chambre constituent un espace personnel alloué au patient **pendant son hospitalisation**. Dans ce chez-soi temporaire, il n'est pas convenable d'entrer sans frapper. Pourtant, c'est souvent ce qui se produit pendant l'hospitalisation. Frapper avant d'entrer dans la chambre, demander la permission d'intervenir auprès du patient, demander son autorisation pour un soin, sont des exemples simples d'éviter d'envahir l'espace intime du patient contre sa volonté.

Une bonne communication s'installe dès le premier contact. La communication fait appel aux différents sens de la personne (ouïe, toucher et vue). **L'intervenant doit rapidement s'assurer que si le patient présente des déficits sensoriels qu'ils soient compensés par les aides techniques appropriées (appareils visuels et auditifs, amplificateur de voix), et en bon état fonctionnel.** Pour être en position d'échange et transmettre sa relation d'aide, l'intervenant doit adapter son regard, sa posture, les mots utilisés et le ton de sa voix, ses expressions faciales, ses gestes ainsi que ses pensées et sentiments [16].

Voici les principales interventions favorisant une bonne communication [17, 18] :

- Commencer la conversation en appelant le patient par son nom et en se présentant soi-même;
- Aborder la personne de face avec un visage souriant et détendu;
- Expliquer que pour donner les soins on doit s'inviter dans l'espace personnel du patient;
- Établir et maintenir le contact avec le patient par ce qui convient (le regard, la parole ou le toucher) ;
- Utiliser un ton doux et rassurant;
- Obtenir l'attention avant d'appliquer une intervention. Sinon, il faut présenter notre intervention autrement. (Exemples de signes non verbaux d'acceptation par le patient: cligner des yeux, bouger les orteils, ouvrir les yeux, tendre le bras lorsqu'on lui propose, etc.).
- Expliquer ce que l'on fait;
- S'abstenir d'utiliser des propos infantilisants ou au contraire trop techniques;
- Utiliser des phrases positives, simples, courtes et non abstraites;
- Parler lentement et articuler clairement;
- Poser une question à la fois, donner une consigne à la fois;
- Éviter de hausser la voix si le patient ne répond pas;
- Utiliser des gestes et recourir à la démonstration pour se faire comprendre (ex. : allophone);
- Respecter le rythme du patient, particulièrement s'il a besoin de plus de temps pour répondre;
- Accorder de l'importance à la communication non verbale : porter attention aux signes d'impatience, d'agitation ou de repli sur soi dans les gestes ou le regard du patient (pleurs, faciès douloureux ou inerte, contorsions, cris répétitifs, gestes craintifs qui repoussent les soins, réactions physiologiques : tachy ou brady-cardie, sudation, pâleur, érythème);
- S'abstenir de confronter la personne;
- Éviter les longs monologues pour combler le silence;
- Se déplacer lentement, éviter les gestes brusques, éviter de surprendre la personne;
- Renforcer les comportements positifs en donnant de l'attention au patient;
- Éviter les exigences trop élevées qui entraînent de l'anxiété, la frustration et le sentiment d'échec;
- Être conscient de ses propres émotions et réactions.

L'annexe 2 présente une explication plus détaillée de chacune de ces interventions.

4.1.1.2 Adaptation de l'environnement

Gestionnaire d'unité

La littérature démontre qu'un environnement adapté aide à compenser les difficultés ou les incapacités des personnes âgées, en plus de diminuer les risques potentiels liés au delirium et aux SCPD [13, 19]. Par conséquent, agir sur l'environnement physique permet de :

- Promouvoir l'autonomie fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne;
- Maintenir la forme physique et la mobilité (marche);
- Conserver l'indépendance fonctionnelle pour l'utilisation des toilettes (continence urinaire et fécale);
- Accroître la sécurité physique;
- Favoriser le maintien des fonctions cognitives (ex. : orientation, temps et espace);
- Compenser les limitations ou incapacités sensorielles, cognitives, motrices et affectives;
- Diminuer les risques de sous-stimulation ou de sur-stimulation sensorielle;
- Réduire les risques de chutes et de blessures.

Les transformations de l'environnement exigent un exercice d'analyse et une planification conséquente en collaboration avec les directions ou services impliqués (ex. : service des incendies). Au même titre que pour assurer la prévention des infections, nous devons prendre en considération les besoins particuliers des personnes âgées dans toutes les décisions liées à l'environnement et à l'achat de matériels et produits.

L'annexe 3 présente des recommandations générales d'aménagement en milieu hospitalier ainsi que des exemples d'adaptation de l'environnement physique.

4.1.1.3 Stimulation adaptée

Cet élément concerne tous les intervenants.

Le séjour dans une unité de soins est encadré par diverses règles et procédures: heures de coucher et de lever avec éclairage approprié, heures pour les soins d'hygiène et d'habillage, habillement civil le plus rapidement possible, heures de repas et de collations, administration de la médication à heures fixes. Cet encadrement contribue à favoriser une orientation temporelle. Par contre, l'hospitalisation comporte beaucoup de périodes d'inactivité, celles-ci bien que nécessaires à la récupération, peuvent chez certains générer de l'ennui et contribuer au déconditionnement et indirectement à des comportements perturbateurs.

Idéalement, l'unité devrait comporter une aire de repos commune, située hors de la chambre, et où peuvent se trouver quelques jeux de table, des magazines, et même servir de lieu de socialisation entre patients et visiteurs. En dehors de leurs séances auprès des physiothérapeutes ou ergothérapeutes, les patients autorisés à marcher sans supervision doivent être encouragés à sortir régulièrement de leur chambre et à parcourir l'unité alors que ceux qui nécessitent de l'aide ou de la supervision pour se déplacer doivent être accompagnés par les intervenants. Par ailleurs, la disponibilité de personnel, tel un éducateur spécialisé, des membres du service des loisirs ou des bénévoles formés, offrant des activités structurées de groupe, de réminiscence, de musique, de chant, de zoothérapie, est à promouvoir pour prévenir ou réduire les comportements perturbateurs (annexe 18).

Pour ce qui est des repas, ils sont généralement servis dans un plateau qui comporte d'emblée tous les plats, de la soupe au dessert. Ils sont tous servis avec couvercle ou contenant fermé et servis avec des ustensiles ensachés. Dans le cas d'une personne avec TNCM, ceci contribue à une difficulté d'organisation. Il est préférable pour ces patients de procéder à un service plat par plat accompagné de l'ustensile approprié.

C'est en fin d'après-midi et en soirée que les patients ont le moins d'activités structurées. De plus, ces périodes coïncident avec le changement de personnel entre les quarts de jour et de soir, qui est en général moins nombreux. Pour les patients atteints de TNCM de type maladie d'Alzheimer, dans la chronobiologie de la maladie, c'est aussi la période de la journée où se manifestent le plus souvent les comportements perturbateurs. Ce phénomène est désigné par agitation du syndrome crépusculaire [20]. L'approche proposée s'applique alors pour identifier les stratégies qui aideront à réduire ces symptômes.

4.1.1.4 Formation du personnel

Gestionnaire de l'unité.

Les formations doivent être adaptées au titre d'emploi et aux fonctions attendues par les intervenants dans l'évaluation et la gestion du delirium et autres TNC. Une place importante doit être réservée au travail exercé en complémentarité et en collaboration. Le but des formations est de développer les compétences générales des intervenants sur les TNC, le delirium, les SCPD et les comportements perturbateurs. Les aspects abordés touchent la prévention, l'évaluation et les traitements à l'intérieur de leur champ d'intervention.

L'annexe 4 présente une liste de ressources qui offrent des formations, tandis que l'annexe 5 présente des programmes de formation développés par des UCDG.

De plus, le sous-comité a développé un modèle de guide d'animation de cas cliniques qui pourra être utilisé pour des fins de coaching (annexe 6).

4.1.1.5 Intervention auprès des proches aidants

Cet élément concerne tous les professionnels.

L'implication des proches aidants occupe une place importante dans le plan de traitement d'une personne âgée hospitalisée et tout particulièrement chez la personne âgée qui présente des SCPD ou un delirium. Ceci est supporté par le fait que les proches aidants sont ceux qui connaissent le mieux la personne, lui servent d'ancrage et peuvent la réconforter. Toutefois, il n'est pas facile pour les proches aidants de faire face à la maladie et aux comportements perturbateurs de leur proche et ceci peut représenter une source de détresse. Dans le cadre d'un séjour en UCDG, il est pertinent de renseigner les proches aidants sur le TNCM et son évolution, de les sensibiliser à l'approche à adopter envers leur proche durant l'hospitalisation. Des sources d'aide devront être proposées et le contact établi avant le départ lorsqu'un retour à domicile est envisagé (annexe 7). Ce travail met à contribution l'équipe interprofessionnelle. Le support émotionnel et le volet informationnel doivent donc être mis de l'avant afin que les proches puissent être en mesure d'accompagner favorablement leur parent malade et qu'ils aident à stabiliser l'état de santé en participant activement au plan d'intervention avec l'équipe de soins. De ce fait, en donnant de l'information tout au long de l'hospitalisation aux proches, l'équipe

contribue à diminuer la détresse relative à l'incompréhension de la situation et diminue aussi le risque d'épuisement.

Face à des comportements perturbateurs, plusieurs stratégies peuvent être enseignées aux proches aidants pour en faciliter la gestion. **Il est important de leur rappeler que tout comportement est une forme de communication et qu'il est alors important d'essayer de comprendre le besoin qu'il sous-tend afin de pouvoir y répondre (par exemple la faim, la soif, l'envie d'uriner, la douleur, l'inconfort, la peur, l'ennui, etc.). D'autre part, une approche calme, rassurante et non confrontante est à privilégier.**

Parmi les moyens d'agir lors d'interactions avec une personne présentant des difficultés cognitives (section 4.2.2.4), les proches aidants peuvent utiliser la diversion, la réminiscence, l'orientation à la réalité et la validation [4]. À travers la diversion, on cherche à attirer l'attention de la personne sur des éléments ayant une charge émotionnelle positive (photos de famille, de voyage, objets significatifs, chansons, etc.) et à détourner l'attention de situations qui peuvent être anxiogènes. Par la réminiscence, on tente de se rappeler d'histoires et de souvenirs heureux du passé (emplois, loisirs, voyages, etc.). À travers l'orientation à la réalité, on cherche à donner des repères à la personne pour favoriser son orientation dans le temps et le lieu. Et finalement, la validation consiste à reconnaître et accepter ce que la personne vit et exprime comme émotion par rapport à sa propre réalité à elle.

On retrouve plusieurs sources d'informations générales à l'intention des proches aidants de personnes âgées (annexe 7). Des trousseaux de formation et des brochures d'information destinées aux proches aidants ont été développées par des chercheurs québécois [21-23]. Lors du sondage auprès des UCDG, aucun guide n'a été recensé au sujet des SCPD ou comportements perturbateurs plus spécifiquement. L'annexe 8 présente un modèle de dépliant portant sur les comportements perturbateurs développé par les membres du sous-comité.

Finalement, tel qu'il a été abondamment rappelé dans tout programme visant à appuyer les proches aidants, et sur lequel on ne saurait trop insister, il est indispensable de les sensibiliser à prendre soin d'eux-mêmes en se réservant du temps pour eux et en évitant de se retirer d'activités physiques ou sociales. Il est important que les proches aidants reconnaissent leurs propres émotions tels que la tristesse, l'anxiété, la solitude, la culpabilité, la peur, l'épuisement, l'impatience, etc. afin d'être en mesure d'aller chercher de l'aide et du support au besoin.

On peut catégoriser le soutien nécessaire aux proches aidants en quatre catégories :

- Émotionnel : présence d'une personne qui est disposée à offrir une écoute et du réconfort.
- Matériel : répit ou aide visant à compenser entre autres certaines activités de la vie domestique telles que les repas, le ménage, l'épicerie, etc.
- Lié aux activités sociales et de loisirs : participation à des activités sportives, culturelles ou de socialisation.
- Informationnel : offrir de l'information et des conseils à travers la communication avec l'équipe de soins pendant l'hospitalisation, à travers différentes ressources tels que des associations, des organismes communautaires, un centre de santé, des livres, des recherches sur des sites internet, etc.

4.1.2 Approche individuelle

L'approche préventive auprès de chaque patient comporte les éléments suivants :

- Identification des facteurs de risque et des facteurs précipitants de delirium
- Repérage des signes de delirium
- Évaluation et suivi des signes AINÉES
- Mise en place des interventions préventives selon les facteurs identifiés via le plan thérapeutique infirmier (PTI)
- Révision quotidienne des soins médicaux
- Révision de la médication à l'admission et en cours d'hospitalisation

Ces éléments sont détaillés dans les sous-sections suivantes.

4.1.2.1 Identification des facteurs de risque de delirium

Cet élément concerne le médecin, l'infirmière, l'infirmière auxiliaire, le pharmacien.

De manière à permettre la mise en place d'interventions préventives individuelles, l'évaluation initiale permet d'identifier les individus à risque de delirium, tant par des facteurs prédisposants (de risque) que précipitants (déclencheurs). Les facteurs précipitants peuvent se déclarer à tout moment durant l'hospitalisation (tableau 2).

Tableau 2. Facteurs prédisposants et précipitants le delirium ou désordres pouvant y contribuer [24, 25]

Facteurs prédisposants	Facteurs précipitants le delirium ou désordres pouvant y contribuer :
• Déficits neurocognitifs • Comorbidités et sévérité des maladies • Troubles neurologiques (ex. : AVC, Parkinson) • Trouble psychiatrique (dépression) • Privation sensorielle (vue et ouïe) • Atteinte fonctionnelle de base • Déshydratation • Antécédent de delirium • Consommation d'alcool • Âge avancé • Utilisation chronique de médicaments psychoactifs • Malnutrition	• Pharmacologique (médicaments psychoactifs, polymédication, sevrage médicamenteux ou alcoolique) • Atteinte neurologique aiguë (AVC, saignement intracrânien, encéphalite, méningite, épilepsie, etc.) • Maladie aiguë (infection, fièvre, choc, anémie, insuffisance rénale aiguë, désordre métabolique, hypoxie, déshydratation, etc.) • Chirurgie • Entraves à la mobilité (sonde, contention, soluté, etc.) • Douleur • Autres (chute, rétention urinaire, constipation, stress, privation de sommeil, modification d'environnement, etc.)

4.1.2.2 Repérage des signes de delirium avec l'outil RADAR

Cet élément concerne les infirmières et les infirmières auxiliaires.

Le delirium étant une cause fréquente de comportement perturbateur en UCDG, un outil permettant de repérer rapidement les symptômes du delirium chez les patients à risque élevé pourrait être utile pour prévenir l'apparition de comportements perturbateurs. Pour ce faire, nous recommandons l'utilisation de **l'outil RADAR** (Repérage Actif du Delirium Adapté à la Routine) (annexe 9). Cela consiste à observer 3 items lors de chaque administration de médicaments ou toute autre intervention de soins par l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire. Les 3 items sont : « Le patient est-il somnolent ? », « Le patient a-t-il de la difficulté à suivre vos consignes ? » et « Les mouvements du patient sont-ils au ralenti ? ». L'outil s'applique en 7 secondes en moyenne et a été validé en contexte de soins hospitaliers (médecine, chirurgie et cardiologie) et de soins de longue durée [26, 27]. Une seule réponse affirmative constitue un repérage positif et justifie une évaluation par l'outil CAM ou autre outil de dépistage du delirium, comme le 4AT [28] (voir section évaluation 4.2.1).

4.1.2.3 Évaluation et suivi des signes AINÉES

Cet élément concerne tous les professionnels.

Les « signes cliniques gériatriques » sont identifiés à l'aide de l'acronyme AINÉES [13]. Les signes AINÉES regroupent six conditions dites « indicatrices » de déclin fonctionnel chez les personnes âgées hospitalisées. Ces signes sont à évaluer à l'admission et à surveiller quotidiennement lors d'un séjour à l'UCDG ou lors d'un épisode de maladie aiguë. Une détérioration des signes AINÉES est associée à un déclin fonctionnel et à des complications, notamment le delirium et le syndrome d'immobilisation, qui peuvent prédisposer aux comportements perturbateurs. L'évaluation initiale et continue des signes AINÉES mène à des interventions préventives afin d'éviter des complications iatrogènes.

- A Autonomie et mobilité
- I Intégrité de la peau
- N Nutrition/Hydratation
- É Élimination
- É État cognitif et comportement
- S Sommeil

4.1.2.4 Mise en place des interventions préventives selon les facteurs identifiés via le PTI

L'évaluation initiale doit très rapidement être suivie par la mise en place d'une stratégie de réduction des facteurs à risque de déclencher des comportements perturbateurs ou inadaptés (tableau 3) et l'infirmière doit alors documenter les problèmes prioritaires identifiés et les stratégies préventives associées au plan thérapeutique infirmier (PTI) pour assurer une application des recommandations et une continuité des interventions.

L'infirmière est la principale responsable de ces interventions, mais une évaluation initiale par un physiothérapeute et la révision des soins médicaux et des médicaments concernent les médecins et les pharmaciens.

Tableau 3. Exemples de stratégies de réduction des facteurs de risque de déclencher des comportements inadaptés [13, 19, 29]

Éléments de santé	Stratégies
Autonomie et mobilité (A)	• Protocole de mobilisation précoce ou d'exercices actifs au lit/ fauteuil ; • Utilisation minimale des thérapies restreignant la mobilisation (sonde urinaire, contention, cathéters, etc.) ; • Attitude du personnel favorisant le maintien de l'autonomie fonctionnelle (faire avec le patient et non à sa place);
Intégrité de la peau (I)	• Supervision des soins d'hygiène ; • Hydrater la peau sèche et éviter de maintenir des zones corporelles trop humides ; • Adapter les surfaces de contact et procédures de soins pour prévenir les plaies de pression ;
Nutrition/Hydratation (N)	• Encourager l'hydratation orale (en respectant les recommandations médicales) ; • Favoriser les apports nutritionnels adéquats avec suppléments et aide à l'alimentation au besoin ;
Élimination (É)	• S'assurer du fonctionnement intestinal (identifier les causes secondaires de constipation, utiliser le réflexe gastro-colique, alimentation riche en fibres, laxatifs) ; • Effectuer des rappels programmés pour la miction ;
État cognitif et comportement (É)	• Protocoles d'orientation (calendrier, horloge, panneaux, identification des chambres, etc.) ; • Activités cognitivement stimulantes (jeux, discussion des événements récents, etc.) ; • Prévention de la privation ou de la surcharge sensorielle ; • Mesures de palliation aux déficits visuels (lunettes, lumière, environnement et équipement adaptés, etc.) ; • Mesures de palliation aux déficits auditifs (appareils auditifs, amplificateur portatif, dissolution des bouchons de cérumen, techniques de communication, etc.) ; • Favoriser la stabilité du personnel soignant et de l'environnement de soins ; • Identification et soulagement de la douleur ; • Limiter les médicaments ayant un effet néfaste sur le SNC ; • Surveiller les symptômes de sevrage (médicaments, alcool ou autre substance) ;
Sommeil (S)	• Mesures non-pharmacologiques de promotion du sommeil (réduction du bruit, bouchons d'oreilles, restauration du cycle circadien, adapter l'horaire thérapeutique au sommeil (ex. : prise des médicaments), mesures pour contrer la nycturie, musique au coucher, massages, etc.).

4.1.2.5 Révision quotidienne des soins médicaux

La révision quotidienne des soins médicaux vise la prévention des complications iatrogéniques et des comportements perturbateurs qui pourraient en découler. La pertinence des traitements et des procédures doit être réévaluée quotidiennement. Des méthodes alternatives aux traitements intraveineux, aux cathéters, aux sondes urinaires ainsi qu'aux contentions physiques et chimiques sont à privilégier.

4.1.2.6 Révision de la médication

À l'admission du patient en UCDG, il est important de procéder à une **révision complète de la médication** afin d'optimiser la pharmacothérapie pour la personne âgée [30, 31]. La présence des grands syndromes gériatriques sera identifiée ainsi que les médicaments pouvant en être des facteurs contributifs. Nous proposons que la médication soit révisée selon la méthode ICEBERG (annexe 10) qui permet une révision systématique de la médication :

- I** *Inappropriés (médicaments)*: examen des médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée [32, 33]. Une attention particulière sera portée aux médicaments à haut risque d'effets cognitifs indésirables tels que les benzodiazépines. Pour la révision des antipsychotiques, voir les informations complémentaires dans l'encadré de la page suivante.
- C** *Cascades médicamenteuses*: la chronologie des changements reliés à la pharmacothérapie permet l'identification de cascades, phénomène issu de l'interprétation d'un effet secondaire d'un médicament comme nouveau symptôme entraînant la prescription d'un autre médicament.
- E** *Effets secondaires* : considérer tout nouveau symptôme comme un effet secondaire possible d'un médicament. Il faudra revoir attentivement la prise des médicaments susceptibles de causer un delirium soit les benzodiazépines, les narcotiques, les anticholinergiques et les corticostéroïdes.
- B** *Bénéfices des médicaments actuels*: 3 critères permettent de cibler les médicaments pouvant être sujets à la déprescription sont à considérer: 1) les délais d'apparition des bénéfices du traitement par rapport à l'espérance de vie; 2) les lignes directrices et données probantes en gériatrie; 3) la valeur thérapeutique intégrant l'efficacité, les effets secondaires, la complexité du monitoring et l'impact du médicament sur la qualité de vie.
- E** *Enjeux reliés à la pharmacocinétique et pharmacodynamie chez la personne âgée* : Des changements reliés, entre autres, à un métabolisme hépatique diminué ainsi qu'un déclin de la fonction rénale résulteront en une accumulation possible des médicaments. Cela augmente donc le risque d'interactions médicamenteuses et de toxicité. On procédera à l'ajustement de la médication selon la fonction rénale.
- R** *Risques associés aux interactions médicamenteuses et au QT long* : la polymédication et les changements pharmacocinétiques exposent de façon accrue les personnes âgées aux interactions médicamenteuses. De plus, il faut être prudent avec l'association de médicaments qui peuvent allonger le QT.
- G** *Gestion de la charge anticholinergique* : consiste à l'identification de la charge anticholinergique totale, les effets de chacun des médicaments étant additifs. Les risques associés inclus : risque augmenté de chute(s), confusion, delirium et problèmes cognitifs.

Suite à l'identification des problèmes reliés à la pharmacothérapie, on procédera à la rédaction du plan d'action incluant la modification de doses ou réévaluation de la poursuite de certains médicaments. Pour la déprescription, il est préférable **d'identifier le médicament qui doit être cessé en priorité et procéder au retrait d'un médicament à la fois**. Pour tout médicament, on doit vérifier si un sevrage sur une longue période est requis; si non, on pourra le cesser directement. Il est essentiel de rester vigilant puisque les personnes âgées sont plus sensibles à la cessation d'un médicament.

Par ailleurs, il faut être prudent face à la médication psychotrope prise en lien avec un trouble psychiatrique ayant débuté plus tôt dans la vie, car un risque de déstabilisation est présent si on sèvre ces médicaments. Il faut s'assurer de vérifier pour quelles raisons la médication psychotrope a été prescrite, depuis combien de temps, la réponse clinique et les effets secondaires. Idéalement, tout ajustement de la médication psychotrope devrait se faire après discussion avec le médecin ou le psychiatre prescripteur, et s'effectuer lentement et avec prudence en surveillant les risques de récurrence, à moins que la condition du patient n'exige un sevrage plus rapide.

Au niveau de la prévention des comportements perturbateurs en UCDG, si un patient commence à démontrer des signes d'agitation, il est primordial d'évaluer :

- La fréquence d'administration des médicaments : pourra être revue afin de diminuer les prises autant que possible (privilégier les formulations longue-action lorsque disponible au formulaire)
- Le mode d'administration (privilégier les formes orales vs injectables)
- L'horaire d'administration (respecter le sommeil par exemple)

Par ailleurs, les antipsychotiques peuvent induire de l'akathisie (trouble du mouvement avec besoin impérieux de bouger, parfois incapacité de garder la position assise), qui, si elle est perçue comme de l'agitation, peut mener à une augmentation du dosage et un cercle vicieux est ici entretenu.

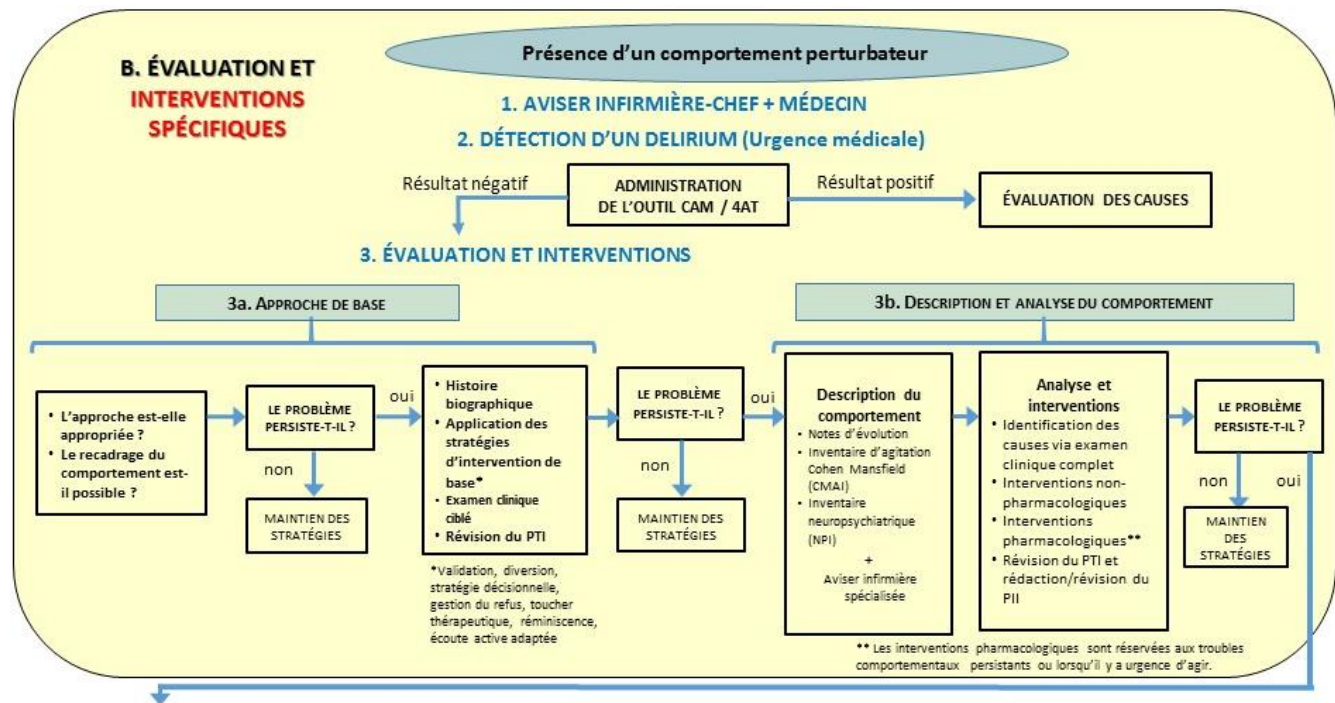
Il faut évidemment s'assurer que le patient n'ait pas de difficultés à avaler ses médicaments sous sa forme de présentation sinon, il faudra proposer des alternatives (ex. les écraser, les mêler à de la compote, etc.).

Admission d'un patient ayant une prescription d'antipsychotique

- Tout d'abord, tenter de connaître l'indication de l'antipsychotique et préciser depuis quand il est consommé. Certains diagnostics de santé mentale (schizophrénie, trouble bipolaire, traitement d'appoint dans dépression, etc.) vont nécessiter un traitement à long terme avec un antipsychotique. Un suivi périodique pour minimiser les effets secondaires est suggéré.
- **Si l'indication clinique était ponctuelle et est résolue** (ex. : delirium) : cesser l'administration. La durée du sevrage dépendra de la durée d'administration et de la dose reçue.
- **Si malgré une enquête exhaustive, l'antipsychotique est prescrit pour une raison inconnue ou jugée inappropriée** : considérer diminuer ou débiter le sevrage à l'admission ou dans les premiers jours suivant l'admission.
 - Pour des comportements qui ne répondent pas/peu aux antipsychotiques, la diminution de dose pourra être accompagnée d'une grille de comportement et d'une approche centrée sur le patient.
 - La durée du sevrage dépendra de la durée d'administration et de la dose reçue
- Réévaluer la pertinence des médicaments pris au besoin « prn » dans les 7 jours suivant l'admission.

4.2 Évaluation des comportements perturbateurs et interventions spécifiques

L'évaluation des comportements perturbateurs (figure 1, partie B) devrait se faire dès leur apparition par l'entremise d'une équipe interprofessionnelle [3-5].



En cas d'urgence, quand le comportement débute subitement et s'accompagne d'agressivité physique avec notion de danger imminent pour le patient ou autrui (code blanc), il faut :

- 1) Faire appel à l'équipe d'intervention formée et désignée pour les situations de crise. Cette équipe tentera d'apaiser la personne et utilisera au besoin une contention physique avec surveillance étroite;
- 2) Contacter le médecin;
- 3) Si requis, administrer une médication psychotrope. Il est parfois indiqué de donner une benzodiazépine, par exemple dans le cas d'un sevrage alcoolique (on s'attend toutefois dans ce cas de figure que le problème aura été préalablement envisagé et qu'un protocole d'intervention aura été prévu);
- 4) Exceptionnellement, il peut être nécessaire de demander un agent de sécurité ou le service de police;
- 5) Ensuite, l'équipe procède à l'évaluation détaillée pour identifier la cause du comportement (voir sections suivantes).

4.2.1 Détection d'un delirium

L'infirmière et le médecin sont principalement impliqués dans cette détection.

Le processus s'amorce par l'identification de la ou des causes possibles expliquant le comportement problématique. **La première cause à éliminer est la présence d'un delirium.**

Le delirium est **une urgence médicale** qui est en général sous-diagnostiquée. C'est une cause fréquente d'agitation dans les UCDG et il convient, en premier lieu, de l'éliminer comme origine du comportement perturbateur. **La détection d'un delirium est donc essentielle, car en présence d'un delirium, il faut identifier et traiter la cause (médicale, psychiatrique ou pharmacologique) sous-jacente.**

Pour ce faire, nous proposons l'outil d'évaluation de la confusion CAM (acronyme de l'anglais Confusion Assessment Method) (annexe 11) [34, 35]. Cet outil, qui peut être utilisé par l'infirmière, permet de détecter le delirium avec une bonne sensibilité (86 %) et une bonne spécificité (93 %) [36]. L'outil CAM comprend un instrument (neuf questions) et un algorithme diagnostique du delirium (quatre critères) [35].

Les neuf questions documentent la présence, la sévérité et la fluctuation de neuf symptômes du delirium, soit le début soudain, l'inattention, la désorganisation de la pensée, l'altération de l'état de conscience, la désorientation, les troubles mnésiques, les anomalies de perception, l'agitation psychomotrice, le retard psychomoteur et la perturbation du rythme veille-sommeil. Le questionnaire peut être rempli en 5 à 10 minutes par des professionnels sans formation psychiatrique spécialisée.

Les fondements de l'algorithme diagnostique de l'outil CAM reposent sur les critères diagnostiques du delirium selon le DSM 3 R. Pour diagnostiquer un delirium, les critères 1 (début soudain et fluctuations) et 2 (inattention) sont nécessaires, alors qu'un seul des critères 3 (désorganisation de la pensée) et 4 (altération de l'état de conscience) n'est requis. Les neuf autres symptômes ne font pas partie de l'algorithme diagnostique puisqu'ils n'améliorent pas la performance de l'instrument. Mentionnons toutefois que le début soudain et la fluctuation des symptômes concernent les neuf symptômes du questionnaire CAM.

Par ailleurs, l'outil 4AT est de plus en plus utilisé pour l'évaluation initiale rapide du delirium et des troubles cognitifs [37] (annexe 12). Un score de 4 ou plus suggère un delirium, mais ce n'est pas un diagnostic : une évaluation plus détaillée de l'état mental peut être nécessaire pour parvenir à un diagnostic.

Lorsqu'un delirium est suspecté, le médecin doit être avisé dans les plus brefs délais pour une prise en charge immédiate et poser le diagnostic (critères du DSM-5, section 3.2).

Vous trouverez au paragraphe 4.2.4.2.1 sur les Interventions pharmacologiques les éléments importants, les recommandations sur la posologie et les particularités de l'usage des antipsychotiques dans le traitement du delirium.

4.2.2 Approche initiale du comportement perturbateur

4.2.2.1 Vérification de l'approche de base

Tous les professionnels.

Les deux premières questions à se poser face à un comportement perturbateur sont :

- *L'approche de base, et plus particulièrement l'approche relationnelle (cf. section 4.1.1.1), est-elle réalisée de façon appropriée par les intervenants durant les trois quarts de travail ?*

- *Le recadrage du comportement est-il possible (est-il pertinent d'intervenir)?*

En effet, si le comportement n'entraîne pas de détresse ou de dangerosité pour le patient ou pour autrui, le recadrage pourrait être suffisant pour régler la situation. Cette stratégie implique d'aborder sous un angle différent les comportements des patients. En effet, il convient parfois, de laisser de côté les conventions sociales usuelles pour autoriser, lorsque le comportement n'est pas dérangeant, des situations différentes. Cela requiert de changer la perception qu'ont les soignants et les proches aidants du comportement de la personne. L'infirmière discute avec le patient, ses proches aidants et les membres de l'équipe concernés pour améliorer les éléments problématiques.

Si le problème persiste, les interventions suivantes sont effectuées :

- Retour à l'histoire biographique pour adaptation des interventions et de l'approche de base;
- Application de stratégies d'intervention par l'équipe en partenariat avec le patient et ses proches aidants si présents ou accessibles;
- Examen physique et mental ciblé selon les antécédents et le diagnostic d'admission de l'utilisateur par l'infirmière ou le médecin;
- Ajout des éléments pertinents au plan d'intervention interdisciplinaire (PII).

4.2.2.2 Histoire biographique

Le préposé aux bénéficiaires, l'infirmière auxiliaire, l'infirmière, le travailleur social et le médecin recueillent les informations et tous les professionnels les utilisent.

Lors de l'évaluation initiale de la personne présentant un comportement perturbateur, il est pertinent de recueillir de l'information sur le style et les **traits de personnalité du patient ainsi que sur les mécanismes d'adaptation utilisés antérieurement par la personne dans le cadre d'un événement significatif** (changement majeur, deuil, etc.). Il est suggéré de faire une brève histoire biographique du patient en collaboration avec ses proches aidants afin de relever les principaux événements marquants de sa vie, ses intérêts, ses goûts, ses loisirs et ses aversions. Il existe plusieurs outils utiles pour documenter l'histoire biographique (référence [2] ou annexe 13).

Cet outil permettra de recueillir des informations au sujet de la famille du patient, sa provenance, son travail, ses réalisations et ses passions. Étant donné que plusieurs SCPD peuvent être atténués par une approche adaptée et individualisée à l'écoute des besoins physiques et psychologiques de la personne, il sera également avantageux de comprendre **ses habitudes de vie et sa routine**. Les renseignements récoltés permettront d'implanter des interventions non-pharmacologiques spécifiques aux besoins et préférences du patient. Par exemple, en présence d'un comportement de résistance, la connaissance de la personnalité pré-morbide de la personne permettra d'adapter sa façon de communiquer ou de donner un soin.

4.2.2.3 Stratégies d'intervention de base

Tous les professionnels peuvent utiliser ces stratégies.

Les comités d'experts du MSSS, la Société Alzheimer du Canada et l'*International psychogeriatric association* proposent des stratégies d'intervention de base (tableau 4) [4, 38, 39]. Ces interventions font partie des pratiques quotidiennes à appliquer par tous les intervenants et en tout temps dans le but de prévenir l'apparition d'un comportement perturbateur. Elles diffèrent des approches non

pharmacologiques spécifiques (section 4.2.4.1) choisies pour traiter la ou les causes d'un comportement perturbateur chez un patient donné.

Tableau 4. Exemples de stratégies d'intervention de base pouvant être utilisées en UCDG

Stratégies	Description
Diversion	La diversion peut être particulièrement utile pour « changer les idées » d'une personne présentant des pensées persistantes. Cette technique consiste à détourner l'attention du patient d'une pensée ou d'une situation anxiogène. Cela peut se faire en discutant d'un élément heureux ou significatif de son histoire biographique ou en proposant une activité concrète adaptée aux intérêts de l'utilisateur (regarder une photo, changer de pièce, plier des vêtements, etc.).
Validation	Cette approche demande au soignant « d'entrer dans la réalité » de la personne pour éviter une escalade de confrontation. En reconnaissant les préoccupations et les émotions du patient et en facilitant qu'il les exprime, il est possible d'atténuer l'anxiété et les comportements perturbateurs qui en découlent. En présence d'idées délirantes par exemple, il convient de ne pas corriger la personne, tout en n'alimentant pas son délire.
Adaptation de la stimulation environnementale	En règle générale, il est approprié de saisir les opportunités de stimulation que procure le quotidien. Dans certains cas d'agitation, la réduction du niveau de stimulation environnementale peut également être favorable (bruit, télévision, encombrement, éclairage, etc.).
Stratégie décisionnelle	Cette stratégie permet à la personne d'avoir du pouvoir sur sa situation. Par exemple, on lui demande la permission pour entrer dans sa chambre, on lui offre un choix de vêtement ou de repas. La personne est impliquée dans la prise de décision.
Toucher thérapeutique	Le toucher thérapeutique est une technique qui permet de communiquer de l'empathie et du réconfort.
Écoute active adaptée	Écouter la personne et commenter ce qu'elle dit et ce, même si les propos sont incompréhensibles. Par exemple, je vous comprends... je suis d'accord avec vous...
Gestion des refus	Un algorithme pour la démarche à suivre en cas de refus par le patient avec trouble cognitif est suggéré à l'annexe 14. Il s'agit en premier lieu de reformuler la présentation de la demande. On y mentionne qu'il est parfois utile de faire une pause dans l'activité ou même de changer de soignant.
Réminiscence	Cette activité structurée consiste à parler d'événements du passé qui sont émotionnellement positifs pour le patient. Ce qui requiert une bonne connaissance de l'histoire biographique de celui-ci afin de l'aider au besoin, à se rappeler de ses souvenirs. L'usage de la réminiscence chez les patients ayant des SCPD aurait comme effets de diminuer l'anxiété, la tristesse et l'agitation et de remplacer les pensées négatives par des pensées plus positives [40], en plus de réduire le stress chez les aidants [41]

La ou les stratégies retenue(s) avec le patient et ses proches doivent être inscrites au PTI.

4.2.2.4 Examen clinique ciblé

Infirmière et médecin

L'examen clinique ciblé a pour but de rechercher une cause physique ou psychiatrique au problème de comportement ou au delirium ainsi que les sources d'inconfort.

L'évaluation de l'infirmière devrait rechercher les signes de problème de l'état mental ou du comportement aux niveaux buccodentaire, d'élimination, cardiopulmonaire, cutané, de signes de déshydratation, de dénutrition, de perte d'autonomie ou de mobilité, de douleur, etc. Elle comprend aussi l'évaluation des signes vitaux et de la glycémie. La recherche de causes du comportement perturbateur touche également l'évaluation des besoins non comblés (vision, audition, signes AÎNÉES, activités physiques, sociales et sexuelles), des sphères psychosociale (ennui, solitude, deuils, communication) et environnementale (stimulation sensorielle, routine adaptée, repères spatiotemporels, dépersonnalisation). Un outil très complet est proposé dans le document du MSSS [2]. Les éléments pertinents sont rapportés au PTI.

L'évaluation médicale comporte une révision ou un suivi du ou des problèmes ayant justifiés l'admission du patient par une révision du questionnaire et un examen physique orientés sur ces problèmes ainsi que sur les sources potentielles d'inconfort, les systèmes à risque de décompensation (cardio-pulmonaire), par la planification d'analyses de laboratoire complémentaires ciblées sur les anomalies déjà observées et sur le dépistage de problèmes fréquemment observés en gériatrie (anémie, déshydratation, insuffisance rénale aiguë, etc.). Une réévaluation du plan d'action pharmacologique afin d'exclure l'apparition d'effets secondaires ou un sevrage pouvant expliquer le comportement observé s'impose aussi.

4.2.3 Description du comportement perturbateur

Lorsqu'un comportement perturbateur demeure présent malgré une approche de base adaptée, une approche interprofessionnelle à la recherche d'une cause et de solutions s'impose. Pour cela, il est proposé dans le document ministériel un processus clinique et l'utilisation de différents outils cliniques adaptés au contexte des SCPD [3].

La première étape est de décrire le comportement. Dans le cas d'un comportement circonscrit à un contexte précis (ex. : résistance au bain), il est important de décrire celui-ci en termes objectifs, sans jugement, dans les notes d'évolution en indiquant les éléments suivants :

- fréquence du comportement;
- moments où le comportement se présente;
- lieux où le comportement se présente;
- principales manifestations ou expressions du comportement (observations concrètes).

Pour chaque comportement, il est important de considérer les éléments suivants :

- le niveau de dangerosité pour le patient et pour autrui;
- la souffrance psychologique associée;
- la manifestation clinique d'un problème de santé physique sous-jacent.

Ces éléments doivent être pris en considération pour la gestion du comportement car ils ont une influence sur le niveau de priorisation des interventions à mettre en place.

Lorsque le ou les comportements sont plus complexes, des outils cliniques peuvent être utilisés pour en faciliter la description objective et quantitative.

4.2.3.1 Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI)

Ce sont surtout l'infirmière, l'infirmière auxiliaire et le préposé aux bénéficiaires qui complètent cet outil.

L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield est un outil d'évaluation des troubles de comportement chez des personnes âgées [11, 42] (annexe 15). Lorsque jugé nécessaire, il peut être utilisé seul, pour documenter la fréquence des comportements d'agitation. Dans un but de renseigner sur la réponse au traitement et des interventions mises en place, il peut être indiqué de répéter l'évaluation dans le temps, soit entre 1-2 semaine(s) post-intervention.

4.2.3.2 Inventaire neuropsychiatrique (NPI)

C'est l'infirmière mais aussi un psychologue ou un évaluateur externe à l'équipe qui utilisent cet outil.

L'inventaire neuropsychiatrique (*Neuropsychiatric index – NPI*) est un outil de repérage et d'appréciation des SCPD. Le but du NPI est de recueillir des renseignements sur la présence, la fréquence, la gravité et les répercussions des troubles du comportement chez des patients souffrant d'un TNCM. Par contre, le NPI n'est pas exhaustif; il ne recense pas certains SCPD. Il est le plus souvent utilisé dans certains protocoles de recherche clinique ou dans des cliniques spécialisées pour standardiser les informations, ou suivre l'évolution après le début d'une intervention.

Plusieurs versions du NPI existent et sont traduites en français. L'administration de la version standard est faite au cours d'un entretien avec le proche aidant et dure de 30 à 45 minutes [43]. On retrouve également la version pour équipe soignante (NPI-ES) qui a été développée pour l'évaluation de sujets institutionnalisés [44]. Cet outil peut être utilisé par un évaluateur externe lors d'un entretien avec un soignant mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante. Il porte sur 10 domaines comportementaux (idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, dépression/dysphorie, anxiété, exaltation de l'humeur/euphorie, apathie/indifférence, désinhibition, irritabilité/instabilité de l'humeur et comportement moteur aberrant) et 2 variables neurovégétatives (sommeil et appétit/trouble de l'appétit). Le NPI-ES peut également permettre d'évaluer l'efficacité d'une intervention en comparant le résultat obtenu lors de l'évaluation initiale à celui d'une visite de suivi.

Par ailleurs, il peut être plus pratique d'utiliser en UCDG la version réduite (NPI-R) sous forme de questionnaire auto-administré directement aux proches aidants (5 à 10 minutes), tel que proposé par l'INESSS [45] (annexe 16). Elle permet une appréciation rapide des comportements perturbateurs tout en impliquant le proche aidant.

La complétion de ces outils peut nécessiter le soutien de l'infirmière spécialisée en gériatrie, lorsque disponible. Cette dernière peut être interpellée afin d'aider l'équipe soignante dans la collecte des données pour la description du ou des comportements ainsi que lors de l'analyse des données recueillies.

4.2.3.3 Analyse et identification des causes

L'analyse des données recueillies par les différents outils et la documentation au dossier est essentielle. **Le but est d'identifier la ou les causes du comportement perturbateur présenté par le patient.** En effet, ce comportement peut représenter une tentative de communiquer un besoin compromis [46]. Cette analyse est d'abord effectuée par l'infirmière. Les causes peuvent être de nature bio-psycho-sociale ou environnementale.

L'évaluation de l'infirmière doit donc comporter un examen clinique infirmier complet (physique et mental), l'évaluation des besoins non comblés, l'évaluation de l'aspect social et relationnel du patient avec ses proches aidants et le personnel soignant ainsi que l'évaluation de l'environnement. Lorsque l'infirmière met en évidence certains problèmes prioritaires, elle doit inscrire au PTI les interventions et directives à mettre en place de façon spécifique pour chacun d'eux.

L'infirmière doit aussi demeurer attentive aux aspects suivants dans son évaluation et référer au médecin les patients présentant :

- un changement brutal de l'état mental, de leurs capacités fonctionnelles ou du comportement;
- des indices d'instabilité clinique;
- des signes vitaux anormaux;
- une souffrance ou détresse psychologique;
- une dangerosité pour lui-même ou pour autrui.

C'est donc dire que lors de manifestations patentes, le médecin devra être rapidement impliqué, car le but de la description et de l'évaluation du comportement perturbateur est d'en trouver la cause pour mettre en place le traitement approprié et les interventions non pharmacologiques et pharmacologiques nécessaires, selon le cas. Pour certains comportements complexes ou persistants, une prise en charge interprofessionnelle devra être envisagée avec la contribution d'un ou plusieurs experts.

L'examen médical complet tient compte de l'évaluation effectuée par l'infirmière, de la maladie actuelle, des antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques, de la médication, d'une revue des systèmes effectuée de façon adaptée aux capacités de la personne ou faite avec un proche aidant, ainsi que d'un examen physique et mental pertinent. La révision de la médication est effectuée dans le but de déterminer si le comportement pourrait être relié à une cause pharmacologique (ajout récent d'un médicament, fardeau anticholinergique, etc.). Il est aussi important de revoir les indications de la médication, en particulier, celle des psychotropes, et l'optimiser en tenant compte entre autres des antécédents psychiatriques et des symptômes actuels, ainsi que de la condition médicale du patient. Certains médicaments sont plus susceptibles de causer un delirium : benzodiazépines, narcotiques, anticholinergiques, corticostéroïdes. De plus, l'ajout de plus de 3 médicaments peut être un facteur précipitant [47]. Finalement, il est important de vérifier si des médicaments à éviter en présence d'un SCPD sont prescrits et identifier des alternatives lorsque c'est possible (voir annexe 19).

Habituellement, une grande part de cette évaluation a été faite lors de l'admission ; il y a lieu de répéter les éléments pertinents à la situation. Cette évaluation est répétée régulièrement, voire quotidiennement, afin de s'assurer de résoudre toute condition réversible et d'évaluer le succès ou l'échec de mesures thérapeutiques entreprises. Cette évaluation peut souvent être complétée d'un

bilan paraclinique pertinent, par exemple: détérioration du fonctionnement d'un ou de plusieurs organes (rein, foie, cœur, poumons, etc.), désordre endocrinien (thyroïde, pancréas, parathyroïde etc.), métabolique, médicamenteux ou infectieux.

Outre le delirium et les SCPD, la présence d'antécédents psychiatriques doivent aussi être considérés. Ils ajoutent un élément de fragilité au niveau de l'interprétation ou de la réaction à la réalité par ce patient et peuvent contribuer à un problème de comportement.

Voici un aide-mémoire pour le diagnostic différentiel du comportement perturbateur :

Condition médicale aiguë	Trouble psychiatrique aigu	Crise situationnelle	Trouble neurocognitif majeur
• Delirium (toutes ses causes) • Intoxication/retrait de substances (drogues, alcool, médicaments)	• Psychoses aiguës : - Schizophrénie - Manie (avec ou sans symptômes psychotiques) - Dépression psychotique - Autres troubles psychotiques	• Personnalité normale • Troubles de personnalité: - Borderline - Antisociale - Histrionique - Paranoïde • Pathologie psychiatrique • Troubles neurocognitifs	• Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

4.2.4 Interventions spécifiques

Le choix des interventions spécifiques se fait en partenariat avec le patient et ses proches.

4.2.4.1 Interventions non-pharmacologiques

Tous les intervenants de l'unité peuvent être sollicités ou des intervenants externes ou des bénévoles.

Les interventions non-pharmacologiques les mieux adaptées aux capacités et aux préférences de la personne présentent une meilleure efficacité [48]. Cela dit, le questionnaire sur l'histoire de vie de la personne permettra de mieux personnaliser le choix des différentes interventions et ce, dès l'admission. En effet, pour un même comportement, des interventions différentes peuvent s'appliquer. Par exemple, des cris répétitifs peuvent sous-tendre un manque de stimulation ou encore une douleur.

Nous avons classé en quatre catégories (activités sensorielles, activités structurés, activités physiques et contacts sociaux) les principales activités thérapeutiques qui peuvent le mieux s'adapter au contexte d'une UCDG. Une description plus détaillée de chacune de ces activités est fournie à l'annexe 18.

Nous recommandons de prendre connaissance de ces méthodes et de retenir celles qui s'adaptent le mieux à la clientèle de votre UCDG. Il faut cependant prendre en compte que la durée de séjour en

UCDG est plus courte que dans d'autres programmes de soins gériatriques, ce qui exige de la part des intervenants du flair, de la flexibilité et de l'efficacité. Le programme doit couvrir les étapes du processus clinique nécessaires à la précision diagnostique (évaluation, investigation), au démarrage des traitements et à la stabilisation de l'état général avant le retour à domicile ou l'orientation vers des programmes d'autres niveaux de soins.

4.2.4.2 Interventions pharmacologiques

Principalement médecin et pharmacien.

Devant un comportement perturbateur, qu'il soit causé par un delirium ou par un SCPD, il faut d'abord agir en tentant d'identifier une cause et en optimisant les approches non-pharmacologiques tel que mentionné précédemment, ce qui pourra être suffisant lorsque les symptômes sont légers ou modérés et ne présentent aucune forme de dangerosité pour la personne ou autrui. Par exemple, si la douleur (souvent non reconnue ou non verbalisée par le patient) semble être la cause du comportement perturbateur, la prescription d'acétaminophène pendant quelques jours à doses régulières peut être tentée.

La souffrance des patients ainsi que les risques que leurs comportements peuvent amener envers autrui justifie le recours à des interventions pharmacologiques. Par exemple, l'utilisation d'antipsychotiques peut s'avérer utile dans les cas suivants:

- a. Détresse psychologique causée par l'agitation ou les symptômes psychotiques;
- b. Menace à l'intégrité physique du patient ou de son entourage en lien avec le comportement perturbateur;
- c. Le symptôme rend impossible une investigation ou l'administration d'un traitement essentiel.

4.2.4.2.1 Delirium

Il est à noter qu'aucune médication n'est formellement indiquée par Santé Canada pour le traitement du delirium. En fait, aucune donnée probante n'appuie l'utilisation des antipsychotiques ou de toute autre médication dans le traitement du delirium, que ce soit en regard de la durée ou la sévérité du delirium de même que la durée de séjour [49]. Malgré que les preuves scientifiques soient insuffisantes, les antipsychotiques demeurent les médicaments de choix lorsqu'un traitement pharmacologique est nécessaire pour atténuer les symptômes psychologiques et comportementaux du delirium [47]. À l'exception des deliriums de sevrage alcoolique ou de sevrage aux benzodiazépines, l'emploi des benzodiazépines est à proscrire dans le traitement du delirium puisqu'elles aggravent les perturbations de la vigilance et les troubles cognitifs [47].

Quelques éléments importants sur les antipsychotiques dans le delirium [47]:

- Halopéridol et rispéridone sont les plus utilisés car ils sont plus incisifs;
- Halopéridol est recommandé en première intention lorsqu'une administration parentérale est nécessaire ou qu'un soulagement rapide de l'agitation et de l'agressivité est souhaité (délai d'action court soit 20 minutes pour les voies sous-cutanée et intramusculaire et 30 à 60 minutes pour la voie orale);
- Les antipsychotiques atypiques (rispéridone et olanzapine) sont des alternatives raisonnables (efficacité comparable à l'halopéridol et profil d'effets indésirables plus favorables), mais

aucune forme injectable ne permet leur utilisation en cas d'urgence. Quoique moins incisive, la quétiapine peut aussi être tentée.

- Si utilisé, trouver la dose minimale efficace (tableau 5) et réévaluer quotidiennement la pertinence et surveiller les effets indésirables (sédation, hypotension orthostatique, signes extra-pyramidaux, allongement de l'intervalle QT).
- L'utilisation en PRN des antipsychotiques atypiques n'est toutefois pas recommandée lors d'un delirium étant donné le délai d'action de quelques heures même pour les formes à dissolution rapide.
- Cesser dès la résolution des symptômes ciblés (généralement moins d'une semaine). L'arrêt brusque de l'antipsychotique est approprié s'il a été administré durant une semaine ou moins. Le sevrage étalé sur une semaine est préférable si l'antipsychotique a été utilisé pour plus d'une semaine. Si la médication ne peut être cessée, réduire à la dose minimale efficace et en réviser la pertinence régulièrement.

Tableau 5. Posologie et particularités des antipsychotiques dans le traitement du delirium [47]

Médicament	Dose initiale quotidienne	Dose maximale quotidienne	Particularités
Halopéridol	0,25 à 1 mg PO bid 0,25 à 1 mg SC ou IM q 1 h PRN	2 à 4 mg	Peut s'administrer par voie orale, sous-cutanée et intramusculaire
Risperidone	0,25 mg PO HS	2 mg	Formulation liquide (1 mg/ml) et à dissolution rapide (cos 0,5 mg, 1 mg et 2 mg) disponibles. Se dissout rapidement mais bioéquivalent à la formulation orale, donc l'effet n'est pas plus rapide.
Olanzapine	1,25 à 2,5 mg PO HS	10 mg	Formulation à dissolution rapide (cos 5 et 10 mg) disponible. Se dissout rapidement mais bioéquivalent à la formulation orale, donc l'effet n'est pas plus rapide.
Quétiapine	12,5 à 25 mg PO BID	200 mg	Effets anticholinergiques à considérer Forme longue action disponible (Seroquel XR®) : non indiquée pour traitement du delirium à court terme

4.2.4.2.2 Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Tous les SCPD ne répondent pas aussi bien à l'approche pharmacologique. Le tableau 6 présente les symptômes qui peuvent être atténués, contrôlés ou éliminés par la médication et ceux qui risquent de demeurer malgré l'ajout d'un médicament. Dans tous les cas, une approche non-pharmacologique doit aussi s'adjoindre pour un meilleur succès.

Tableau 6. Indications possibles du traitement médicamenteux en fonction du SCPD [5]

Symptôme qui peut être atténué, contrôlé ou éliminé par la médication	Symptôme qui risque de demeurer malgré l'ajout d'un médicament
• Agitation-agressivité • Anxiété • Apathie • Comportements sexuels inappropriés • Dépression • Psychose • Troubles du sommeil	• Comportements inappropriés relatifs à l'élimination (selles et urine) ou à l'habillage • Cris répétitifs non liés à la douleur ni à la dépression • Désinhibition verbale • Errance • Fugues • Mouvements répétitifs • Oralité • Résistance aux soins (hygiène, habillement) • Rituels d'accumulation.

Principes généraux sur la pharmacothérapie dans le traitement des SCPD [5]:

- Tenter un seul médicament à la fois, lorsque possible. Éviter les cascades médicamenteuses.
- Augmenter lentement les doses jusqu'au maximum permis, en ajustant selon la réponse et la tolérance du patient. Une réponse complète peut prendre plus de 2 semaines.
- Optimiser la dose et la durée de l'essai thérapeutique selon la tolérance du patient et l'efficacité de la médication, puis viser une dose d'entretien stable (soit une dose minimale efficace) pour éviter l'usage continu des PRN.
- Si après une durée de traitement suffisante le médicament est jugé inefficace, considérer un changement de médicament.
- Utiliser un médicament sur une base PRN en tant que mesure temporaire.
- Envisager une médication PRN prolongée si tout autre traitement, pharmacologique ou non, s'est avéré inefficace, en s'assurant de détailler la situation appropriée à son administration (ex. : intervalle d'administration et dose maximale en 24h).
- Réévaluer la pertinence du médicament à la résolution du SCPD et à la sortie de l'UCDG.
- Au départ de l'UCDG, établir un plan pour le suivi médical en lien avec la médication (réévaluation de l'indication, ajustement de dose, sevrage et monitoring des effets indésirables au besoin).

Le tableau 7 résume les choix de traitement pharmacologique en fonction des SCPD, tandis que le tableau 8 présente avec plus de détails les médicaments dont l'efficacité a été démontrée pour contrer l'agitation ou l'agressivité dans les SCPD.

Tableau 7. Choix de traitement pharmacologique en fonction des SCPD [5]

Trouble du sommeil	Apathie	Dépression	Anxiété	Comportements sexuels inappropriés	Psychose agitation-agressivité, agressivité
<i>Benzodiazépines à court terme (moins de 30 jours, idéalement moins de 2 semaines) :</i> • Lorazépam • Oxazépam • Zopiclone • Trazodone • Mirtazapine	<i>ICHÉ</i>	- ISRS • Citalopram • Sertraline • Escitalopram - Mirtazapine - ISRN • Duloxétine • Venlafaxine • Desvenlafaxine - Bupropion - Moclobémide - IChE	- Trazodone - Benzodiazépines à court terme (moins de 30 jours, idéalement moins de 2 semaines) - ISRS - Buspirone - ISRN - Mirtazapine - Moclobémide - IChE	- ISRS - Antipsychotiques atypiques • Risperidone • Olanzapine • Aripiprazole • Quétiapine - Antipsychotique typique : halopéridol - ISRS • Citalopram • Sertraline • Escitalopram	- Antipsychotiques atypiques • Risperidone • Olanzapine • Aripiprazole • Quétiapine - Antipsychotique typique : halopéridol - ISRS • Citalopram • Sertraline • Escitalopram - IChE : 1 ^{ère} ligne de traitement pour la démence à corps de Lewy - Anticonvulsivant (agitation) : carbamazépine - Trazodone (agitation) - Benzodiazépines à court terme (moins de 30 jours, idéalement moins de 2 semaines): lorazépam - Mémantine (<i>hallucinations, idées délirantes et agitation</i>)

ICHÉ : Inhibiteur de la cholinestérase; ISRS : Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine; ISRN : Inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la norépinéphrine;

Légende :

- En italique : médicaments proposés sur la base de l'expérience clinique plus que sur des preuves scientifiques.
- En caractères normaux : médicaments pour lesquels il y a certaines preuves scientifiques.

Reproduit avec la permission des auteurs à partir du schéma 2 de la référence [5] : Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux: **Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence**. Québec (Québec): Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2014, p. 4

Tableau 8. Traitement pharmacologique dont l'efficacité a été démontrée pour contrer l'agitation ou l'agressivité dans les SCPD

Médicament	Dose de départ	Dose efficace	Efficacité	Effets secondaires	Risque associé et suivi nécessaire
Antipsychotique atypique			• Agitation • Agressivité • Psychose	• Symptômes extrapyramidaux • Dyskinésie tardive • Sédation • Hypotension orthostatique • Troubles de la marche et chutes • Symptômes anticholinergiques • Allongement de l'intervalle QT • Toxicité hépatique • Infections respiratoires et urinaires • Œdème périphérique • Syndrome métabolique	• Augmentation multipliée par trois du risque d'accidents vasculaires cérébraux • Augmentation de la mortalité (OR :1.54) • Surveillance de l'IMC, circonférence de taille q. 1 mois X 3 puis q. 3 mois • Bilan glycémique et lipidique au départ, après 3 mois, puis annuellement
Inhibiteur de l'acétylcholinestérase			• Prévient l'apparition de SCPD • Apathie • Anxiété • Dysphorie	• Bradycardie • Arythmie • Nausées, vomissements, diarrhées • Céphalées • Étourdissements • Troubles du sommeil	• Contre-indication en cas de bradycardie, de bradyarythmie, de bloc de branche gauche (BBG), de bloc auriculoventriculaire (bloc AV) et de syncopes • Surveillance de la résurgence des symptômes
Mémantine	5 mg DIE	Ad 10 mg BID	• Irritabilité • Agitation • Agressivité • Psychose	• Diarrhée, constipation • Troubles du sommeil • Céphalées • Étourdissements	• Prudence en cas d'insuffisance rénale
Antidépresseurs			• Agitation • Agressivité • Anxiété • Dépression	• Céphalées • Hyponatrémie • Nausées • Diarrhées • Sudation • Somnolence	• Surveillance des électrolytes dans les deux premières semaines du traitement • Syndrome de retrait : effectuer un sevrage progressif
Citalopram*	10 mg	20 mg (60 ans ou plus)			
Sertraline*	25 mg	50-200 mg			
Trazodone	12,5-25 mg HS	150-250 mg			

Médicament	Dose de départ	Dose efficace	Efficacité	Effets secondaires	Risque associé et suivi nécessaire
				• Dysfonction sexuelle • Troubles du sommeil • Troubles de l'équilibre • Changement de poids • Saignements • Agitation paradoxale • Arythmie[s] (trazodone) • Symptômes anticholinergiques (trazodone)	• Trazodone contre-indiquée si maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS) et arythmie
Anticonvulsivant Carbamazépine**	50-100 mg en BID ou QID	Selon dosage plasmatique Max. 1600 mg	• Agitation • Agressivité	• Sédation • Dyscrasies sanguines • Réactions dermatologiques graves • Toxicité hépatique • Ataxie et chutes • Diplopie • Hyponatrémie • Ostéoporose	• Interactions médicamenteuses multiples • Bilan initial : FSC, E+, TSH, ECG, densité osseuse • Suivi FSC après 1 mois, puis q. 4 à 6 mois, E+ q. 6 mois

IMC, indice de masse corporelle; SCPD, symptômes comportementaux et psychologiques de la démence; DIE, une fois par jour; BID, deux fois par jour; QID, quatre fois par jour; P.O. : per os; FSC, formule sanguine complète; ECG, électrocardiogramme; E+, Électrolytes; TSH, thyroid-stimulating hormone.

*L'utilisation en premier lieu du citalopram et de la sertraline avant les antipsychotiques serait recommandée pour les symptômes d'agitation et d'agressivité en raison de leur profil favorable.

** Utilisation très peu courante compte tenu du nombre élevé d'interactions médicamenteuses possibles. Une référence en psychiatrie et en pharmacie sont recommandées avant d'initier le traitement.

Reproduit avec la permission des auteurs à partir de la référence [5] : Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux:

Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Québec (Québec): Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2014, p. 22-23

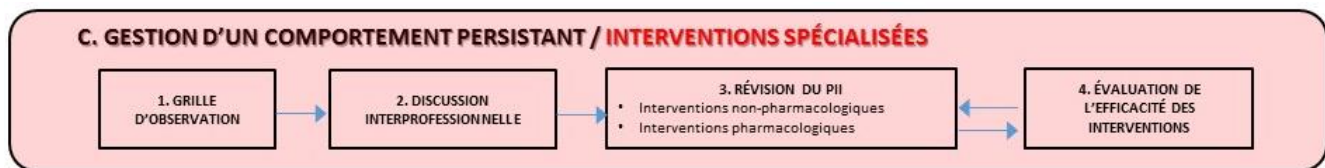
On retrouve certaines particularités du traitement pharmacologique des SCPD dans les TNCM atypiques [5, 12]:

- Démence frontotemporale (DFT): Pour l'agitation associée à la DFT, les ISRS (ex. : citalopram, sertraline) et la trazodone sont privilégiés [5]. Étant donné que les patients avec DFT sont plus susceptibles aux effets secondaires extra-pyramidaux des antipsychotiques, cette classe de médicament est réservée lorsque le trouble de comportement est sévère ou dangereux [50].
- L'olanzapine, la quétiapine et l'aripiprazole sont des choix pertinents. En raison de ses effets antidopaminergiques plus marqués, il est possible que la risperidone soit moins bien tolérée. La quétiapine, qui est un antagoniste modéré des récepteurs D2, causerait moins d'effets extra-pyramidaux [50].
- Démence à corps de Lewy ou parkinsonienne [5] :
 - Les hallucinations visuelles font partie des symptômes classiques de la démence à corps de Lewy. Elles sont également fréquentes chez les patients avec démence parkinsonienne, notamment en raison des effets secondaires dopaminergiques du traitement de la maladie de Parkinson. Il n'est pas nécessaire de les traiter d'emblée, mais une révision de la médication antiparkinsonienne est suggérée. Le traitement pharmacologique est réservé aux patients chez qui elles occasionnent de la détresse ou qui présentent un potentiel de dangerosité pour autrui (ex. : quand elles sont associées à de l'agressivité et de l'agitation).
 - En présence d'un SCPD perturbateur ou d'hallucinations visuelles, la révision de la médication antiparkinsonienne peut permettre d'identifier une cause d'exacerbation du SCPD. Lorsque requis, prioriser le sevrage selon l'ordre qui suit :
 - 1) anticholinergiques
 - 2) inhibiteurs de monoamine oxydase (inhibiteurs MAO ou IMAO)
 - 3) inhibiteurs COMT
 - 4) agonistes DA
 - 5) L-Dopa
 - Pour contrôler les hallucinations visuelles, l'apathie et les délires, les inhibiteurs de la cholinestérase constituent une première ligne de traitement [51, 52]. La rivastigmine demeure l'agent le plus utilisé dans ce contexte [53].
 - Les antipsychotiques typiques ou atypiques sont contre-indiqués en raison d'une hypersensibilité de ces patients à ces médicaments. Dans les cas graves et persistants, un essai empirique avec la quétiapine à petites doses peut être approprié.
 - La clozapine s'est aussi avérée utile chez ces patients puisqu'elle présente moins d'effets parkinsoniens [54]. Cependant elle nécessite un suivi hématologique serré. À cause de cet inconvénient, la clozapine est utilisée en dernier recours.

Une fois que les interventions non pharmacologiques et pharmacologiques sont ciblées, il est primordial de réviser et ajuster le PTI et le PII afin que l'ensemble de l'équipe soignante intervienne de façon concertée sept jours sur sept, vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

4.3 Gestion du comportement perturbateur persistant et interventions spécialisées

Les interventions spécialisées de gestion des comportements perturbateurs reliés aux TNCM en UCDG sont élaborées en équipe interprofessionnelle (figure 1, partie C). Selon les ressources disponibles, la participation d'un gériatre, d'un psychiatre (ou gérontopsychiatre) ou d'une infirmière spécialisée (ou psychologue spécialisé) peut être requise. Le plan d'intervention individualisé est élaboré en fonction de ses compétences professionnelles, appuyées par des informations recueillies à l'aide de la grille d'observation, du CMAI ou du NPI.



4.3.1 Grille d'observation comportementale

Tous les professionnels peuvent participer à compléter la grille.

Cette grille permet d'observer les comportements du patient sur plusieurs jours (entre 3 et 7 jours). La grille d'observation doit être utilisée seulement lorsqu'aucune cause clinique n'a été identifiée au préalable. Ce type de grille permet d'observer l'horaire où le comportement se manifeste ainsi que sa fluctuation. Elle peut être remplie par tous les membres de l'équipe, en collaboration avec les PAB.

Dans le cas où le comportement se manifeste de façon très irrégulière, la grille d'observation modèle « ABC (antécédents-behaviors-consequences) » peut être utilisée (annexe 17), [3]. Cette grille permet la description et la documentation du contexte et du comportement présenté, les intervenants impliqués, les interventions tentées et les résultats obtenus. Cette grille doit être réservée pour les comportements très complexes, lorsque le type de comportement est aléatoire ou lorsque les causes n'ont pu être identifiées par les outils préalables. Par la suite, l'analyse de la grille d'observation se fait en équipe interprofessionnelle et permet de guider les soignants dans leur identification des interventions les plus efficaces à mettre en place pour réduire les comportements perturbateurs. L'analyse de la grille établira également les fondements du plan d'intervention à transmettre aux intervenants concernés lors du congé du patient.

4.3.2 Discussion interprofessionnelle et mise à jour du PII

Médecin, infirmière et autres experts (ex. gériatre, gérontopsychiatre, psychologue, etc.) ou d'autres professionnels.

Si le problème persiste malgré les interventions de base et les interventions spécifiques, les résultats de l'analyse détaillée du comportement seront discutés lors d'une rencontre interprofessionnelle. Ces discussions permettent de cibler des interventions spécialisées. Il faut à nouveau tenter d'intervenir sur la cause du comportement davantage que sur le comportement lui-même. Selon les milieux, en plus des membres réguliers de l'équipe interprofessionnelle et les proches aidants, il convient d'impliquer

un gériatre, un psychiatre (ou un gérontopsychiatre) ou une infirmière spécialisée en gérontopsychiatrie (ou une psychologue spécialisée), etc. Les outils tels que le NPI, le CMAI et la grille d'observation comportementale, peuvent être réutilisés pour documenter l'efficacité des interventions. Le PII est donc réévalué lors des rencontres interprofessionnelles. C'est également l'opportunité d'effectuer une surveillance des effets indésirables pharmacologiques le cas échéant.

4.4 Préparation du congé

La planification du congé débute dès l'admission. L'amorce, dès l'entrée en centre hospitalier, d'une discussion sur plan de sortie du patient peut surprendre les proches aidants. Cela peut paraître hâtif pour certains, surtout dans un contexte de SCPD. Donner de l'information sur le pourquoi de ces discussions devient alors primordial. Le patient et sa famille sont les éléments centraux de cette planification. Une évaluation rigoureuse des besoins et des attentes de chacun des systèmes qui gravitent autour du patient doit donc être faite afin de favoriser une prise en charge optimale lors de son départ de l'UCDG.

D. PRÉPARATION DU CONGÉ

- Transfert des informations aux intervenants concernés
- Réévaluation du traitement pharmacologique

4.4.1 Transfert des informations aux intervenants concernés

Dans les jours entourant le congé, il est primordial de transférer aux intervenants de la relève, les informations recueillies lors de l'hospitalisation au sujet des attitudes à adopter et des interventions efficaces pour soulager les comportements perturbateurs. Le plan de traitement pharmacologique, de surveillance des effets indésirables et de sevrage doit également être transmis afin d'éviter la poursuite inutile des psychotropes. Un comportement perturbateur en milieu hospitalier ne sera pas nécessairement reproduit dans le milieu de vie. Aussi, un comportement pourrait se manifester tout autrement selon les causes à l'origine.

Nous recommandons aux UCDG de partager de façon systématique les éléments du PTI et du PII relatifs aux comportements perturbateurs aux intervenants des autres programmes de soins qui assureront le suivi post UCDG pour les patients qui ne retournent pas directement au domicile.

À cette étape, il est également important d'impliquer les familles et de valider leur compréhension des SCPD pour assurer une transition harmonieuse et favoriser une continuité du plan d'intervention. Une rencontre formelle avec le médecin de l'unité, l'infirmière clinicienne et la travailleuse sociale impliquée peut aider à concrétiser le plan de sortie et ainsi aider les proches aidants à se sentir mobilisés dans le processus, entendus, reconnus et valoriser dans leur rôle d'aidant. Aussi, des partenaires communautaires qui peuvent être jugés comme essentiels pour le continuum de services dans la prise en charge peuvent faire partie de la rencontre de planification de congé afin de maximiser les chances de réussite de la sortie.

Ces renseignements devraient également être transmis au médecin traitant et le cas échéant, aux équipes de soins à domicile.

Ce transfert d'information peut se faire de différentes manières, mais il est crucial d'intégrer ces renseignements à un résumé de dossier adapté à la personne âgée fragile [55] (annexe 20).

4.4.2 Réévaluation du traitement pharmacologique

Afin d'éviter une ré-hospitalisation et d'optimiser la pharmacothérapie au long terme, il est important de mentionner au congé toute médication qui a été cessée et celles qui ont été débutées durant le séjour en UCDG, et ce dans le résumé de dossier pour le médecin traitant ainsi que sur l'ordonnance pharmaceutique de départ destinée au pharmacien communautaire (ou BCM au congé). On indiquera aussi les suivis nécessaires, par exemple, le plan de sevrage suggéré s'il y a lieu et la fréquence de réévaluations requises spécifiquement pour les antipsychotiques et les benzodiazépines.

5. Conclusion

Dans le cadre des activités du regroupement RUSHGQ, les responsables cliniques et gestionnaires du programme UCDG ont jugé important de proposer une approche interprofessionnelle pour prévenir et gérer l'apparition d'un comportement perturbateur lors de l'hospitalisation d'une personne atteinte d'un delirium ou autre trouble neurocognitif. Cette approche a été développée par un processus dynamique et interactif, basé sur les données pertinentes de la littérature et une collecte d'informations sur les meilleures pratiques cliniques des professionnels œuvrant en UCDG. Nous espérons que l'approche préconisée, et qui sera bonifiée au fil des années, contribue à harmoniser les pratiques des professionnels de la santé des UCDG afin de mieux desservir leur clientèle.

6. Références

1. Kergoat MJ, Latour J, Bolduc A: **Rapport des consultations sur la mission, la clientèle ainsi que la planification et l'organisation du congé du programme UCDG**. Montréal (Québec): Regroupement des unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2016, www.rushgq.org (document accessible gratuitement sur l'accès invité).
2. Québec (Province). 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**. Québec (Québec): Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2014.
3. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux: **Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence**. Québec (Québec): Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2014, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-05W.pdf>.
4. Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux: **Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence**. Québec (Québec): Ministère de la santé et des services sociaux; 2014, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-06W.pdf>.
5. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux: **Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence**. Québec (Québec): Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2014, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-07W.pdf>.
6. Champagne G, Vu TTM, Provost N: **Inventaire des outils cliniques et administratifs utilisés dans les UCDG du Québec - version du 12 novembre 2012**. Montréal: Regroupement des Unités de courte durée gériatrique et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2012.
7. Champagne G, Provost N, Vu TTM: **Enquête auprès des professionnels des Unités de courte durée gériatriques (UCDG) sur l'utilisation des outils cliniques standardisés**. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2014.
8. Salois R: **Les urgences au Québec : évolution de 2003-2004 à 2012-2013**. Québec (Canada): Gouvernement du Québec; 2014.
9. Latour J, Lebel P, Leclerc BS, Leduc N, Berg K, Bolduc A, Kergoat MJ: **Short-term geriatric assessment units: 30 years later**. *BMC Geriatr* 2010, **10**(1):41.
10. American Psychiatric Association: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition**. Arlington, VA; 2013.
11. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS: **A description of agitation in a nursing home**. *J Gerontol* 1989, **44**(3):M77-84.
12. Bourque M, Kergoat MJ, Bruneau M-A, Gilbert S, Thibeault L, Boyer D: **État cognitif et comportemental – Agitation dans les démences**. In: *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2012, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-09W.pdf>.

13. Kergoat M-J, Dupras A, Juneau L, Bourque M, Boyer D, et al: **Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier: cadre de référence**. Québec (province), Canada: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications 2011.
14. Schiaratura LT: **La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer**. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement* 2008, **6**(3):183-187.
15. Pelletier D: **La communication avec les aînés présentant des déficits cognitifs**. In: *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. Edited by Voyer P. Québec: Éditions du nouveau pédagogique inc; 2013: 545-554.
16. Geneau D, Ménard C: **L'agitation pathologique, l'approche optimale du résident: les 4 étapes de l'Approche optimale. Programme de formation en psychogériatrie**: Service d'expertise en psychogériatrie, enseignement et consultation (SEPEC); 2006.
17. Bourque M, Voyer P: **La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence**. In: *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. Edited by Voyer P. Québec: Éditions du nouveau pédagogique inc; 2013: 461-473.
18. Tanguay A: **Alzheimer et diagnostics différentiels: Évaluation et traitement**. In: *Manuel didactique destiné au personnel soignant, 2ième édition*. Québec: Éditions Nouvelles; 2010.
19. Voyer P: **Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2ième édition**. Montréal: Pearson, ERPI; 2013.
20. Canevelli M, Valletta M, Trebbastoni A, Sarli G, D'Antonio F, Tariciotti L, de Lena C, Bruno G: **Sundowning in Dementia: Clinical Relevance, Pathophysiological Determinants, and Therapeutic Approaches**. *Front Med (Lausanne)* 2016, **3**:73.
21. Ducharme F, Beaudet L, Legault A, Kergoat MJ, Levesque L, Caron C: **Development of an intervention program for Alzheimer's family caregivers following diagnostic disclosure**. *Clinical nursing research* 2009, **18**(1):44-67.
22. Ducharme F, Levesque L, Lachance L, Kergoat MJ, Coulombe R: **Challenges associated with transition to caregiver role following diagnostic disclosure of Alzheimer disease: a descriptive study**. *Int J Nurs Stud* 2011, **48**(9):1109-1119.
23. Ducharme FC, Levesque LL, Lachance LM, Kergoat MJ, Legault AJ, Beaudet LM, Zarit SH: **"Learning to become a family caregiver" efficacy of an intervention program for caregivers following diagnosis of dementia in a relative**. *Gerontologist* 2011, **51**(4):484-494.
24. Inouye SK: **Delirium in older persons**. *N Engl J Med* 2006, **354**(11):1157-1165.
25. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS: **Delirium in elderly people**. *Lancet* 2014, **383**(9920):911-922.
26. Voyer P, Champoux N, Desrosiers J, Landreville P, McCusker J, Monette J, Savoie M, Carmichael PH, Richard H, Richard S: **RADAR: A Measure of the Sixth Vital Sign?** *Clinical nursing research* 2016, **25**(1):9-29.
27. Voyer P, Champoux N, Desrosiers J, Landreville P, McCusker J, Monette J, Savoie M, Richard S, Carmichael PH: **Recognizing acute delirium as part of your routine [RADAR]: a validation study**. *BMC nursing* 2015, **14**:19.
28. Bellelli G, Morandi A, Davis DH, Mazzola P, Turco R, Gentile S, Ryan T, Cash H, Guerini F, Torpilliesi T et al: **Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people**. *Age Ageing* 2014, **43**(4):496-502.
29. Inouye SK, Bogardus ST, Jr., Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, Cooney LM, Jr.: **A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients**. *N Engl J Med* 1999, **340**(9):669-676.

30. Fox MT, Sidani S, Persaud M, Tregunno D, Maimets I, Brooks D, O'Brien K: **Acute care for elders components of acute geriatric unit care: systematic descriptive review**. *J Am Geriatr Soc* 2013, **61**(6):939-946.
31. Kergoat MJ, Gilbert S, Gravel J, Hill J, Hoang LUA, Latour J, Loontjens B, Morin M, Papillon-Ferland L, Paré C *et al*: **Guide de gestion médicamenteuse en UCDG**. Montréal (Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2015.
32. By the American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel: **American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults**. *J Am Geriatr Soc* 2015, **63**(11):2227-2246.
33. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P: **STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2**. *Age Ageing* 2015, **44**(2):213-218.
34. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI: **Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium**. *Ann Intern Med* 1990, **113**(12):941-948.
35. Laplante J, Cole M, McCusker J, Singh S, Ouimet MA: **[Confusion Assessment Method. Validation of a French-language version]**. *Perspective infirmiere : revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec* 2005, **3**(1):12-14, 16-18, 20-12.
36. Wong CL, Holroyd-Leduc J, Simel DL, Straus SE: **Does this patient have delirium?: value of bedside instruments**. *JAMA* 2010, **304**(7):779-786.
37. Voyer P, Wilchesky M, Richard H, Pelletier I, Ballard S, Lundu O: **4AT French version 1.0**. . Université Laval (Québec, Canada); 2016, https://static1.squarespace.com/static/543cac47e4b0388ca43554df/t/595faee0b11be1000160813/1499442913580/4AT+Fran%C3%A7ais+v1_1.pdf
38. International psychogeriatric association: **The IPA complete guides to behavioral and psychological symptoms of dementia**. Milwaukee (Wisconsin, United States); 2012.
39. Société Alzheimer du Canada: **Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne**; 2011 [consulté le 28 janvier 2017] http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Culture-change/culture_change_framework_f.pdf.
40. Fitzsimmons S, Barba B, Stump M: **Sensory and nurturing nonpharmacological interventions for behavioral and psychological symptoms of dementia**. *J Gerontol Nurs* 2014, **40**(11):9-15.
41. Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S: **Reminiscence therapy for dementia**. *Cochrane database of systematic reviews* 2005(2):CD001120.
42. Deslauriers S, Landreville P, Dicaire L, Verreault R: **Validité et fidélité de l'inventaire de Cohen-Mansfield**. *Canadian Journal on aging / La Revue canadienne du vieillissement* 2001, **20**(3):373-384.
43. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J: **The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia**. *Neurology* 1994, **44**(12):2308-2314.
44. Sisco F, Turel M, Lafont V: **Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes**. *L'Année Gériatologique* 2000, **14** 151-171.
45. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux: **Inventaire neuropsychiatrique réduit, NPI-R**. Montréal (Québec): Institut national d'excellence en santé et en services

sociaux; 2015 [consulté le 28 janvier 2017]

http://inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_NPI-R.pdf.

46. Algase DL, Beck C, Kolanowski A, Whall A, Berent S, Richards K, Beattie E: **Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior**. *American Journal of Alzheimer's Disease* 1996, **5**:10-19.
47. Paré C, Hill J, Clerc D: **Gestion des antipsychotiques dans le traitement du délirium en UCDG**. In: *Guide de gestion médicamenteuse appropriée en UCDG*. Montréal (Québec): Regroupement des Unités de courtes durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec; 2015.
48. Cohen-Mansfield J: **Nonpharmacologic treatment of behavioral disorders in dementia**. *Current treatment options in neurology* 2013, **15**(6):765-785.
49. Neufeld KJ, Yue J, Robinson TN, Inouye SK, Needham DM: **Antipsychotic Medication for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis**. *J Am Geriatr Soc* 2016, **64**(4):705-714.
50. Lee SE, Miller BL: **Frontotemporal dementia : treatment**: Up-to-date; 2016, <https://www.uptodate.com/contents/frontotemporal-dementia-treatment> [consulté le 9 avril 2017].
51. McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, Halliday G, Taylor JP, Weintraub D, Aarsland D, Galvin J, Attems J, Ballard CG *et al*: **Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium**. *Neurology* 2017, **89**(1):88-100.
52. Rolinski M, Fox C, Maidment I, McShane R: **Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease dementia and cognitive impairment in Parkinson's disease**. *Cochrane database of systematic reviews* 2012(3):CD006504.
53. McKeith I, Del Ser T, Spano P, Emre M, Wesnes K, Anand R, Cicin-Sain A, Ferrara R, Spiegel R: **Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies: a randomised, double-blind, placebo-controlled international study**. *Lancet* 2000, **356**(9247):2031-2036.
54. Grimes D, Gordon J, Snelgrove B, Lim-Carter I, Fon E, Martin W, Wieler M, Suchowersky O, Rajput A, Lafontaine AL *et al*: **Canadian Guidelines on Parkinson's Disease**. *Can J Neurol Sci* 2012, **39**(4 Suppl 4):S1-30.
55. Kergoat MJ, Latour J, Julien I, Plante MA, Lebel P, Mainville D, Bolduc A, Buckland JA: **A discharge summary adapted to the frail elderly to ensure transfer of relevant information from the hospital to community settings: a model**. *BMC Geriatr* 2010, **10**(1):69.
56. Government of United Kingdom: **Health Building Note 08-02 Dementia-friendly Health and Social Care Environments**; 2014, <http://www.gov.uk/government/collections/health-building-notes-core-elements>.
57. Absolu System: **Rôles et usages des couleurs dans l'amélioration de l'accessibilité et de la sécurité des bâtiments d'habitation, des Installations Ouvertes au Public (IOP) et des Établissements Recevant du Public (ERP)**. Guide pratique couleur et accessibilité. http://www.handicap-normandie.org/media/ef5b2_brochurecouleursaccessibiliteabsolusystemseigneuriecom_045124100_1134_18042014.pdf.
58. Konno R, Kang HS, Makimoto K: **A best-evidence review of intervention studies for minimizing resistance-to-care behaviours for older adults with dementia in nursing homes**. *J Adv Nurs* 2014, **70**(10):2167-2180.

59. Gotell E, Brown S, Ekman SL: **The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: a qualitative analysis.** *Int J Nurs Stud* 2009, **46**(4):422-430.
60. Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, Izumi S: **Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis.** *Ageing research reviews* 2013, **12**(2):628-641.
61. Buettner LL, Ferraio J: **Therapeutic recreation-nursing team: a therapeutic intervention for nursing home residents with dementia.** In: *Therapeutic recreation directory*. 1998. <http://www.recreationtherapy.com/re-dem.htm>.
62. Kilstoff K, Chenoweth L: **New approaches to health and well-being for dementia day-care clients, family carers and day-care staff.** *International journal of nursing practice* 1998, **4**(2):70-83.
63. Nasr SZ, Osterweil D: **The Nonpharmacological management of agitation in the nursing home: A consensus approach.** *Annals of Long-Term Care* 1999, **7**:171-179.
64. Harris M, Richards KC: **The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people.** *Journal of clinical nursing* 2010, **19**(7-8):917-926.
65. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Dakheel-Ali M, Regier NG, Thein K, Freedman L: **Can agitated behavior of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standardized stimuli?** *J Am Geriatr Soc* 2010, **58**(8):1459-1464.
66. Low LF, Brodaty H, Goodenough B, Spitzer P, Bell JP, Fleming R, Casey AN, Liu Z, Chenoweth L: **The Sydney Multisite Intervention of LaughterBosSES and ElderClowns (SMILE) study: cluster randomised trial of humour therapy in nursing homes.** *BMJ open* 2013, **3**(1).
67. O'Connor CM, Smith R, Nott MT, Lorang C, Mathews RM: **Using video simulated presence to reduce resistance to care and increase participation of adults with dementia.** *American journal of Alzheimer's disease and other dementias* 2011, **26**(4):317-325.
68. Bisiani L, Angus J: **Doll therapy: a therapeutic means to meet past attachment needs and diminish behaviours of concern in a person living with dementia--a case study approach.** *Dementia* 2013, **12**(4):447-462.
69. Bernabei V, De Ronchi D, La Ferla T, Moretti F, Tonelli L, Ferrari B, Forlani M, Atti AR: **Animal-assisted interventions for elderly patients affected by dementia or psychiatric disorders: a review.** *J Psychiatr Res* 2013, **47**(6):762-773.

7. Annexes

Annexe 1. Outils cliniques et administratifs utilisés dans les UCDG portant sur l'évaluation et la gestion des symptômes associés au delirium et aux autres TNC

Les dix établissements suivants ont participé au sondage :

- 1) Hôpital de Hull
- 2) Institut de cardiologie et pneumologie de Québec
- 3) Hôpital de Verdun
- 4) Hôpital de Beauce
- 5) Hôpital de Thedford
- 6) Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
- 7) Hôpital Charles Le Moyne
- 8) Hôpital de Matane (ne dispose pas de lits d'UCDG)
- 9) Hôtel-Dieu de Lévis
- 10) Hôpital de la Cité de la santé de Laval

Les outils rapportés sont les suivants :

N.B. Ceux qui sont accessibles sur le site internet du RUHSGQ dans le dossier  du sous-comité sur les outils cliniques et administratifs sont marqués d'un astérisque.

Grilles d'observation de comportements :

- Grille d'observation clinique d'un comportement perturbateur*, Analyse de la grille d'observation clinique*, procédure pour compléter la grille d'observation clinique*
- Grille d'observation comportementale
- Grille d'observation clinique et inventaire du comportement (adaptée de l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield). Cette grille est complétée par le PAB responsable d'un patient sous surveillance constante*
- Grille d'observation et de suivi des soins d'hygiène (gestion des refus) *
- Grille d'observation clinique des épisodes d'errance invasive *
- Grille d'observation clinique d'un comportement perturbateur *
- Grille d'observation des comportements perturbateurs *
- Questionnaire CMAI (Cohen Mansfield Agitation Inventory) - Inventaire d'agitation de Cohen Mansfield *

Histoire de vie :

- Histoire de vie et Guide d'utilisation du formulaire d'histoire de vie *

Delirium :

- Confusion Assessment Method : signes et symptômes* (3)
- Informations et conseils pour les membres de la famille sur le delirium *
- Règle de soins infirmiers sur le delirium : Dépistage et interventions spécifiques *
- Guide de stratégies et de mesures préventives et alternatives – Mesures de prévention et de traitement non pharmacologiques du delirium *

- Protocole de prise en charge du delirium et documents associés (en annexe du protocole)*
- R.A.D.A.R. (Repérage actif du delirium adapté à la routine) *

Dépression :

- Échelle de dépression au cours des démences de Cornell *

Douleur :

- Échelle évaluation douleur chez les personnes adultes avec difficulté à communiquer *
- Journal continu de détection de la douleur (14 ou 28 jours)- PACSLAC-F *

Rapport d'interventions :

- Rapport – Synthèse d'évaluation orientation / sortie – unité d'errance invasive *
- Recommandations des interventions aidantes – programme troubles du comportement *

Outils de formation ou de travail :

- Approche relationnelle auprès de la personne âgée lors de symptômes de delirium *
- Aide-mémoire sur les troubles neurocognitifs : certaines de leurs caractéristiques *

Environnement physique :

- Guide d'évaluation et d'aménagement de l'environnement et des fournitures matérielles pour la clientèle âgée

Concernant les projets novateurs, les informations suivantes ont été transmises :

1) Formation :

- Capsule sur les différents TNCM et comment intervenir avec cette clientèle
- Deux capsules de formation ont été dispensées sous forme de PPT et jeux de rôle, avec des outils en soutien *
- Formation aux PAB de l'UCDG concernant l'approche à favoriser avec les patients agités.
- Formation d'une équipe d'infirmières qui fera du mentorat

2) Fonctionnement :

- Algorithme de gestion des comportements perturbateurs *
- Remplacement de contention par la présence d'un agent qui peut jaser/surveiller le patient en période d'agitation où le patient cherche à se lever constamment ou entrer dans les chambres des autres en attendant que le delirium se résolve ou pour une période d'adaptation du client à l'étage.
- Patient emmené devant le poste avec une alarme de positionnement et où il peut être surveillé tout en regardant passer les intervenants/patients comme distraction ou autres activités pour l'occuper tel que plier des serviettes, regarder des revues, des vidéos (mini DVD portatif, etc.).
- Travail en équipe multi à l'UCDG, toute suggestion de tout membre du personnel est toujours la bienvenue dans les cas de SCPD les plus difficiles. Par exemple, un jour, l'employé du ménage a offert son balai à un monsieur qui essayait de ramasser des graines au sol (avec risque de chute important) et faisait de l'errance invasive. Le patient s'est mis à suivre l'employé du ménage et à nettoyer le corridor de façon sécuritaire et impeccable. Alors quand il faisait de l'errance

(besoin de s'occuper), on lui donnait le balai et on lui demandait de le passer dans le corridor.... il ne ramassait plus les graines au sol et n'allait plus dans les chambres de patients !!!

- Interventions systématiques de prévention : vérification que le patient a tout ce qu'il lui faut: lunette, dentier(s), appareil auditif(s); tous les patients sont habillés; heure fixe pour les médicaments distribués par le personnel infirmier. Au besoin l'auto-médication est instaurée - heure fixe pour les repas (les patients se rendent pour la plupart à la salle à dîner); tout le personnel stimule et favorise l'indépendance aux transferts, déplacements, AVQ.
- Projet en cours d'élaboration :
 - Chariot mobile qui contient des articles pour faire des activités occupationnelles
 - Vue : • DVD portatifs avec vidéo (Le temps d'une paix, Séraphin, paysage qui défile avec musique, bébés qui jouent et on les entend rire, chatons qui jouent, etc. • Mini aquarium lumineux avec poissons virtuels qui tournent... • Album de photos d'antan, famille, fête particulière, cabane à sucre, paysage, etc.
 - Ouïe : • Divers CD de musique • boîte à musique. Nous avons une classe de musique tous les mercredis en après-midi avec l'agent de pastorale qui vient chanter et jouer dans la guitare • Instrument de musique simple (maracas, tambourin)
 - Toucher : • Bac avec divers petits morceaux de tissus de textures variées à manipuler, plier, classer. • Domino textiles. • balles textures diverses • etc.
 - Olfactif : • diffuseur avec essences diverses, crème à mains avec essence, jeu loto des sens
 - Divers jeux : casse-tête, revues, livres à colorier, image, laine et fil, broche et crochet à tricoter, coffre à outils en plastique, tarot en plastique et vis, bouliers, etc.

3) Soutien d'une équipe de consultation

- Une équipe de consultation en gériatrie répond aux demandes pour les patients qui sont hospitalisés dans les autres secteurs que l'UCDG.
- Une équipe de gérontopsychiatrie voit tous les cas qui sont associés au delirium. De plus, la règle de soins sur le delirium et le dépistage doit être lue par le personnel infirmier et ils doivent compléter un questionnaire par la suite. Il y avait eu une formation donnée par un gériatre en 2013 et la vidéo de la formation est disponible pour les membres du personnel infirmier.

4) Environnement physique

- Présence de portes codées et d'un bracelet anti-fugue (pour certains patients).
- Bande de tissu aimanté avec l'inscription «STOP» sur le cadre de porte pour décourager le patient errant à entrer dans les chambres.
- Actions pour un meilleur repérage de la clientèle : Révision des couleurs de l'étage avec réalisation d'un contraste évident pour la porte de la salle de bain et affiche jaune sur noire indiquant les toilettes pour favoriser l'orientation, veilleuse ajoutée près et dans les salles de bain, luminosité avec interrupteur à intensité variable et ajout de lumière puisqu'il faisait sombre dès 15h00 auparavant.
- Afin d'aider à l'orientation: il y a un calendrier accessible pour chaque patient dans sa chambre (chaque intervenant s'en sert pour poser des questions concernant le lieu, le temps, la personne).

Annexe 2. Approche relationnelle auprès des patients atteints de TNCM

Échange dynamique	Pour être en position d'échange, il faut entrer en contact avec la personne. L'entrée en contact dans les premiers moments demande de faire appel aux différents sens (ouïe, toucher et vue) de la personne.
Le regard	Le contact visuel : • Rechercher le contact visuel en se tenant à une distance sécuritaire (entre la distance d'un bras et un maximum d'un mètre) et faire face au patient. • L'approche avec le sourire.
La posture	Se présenter de face et se mettre à la hauteur du patient, ne pas le dominer physiquement. S'il est assis, s'asseoir ou s'agenouiller, pour capter son regard.
Les mots et le ton de la voix	Le contact auditif : • Se présenter, lui dire qui nous sommes par rapport à lui. • Se présenter de façon chaleureuse et détendue = dire quelque chose de plaisant (ex : c'est une belle journée...). • Lui parler doucement et avec un ton assez fort, selon son ouïe. • Éviter les bruits qui peuvent nuire à l'intervention (radio, télévision, ventilateur, bruits, etc.). Déplacez-vous au besoin dans un endroit moins agité. • Utiliser des phrases simples = éviter les mots compliqués. • Donner une directive à la fois. • Au cours de l'intervention, éviter la confrontation par des termes tels que «il ne faut pas...», «ne faites pas...». • Laisser le temps au patient de répondre à votre demande. S'il ne répond pas, la répéter.
Les expressions faciales	• Démontrer votre accord par le langage corporel (acquiescement, sourires). • Votre sourire permettra de rassurer le patient et transmettra une énergie positive et calme.
Les gestes	Le contact physique : • Le toucher doit être appliqué en douceur = agréable et accueillant. • Il est important d'identifier les endroits où il est favorable d'appliquer un toucher thérapeutique (ex : attention à votre approche au niveau du visage : commencer par la main, puis l'épaule. Si la personne semble confortable, appliquer le toucher dans le cou ou dans les cheveux pourra être envisagé). • Ne pas prendre la personne par surprise. • Éviter la prise en pince. • Portez votre attention sur les signes d'impatience, d'agitation ou de repli sur soi dans les gestes ou le regard du patient (pleurs, masque douloureux ou inerte, les contorsions, les cris répétitifs, le geste craintif qui repousse les soins, les réactions autonomiques (tachycardie, bradycardie, sudation, pâleur, érythème)
Pensées et sentiments	• Rassurer le patient durant l'intervention s'il ne semble pas confortable ou s'il paraît bouleversé. • Cesser l'intervention si le patient semble incapable de se concentrer. • Il faut toujours tenir pour acquis que le patient comprend beaucoup plus qu'on ne le croit. Il doit toujours participer à l'intervention. • Il faut obtenir le consentement explicite ou implicite pour appliquer une intervention. Sinon, il faut présenter notre intervention autrement (exemples d'un consentement implicite : cligner des yeux, bouger les orteils, juste ouvrir les yeux). • Respecter l'opinion du patient même si son interprétation des faits est incorrecte. Sa perception de la réalité est différente de la nôtre et le confronter ne sert à rien.

Références [17, 18]

Annexe 3. Recommandations et exemples d'adaptation de l'environnement physique

Les recommandations suivantes d'aménagement en milieu hospitalier sont extraites de la référence [13] :

Éclairage

- Privilégier un éclairage naturel suffisant, mais tamisé pour éviter l'éblouissement.
- Ajuster l'éclairage selon l'heure de la journée (clair le jour, sombre la nuit).
- Installer le plus possible des interrupteurs gradateurs dans les chambres.
- Prévoir un éclairage de nuit dans les corridors et à proximité des toilettes pour faciliter l'orientation et diminuer les risques de chute (veilleuse près des toilettes, au pied du lit, etc.).

Bruit / niveau sonore

- Réduire le bruit de fond ambiant.
- Rappeler au personnel de diminuer l'intensité de la voix, surtout la nuit.
- Installer des mécanismes pour diminuer les claquements de porte.
- Ajouter des bandes de caoutchouc aux tiroirs pour amortir le bruit.
- Diminuer le volume des sonneries de téléphone en tout temps, particulièrement le soir et la nuit.
- Mettre les téléavertisseurs et les téléphones cellulaires en mode vibration.
- Réduire l'utilisation de l'interphone au corridor seulement.
- Favoriser l'utilisation d'écouteurs sans fil pour le téléviseur.
- Disposer d'amplificateurs vocaux pour parler aux patients avec déficits auditifs.

Décor

- Choisir une peinture de couleur chaude (jaune, orangé, beige) avec un fini mat pour les murs des espaces communs. Ces couleurs favorisent le positivisme, la socialisation et le sentiment de sécurité.
- Les teintes de bleu, de vert ou de violet devraient être privilégiées dans les chambres pour leur effet apaisant et contribuant à réduire l'activité du système nerveux central.
- Plafond blanc permettant une bonne diffusion de la lumière.
- Plancher assez pâle pour maximiser la lumière naturelle.
- Éviter les couleurs pastel à faible contraste.
- Éviter de juxtaposer le bleu et le vert (couleurs difficiles à différencier pour la personne âgée).
- Accrocher des tableaux composés d'images figuratives facilement discernables dans les longs corridors pour créer l'illusion d'une distance plus courte. Cette stratégie permet de diminuer le découragement chez le patient qui veut marcher.
- Éviter de placer des miroirs un peu partout. Ils peuvent provoquer la confusion et l'agitation en raison des changements de l'acuité visuelle et des déficits cognitifs.
- Utiliser les contrastes de couleur pour mettre en évidence certains dispositifs (lunette de toilettes, main courante, fauteuils, cadre de porte)
- Utiliser la continuité de la couleur pour la dissimulation d'endroits ou d'objets (utilité souillée, porte de sortie, etc.).

- Les murales décoratives peuvent être utilisées pour dissimuler des endroits problématiques (ex. : porte d'unité).

Orientation/signalisation/communication

- Placer des calendriers à date unique (jour-mois-année) et des horloges à gros chiffres dans les chambres et les aires communes pour favoriser l'orientation dans le temps.
- Démarquer les différentes zones fonctionnelles au moyen de la couleur, de la signalisation et de l'aménagement physique (escaliers, portes, unités de soins) pour faciliter l'orientation dans l'espace.
- Placer des panneaux indicateurs aux endroits importants à une hauteur de 90 à 140 cm du sol. Les personnes âgées, souvent courbées, ont de la difficulté à diriger leur regard vers le haut.
- Éviter la surcharge d'information.
- Utiliser toujours la même couleur, la même forme et des symboles universels pour faciliter la compréhension d'un message spécifique (toilette, sortie, etc.).
- Privilégier la police de caractères « Helvetica », ou une police similaire :
 - Utiliser une police de taille 14 points au minimum pour la documentation imprimée;
 - Opter pour une taille d'au moins 16 mm pour la petite affiche (format de 13 cm);
 - Choisir une taille d'au moins 40 mm pour la grosse affiche (format visible de loin).
- Favoriser un contraste marqué entre le lettrage et le fond (fini mat) :

À privilégier	À éviter
Lettrage noir sur fond jaune ou gris pâle	Lettrage jaune sur fond noir
	Lettrage jaune sur fond vert
	Lettrage vert sur fond bleu
	Lettrage rouge sur fond vert
	Lettrage en italique ou en majuscule

Entrée d'unité

- Placer un téléphone à gros chiffres près d'une chaise.
- Afficher un calendrier au comptoir d'information (poste infirmier) et installer une horloge à gros chiffres.
- Rendre disponibles des fauteuils roulants et autres aides à la marche.

Corridors

- Désencombrer l'espace de circulation des corridors en rangeant le matériel sur le même côté ou dans les alcôves (chariot de plateaux, de médicaments, outils, poubelles, etc.).
- Installer des bancs aux 30 mètres pour créer des zones de repos dans les longs corridors.
- Installer des mains courantes de chaque côté du corridor (diamètre de 4 à 5 cm) de couleurs contrastantes avec le mur pour faciliter le repérage.
- Éviter de polir les planchers avec une cire qui rend les surfaces glissantes et luisantes afin de réduire les risques de chute et l'éblouissement.
- Porter attention au type de revêtement choisi : les motifs sont à éviter. Une couleur uniforme est préférable. Le plus possible antidérapant et absorbant le bruit (ex. vinyl).

- Les couleurs contrastantes ou les changements de motifs au niveau du plancher vont limiter la mobilité des personnes âgées errantes ayant des troubles cognitifs. Il faut utiliser ces contrastes de couleur et de motifs à des endroits stratégiques (ex. : devant les portes de l'unité, entre le corridor et les chambres, etc.)
- Aménager un espace sécuritaire pour les personnes désorientées : circuit d'errance balisé.
- Installer un système anti-fugue activé au besoin par un bracelet magnétique.

Salle commune/salle à manger

- Dégager l'espace pour permettre les déplacements à l'aide d'une marchette ou d'un fauteuil roulant.
- Installer des chaises d'environ 45 cm de hauteur avec des appui-bras, pour faciliter les transferts.
- Installer des chaises berçantes auto-bloquantes.
- Afficher un calendrier et installer une horloge à gros chiffres.
- Rendre disponibles des sources d'hydratation faciles d'accès :
 - Prévoir une fontaine d'eau, une distributrice d'eau, des boissons, du jus avec des verres (pas de styromousse);
 - Demander à des bénévoles de distribuer des rafraîchissements.
- Prévoir un approvisionnement alimentaire de base, autre que celui de la cafétéria, pour éviter au proche aidant de quitter trop longtemps le patient qui ne peut rester seul :
 - Installer des machines distributrices;
 - Demander à des bénévoles de distribuer des collations.
- Placer un téléphone public près d'une chaise.
- Mettre des journaux, des revues à la disposition des patients qui attendent.
- Mettre à disposition du matériel de diversion (jeux divers, radio avec musique et CD, cahiers à colorier et livres de jeux (mots mystère, mots croisés), crayons de couleurs, télé avec lecteur dvd et films/spectacles, ballons mous, casse-têtes, bébé/poupée, etc.)

Chambre

- Indiquer clairement les numéros de la chambre et des lits pour faciliter l'orientation et y ajouter le nom des patients (écriture lisible au chevet de chaque lit).
- Installer une horloge à gros chiffres et un calendrier à un endroit visible par les patients alités.
- Doter la chambre d'un lit avec matelas préventif, d'un fauteuil de chambre et d'une table mobile.
- Laisser un espace suffisant pour circuler en fauteuil roulant, avec une marchette ou avec l'équipement d'urgence.
- Désencombrer la chambre pour éviter les risques de chute et de blessure.
- Encourager la famille à apporter des biens personnels significatifs, identifiés au nom de la personne âgée pour favoriser l'orientation et le mieux-être (couvre-lit, oreiller, photos, couverture de laine, etc.).
- Prévoir des crochets pour les rideaux non utilisés de manière à dégager l'espace et à permettre à la personne âgée d'avoir une bonne vue de la chambre.

Salle de toilette des chambres

- S'assurer que la personne âgée qui utilise une aide à la marche peut se déplacer aisément, tourner sur elle-même et passer la porte sans risque de blessure.
- Prévoir la hauteur des toilettes (environ 18 pouces) tout en s'assurant qu'elles permettent aussi l'utilisation des chaises d'aisance qui sont déjà sur l'unité.
- Installer un siège surélevé sur la toilette lorsque nécessaire.
- Installer une robinetterie à levier (bec de canne) pour en faciliter l'accès et la manipulation.
- Utiliser, lorsque nécessaire, la chaise d'aisance dans la salle de toilette plutôt que dans la chambre.
- Installer une barre d'appui fixe près de la toilette (oblique, entre 30° et 45°) ou des barres d'appui escamotables.
- Placer une chaise avec appui-bras près du lavabo pour permettre à la personne fatiguée de se reposer.
- Installer un miroir inclinable, ajustable en hauteur.
- Installer un mécanisme permettant d'ouvrir la porte de l'extérieur en cas d'urgence.
- Installer un interrupteur, à l'extérieur de la salle de toilette, pour l'éclairer avant d'y entrer ou prévoir une petite lumière en permanence dans la salle de bain (lumière avec détecteur de mouvements).
- Installer une veilleuse à 30 cm du sol, à l'intérieur et à l'extérieur de la salle de toilette, pour faciliter l'orientation.

Salle d'eau commune/bain

- Placer une chaise avec appui-bras dans la pièce pour faciliter l'habillage et le déshabillage.
- Prévoir des crochets pour accrocher les vêtements, une tablette pour les effets personnels.
- Installer un miroir inclinable, ajustable en hauteur.
- Installer un recouvrement antidérapant au fond de la douche.
- Poser des étagères et tablettes pour les effets personnels (savon, shampoing, etc.) pour ne pas avoir à se pencher pour les récupérer.
- Installer une douche téléphone sur rail, ajustable en hauteur et facile à décrocher, et poser des barres d'appui pour faciliter l'entrée dans la douche et assurer la sécurité.
- Équiper la douche d'un banc rétractable (escamotable) ou d'un siège de douche amovible pour permettre à la personne de s'asseoir en cas de fatigue.
- Avoir à sa disposition un banc de transfert pour enjamber le bain en position assise.
- Poser une douche téléphone avec un interrupteur d'eau sur le pommeau.
- Installer des barres d'appui :
 - En position oblique sur le mur du fond;
 - En position verticale à l'entrée du bain ou de la douche, sur le mur des robinets;
 - En position horizontale sur le mur des robinets.
- Installer un tapis antidérapant au fond de la baignoire.

Figure 2. Illustration d'adaptation de l'environnement pour dissimuler les portes ou ascenseurs afin de diminuer le risque de fugue

Figure 2a.



Avant réaménagement

© Crédit : Institut universitaire de gériatrie de Montréal

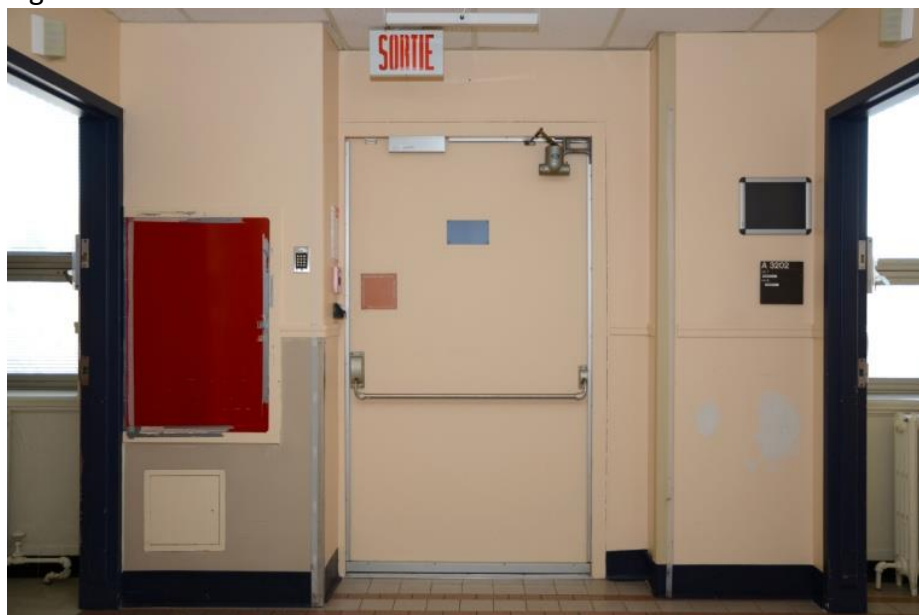
Figure 2b.



Après réaménagement

© Crédit : Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Figure 2c.



Avant réaménagement

© Crédit : Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Figure 2d.



Après réaménagement

© Crédit : Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Figure 2e.



Avant réaménagement

© Crédit : Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Figure 2f.



Après réaménagement

© Crédit : Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Figure 2g.



© Crédit : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Figure 2h.



© Crédit : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Figure 3. Illustration d'adaptation favorisant l'orientation dans le temps

Figure 3a.



© Crédit : Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Figure 3b.

Calendrier (jour, mois, année, saison, température extérieure)



© Crédit : Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Figure 3c. Calendrier général dans les chambres (vue rapprochée)



© Crédit : Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Figure 3c. Calendrier général dans les chambres (vue éloignée)



© Crédit : Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Figure 4. Illustration d'une salle de bain adaptée

Couleurs chaudes et chaleureuses, chauffe-serviette et barres d'appui adaptées



© Crédit : Institut universitaire de gériatrie de Montréal

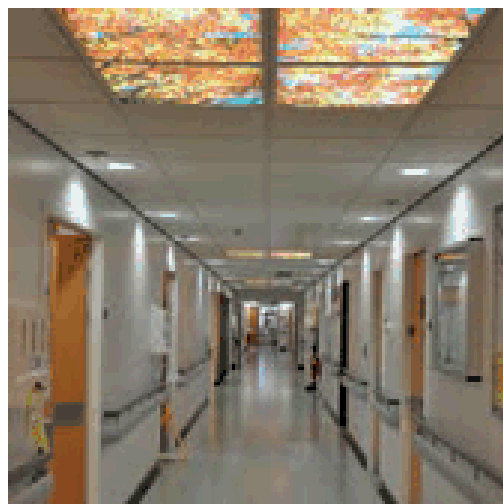
Figure 5. Illustration de corridors avec rampe et couleurs contrastantes

Figure 5a.



Crédit : Référence [56] p. 75

Figure 5b.



Crédit: Référence [56] p. 96

Figure 5c.



Crédit : Référence [57]

Figure 6. Illustration de barrières visuelles pour la gestion de l'errance intrusive



© Crédit : Centre hospitalier de Verdun

Annexe 4. Exemples de ressources pour la formation concernant la prévention, l'évaluation et la gestion des comportements reliés au delirium et autres TNC

Ressources	Description	Coordonnées
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ)	- Le delirium : le prévenir, le détecter et le traiter - L'examen clinique de l'état mental (troubles cognitifs et troubles neurocognitifs majeurs) - Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et les troubles du comportement : notions essentielles de base - Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et les troubles du comportement : intégration de notions avancées.	Site internet : http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/expertise-et-partenariat/le-centre-dexcellence-sur-le-vieillissement-de-quebec
Services d'Expertise en Psychogériatrie Enseignement et Consultation (SEPEC)	Services de consultations et de formations spécialisées dans la gestion des troubles de comportement chez la personne hébergée avec déficits cognitifs.	Téléphone: 514 382-2206 Site internet : http://sepec.ca/index.html
Capsules de formation en ligne sur les SCPD développée par des spécialistes de l'Université de Montréal, Mc Gill, Laval et Sherbrooke. Ces capsules sont accréditées.	- Capsule 1 - Introduction aux SCPD - Capsule 2 - Évaluation des SCPD - Capsule 3 - Approche de base - Capsule 4 - Interventions non pharmacologiques - Capsule 5 - Interventions pharmacologiques	Site internet : http://capsulesscpd.ca/
Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal 3 formations de 7 heures en présentiel, crédits de formation	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) – Optimiser nos interventions Objectifs : - Distinguer les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe soignante dans la prise en charge des SCPD - Associer certaines atteintes du cerveau et des symptômes cognitifs et comportementaux de la démence - Expliquer le concept de la démence et les troubles associés - Distinguer les principales pathologies qui peuvent causer une démence et leurs caractéristiques - Distinguer les catégories de SCPD et leurs caractéristiques Troubles de comportement, troubles psychiatriques et troubles neurocognitifs : comment s'y retrouver ? Objectifs : - Connaître les troubles neurocognitifs et leurs manifestations psychologiques et comportementales (SCPD) - Différencier les manifestations psychologiques et comportementales liées aux maladies psychiatriques de celles liées aux troubles neurocognitifs - Connaître le processus d'évaluation systématique des troubles de comportement	Site internet : http://iugm.qc.ca/prof-formation/formations.html

	• Connaître les différentes stratégies d'intervention non pharmacologiques et environnementales en contexte de troubles de comportement • Adapter les stratégies d'intervention non pharmacologiques auprès des personnes présentant des antécédents de maladies psychiatriques	
	Contribution de l'infirmière auxiliaire aux soins d'une personne âgée souffrant de delirium, démence ou de dépression Objectifs : Habiller les infirmières auxiliaires à assumer pleinement leur champ de pratique, leur rôle et leurs fonctions en matière de prévention, d'évaluation, d'intervention et de traitement auprès d'une clientèle âgée et hébergée présentant de la démence, du delirium ou de la dépression.	
Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : l'évaluation médicale et les grands principes d'intervention Conférence d'une heure à une heure trente avec crédits de formation	Expertise.iugm@ssss.gouv.qc.ca
Formation en ligne de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.	Module 6 portant sur le delirium ainsi que tous les éléments de référence s'y rattachant (agitation dans les démences)	Site internet : http://formationaapa-qc.ca/portal
Guide médical en soins de longue durée (abonnement payant)	Pour les médecins en soins de longue durée	www.mdsld.ca
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	• Évaluation des fonctions cognitives de la personne âgée • Démences: comprendre, évaluer et intervenir Formation de 7 heures en présentiel.	Site internet : https://mistral.oiq.org/repertoire-formation/demences-comprendre-evaluer-et-intervenir-les
Ordre des ergothérapeutes du Québec	• La pratique en santé mentale basée sur des évidences scientifiques Formation de 7 heures en présentiel. • Dépistage des troubles cognitifs chez les adultes et personnes âgées Formation en ligne de 2 heures. • Optimiser l'autonomie des personnes âgées ayant un déficit cognitif pour une clientèle en soins aigus Formation de 21 heures en présentiel et en ligne.	Site internet : http://readaptation.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/21/14_Evidences-scientifiques_fevrier_2017.pdf http://portail.oeq.org/accueil/magpage.zul?idMagPage=AKA8E0B8895332138E8AKA http://portail.oeq.org/accueil/magpage.zul?idMagPage=AKA8E0B8895332138E8AKA

Annexe 5. Exemples de plan de formation portant sur les SCPD en UCDG

1) Approche interprofessionnelle des SCPD en contexte de soins aigus de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Personne contact :

M. Claudel Guillemette

Directeur adjoint des soins infirmiers

claudel.guillemette.CEMTL@ssss.gouv.qc.ca

Cette approche vise à outiller les professionnels afin de prévenir les comportements perturbateurs chez les personnes âgées souffrant de démence dans un milieu de courte durée. Une équipe de 20 personnes (médecin, infirmière, ergo, TS, infirmière en santé et sécurité, pharmacienne, infirmière-chef, etc...) a participé à développer cette approche. La **formation dure une journée**.

En plus de la mobilisation de l'équipe des cliniciens et des gestionnaires des unités pilotes (gériatrie et neurologie), la collaboration des directions suivantes a été obtenue pour déployer l'approche :

- Direction des soins infirmiers;
- Direction des services multidisciplinaires;
- Direction du programme de médecine familiale et gériatrie;
- Direction des services professionnels et affaires médicales ;
- Direction des ressources humaines – volet Santé et Sécurité du Travail

Le guide de référence du participant contient deux sections:

A. Contenu de la journée de formation:

- Définition des comportements perturbateurs
- Maladies et symptômes liés aux comportements perturbateurs : différencier démence, delirium et dépression
- Les médicaments : leurs contributions et leurs limites
- La communication avec les personnes présentant des comportements perturbateurs Prévention des comportements perturbateurs
- Gestion d'une crise liée à un comportement perturbateur et prévention des accidents de travail

B. Annexes : outils développés ou recommandés:

- Aide-mémoire pour la prévention, le dépistage et le suivi du delirium
- Brochure pour les proches aidants sur le delirium
- Caractéristiques des déficits neurocognitifs
- Surveillance et inscription des paramètres cliniques
- Grille d'évaluation de la douleur pour les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer
- Agir pour protéger – Aide-mémoire – les SCPD et les types de comportements
- Gestion optimale des SCPD – Aide-mémoire à la prise de décision
- Observations des comportements

- Inventaire Cohen-Mansfield
- Confusion Assessment Method (CAM)
- Échelle gériatrique de la dépression – GDS 30 items
- Résumé d’histoire de vie
- Séquence des soins d’hygiène en fonction des parties du corps
- Plan d’intervention interprofessionnelle
- Pratiques associées aux comportements perturbateurs

Il est à noter que cette formation n'est pas uniquement disponible pour le personnel de l'UCDG mais pour l'ensemble des intervenants de l'établissement appelé à travailler avec une clientèle qui peut présenter des SCPD. La direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées a d'ailleurs mis en place une structure de formation pour outiller les intervenants du SAD, RI, CHSLD à intervenir auprès de cette clientèle et aussi soutenir les membres de famille.

2) Programme SAGe : Systématisation de l’Approche Gériatrique : Le delirium, c’est l’affaire de tous! du CHUM

Personne contact :

T. T. Minh VU, MD, FRCPC

Interniste - Gériatre

Service de Gériatrie

CHUM - Hôpital Saint-Luc

Tél: (514) 890-8000, poste 34980

www.chumgeriatrie.org

• Journée de formation pour tous les professionnels:

Objectifs :

- Définir le delirium, nommer ses facteurs de risque et reconnaître ses symptômes.
- Donner un aperçu du contenu de l’outil de dépistage du delirium CAM (Confusion Assessment Method) et de la méthode à suivre pour l’utiliser.
- Décrire le modèle proposé d’approche systématique du patient à risque de ou ayant un delirium.
- Décrire les interventions systématiques de prévention du delirium.
- Donner un aperçu du rôle de chaque professionnel dans la prise en charge interprofessionnelle du delirium, du dépistage au suivi.
- D’expliquer à la famille ou aux proches le concept de delirium et leur participation souhaitée auprès du patient à risque de ou ayant un delirium.
- D’adapter à la réalité de chaque famille l’enseignement sur le delirium, incluant le feuillet d’information qui leur est destiné.

Thèmes abordés:

- Le delirium sous toutes ses formes
- Le modèle d’intervention systématique
- La communauté de pratique et le site virtuel de SAGe
- Dépistage et reconnaissance des signes cliniques : des mots pour le dire
- La prévention : c’est l’affaire de tous... mais la responsabilité de chacun

- Au cœur de la tourmente : le patient, la famille et l'équipe

- **Approche systématique médicale**

- Admission, dépistage, stratification et diagnostic
- Interventions systématiques de prévention
 - o Interventions interprofessionnelles de prévention
 - o Interventions professionnelles de prévention
 - o Réévaluation périodique
- Delirium
 - o Interventions interprofessionnelles de prise en charge du patient en delirium
 - o Interventions professionnelles de prise en charge du patient en delirium
 - o Résolution du delirium
- Planification du suivi
- Congé

3) Plan de formation à l'UCDG de l'Hôpital Pierre Le Gardeur

Personne contact :

Mme Céline Forget

Chef d'unité de soins infirmiers en gériatrie active RLS Sud, et services psychosociaux du Centre hospitalier Pierre LeGardeur

Direction SAPA

CISSS Lanaudière

celine.forget@ssss.gouv.qc.ca

Plan de la journée

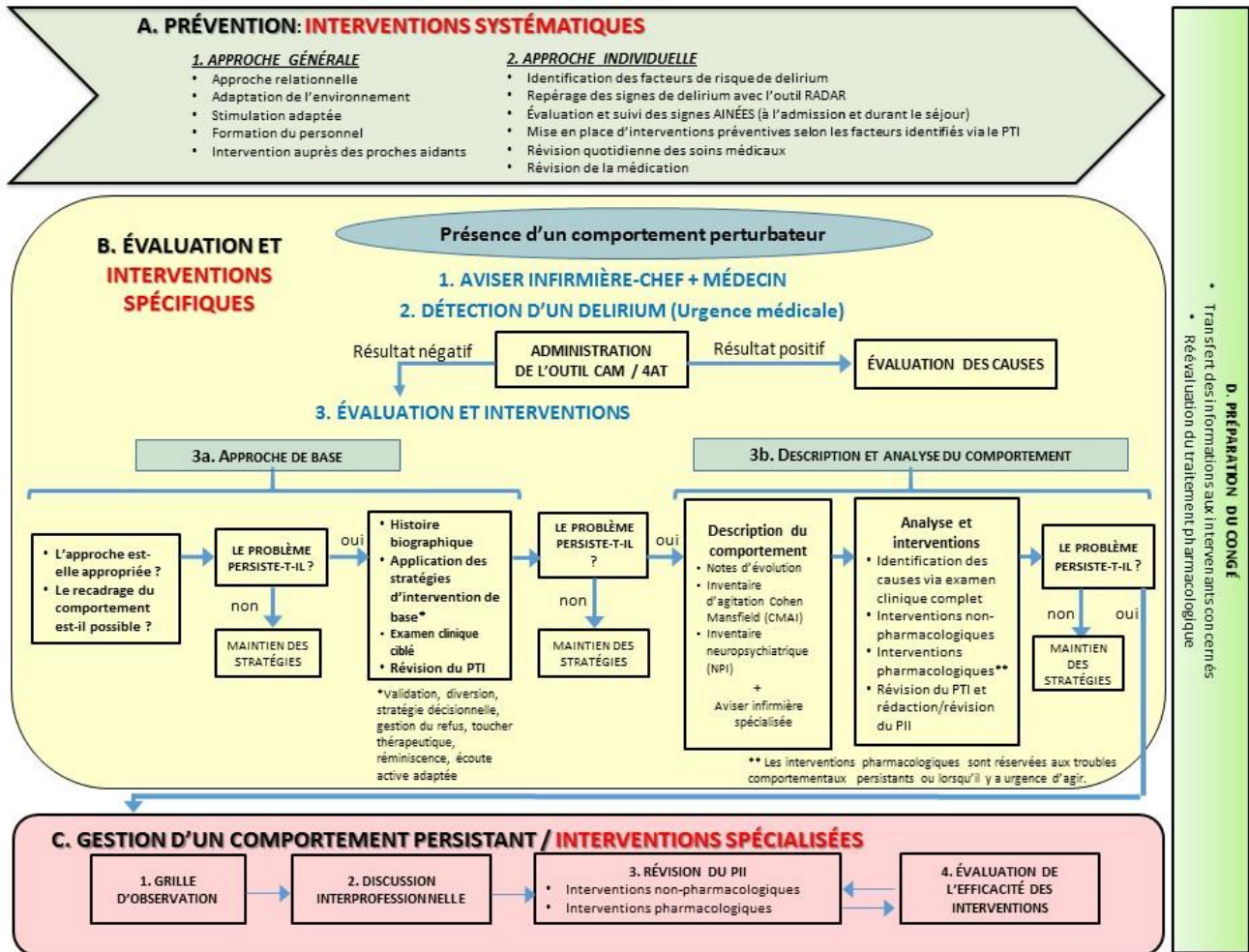
Objectifs d'apprentissage	Contenus	Activités d'apprentissage	Activités d'évaluation de l'apprentissage
Comprendre la signification des SCPD	- Définitions des SCPD - Prévalences - Conséquences - Modèles conceptuels (Algase) - Principes généraux de la prise en charge	- Exposés interactifs - Études de cas	Mise en situation
- Décrire les moyens pour prévenir les SCPD - Décrire les moyens d'intervention au quotidien	- Approche de base - Écoute active adaptée - Stimulation cognitive au quotidien - Environnement - Histoire biographique - Diversions - Validation	- Exposés interactifs - Études de cas	Questions sur la situation du patient qui présente des idées délirantes

Objectifs d'apprentissage	Contenus	Activités d'apprentissage	Activités d'évaluation de l'apprentissage
	- Recadrage - Toucher affectif		
• Nommer des méthodes d'évaluation des SCPD • Décrire les traitements des SCPD	- Examen clinique - Diagnostic différentiel et causes des problèmes de comportement et de delirium - Échelle de mesure (inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield) - Grille d'observation - Traitements des SCPD et des troubles de comportement - Interventions pharmacologiques et contentions physiques ○ Antipsychotiques ○ Benzodiazépines ○ Inhibiteurs de la cholinestérase - Interventions alternatives - Thérapies occupationnelles - Massage des mains - Stimulation sensorielle (musicothérapie, zoothérapie) - Bain : lavage à la serviette - Approche comportementale (le renforcement différencié d'autres comportements) - Interaction simulée - Thérapie contre-intuitive - Luminothérapie (photothérapie) - Barrières visuelles - Plusieurs autres découlant des travaux de Cohen-Mansfield	- Exposés interactifs - Études de cas - Présentation de l'aide-mémoire	- Appropriation des échelles en équipes de 2 dans le but d'approfondir la connaissance des items des échelles - Mise en situation

Annexe 6. Modèle de guide d'animation de cas clinique à partir de l'approche

GUIDE D'ANIMATION CAS CLINIQUES : TROUBLES DE COMPORTEMENT EN UCDG

Utiliser les **outils de travail (infirmier et PAB)**, le **dossier** et la **liste des médicaments** pour mettre en contexte le patient concerné. Consulter et faire référence à la figure illustrant l'approche interprofessionnelle tout au long de la discussion.



* Demander à AIC ou un membre de l'équipe de décrire le contexte et la raison d'admission du patient concerné *

Nom du patient :		
Raison admission :		
Comportement problématique :		
1. Prévention et interventions systématiques	Générale	Approche communicationnelle des intervenants Adaptation de l'environnement de l'unité Stimulation adaptée sur l'unité Formation du personnel de l'unité Intervention / enseignement auprès des proches aidants
	Individuelle	Identification des facteurs de risque de delirium Repérage et évaluation delirium (RADAR + CAM) Évaluation signes AINÉES Interventions préventives au PTI Révision quotidienne des soins médicaux (médicaments, contentions, sonde, etc.)
2. Évaluation et interventions spécifiques	Approche	L'approche relationnelle est-elle appropriée? - Est-elle appliquée par tous les intervenants? En tout temps?
	Recadrage	Le recadrage du comportement est-il possible? - Faut-il réellement intervenir? - Y a-t-il un risque pour le patient ou pour autrui par ce comportement?
	Stratégies de base	Les stratégies d'intervention de base ont-elles été tentées? - Validation - Diversion - Adaptation de l'environnement du patient - Adaptation des soins selon l'histoire biographique - Gestion des refus (pour les comportements de résistance verbale ou physique) - Examen clinique ciblé (diagnostic d'admission et antécédents de l'usager)
	Description des comportements	Description des comportements simples (via notes évolution) - Quelle est la fréquence des comportements? - Quels sont les moments où ils se présentent? - Dans quels lieux se présentent-ils? - Comment se manifestent ou s'expriment les comportements? (observations factuelles) Description des comportements complexes et de différentes formes - Doit-on caractériser plus précisément les SCPD ? Utiliser le NPI-R - Doit-on caractériser les comportements d'agitation et d'agressivité? Utiliser le CMAI

Évaluation et interventions spécifiques	Identification des causes par l'infirmière	Examen clinique - Perte de mobilité ou d'autonomie? (A) - Problème cutané? (I) - Problème buccodentaire? de déshydratation? De dénutrition? (N) - Problème élimination urinaire? Fécale? (É) - Perturbation état mental, du comportement ? (E) - Déséquilibre glycémie, électrolytes? - Problème cardiopulmonaire? Besoins non comblés - Faim, soif? - Élimination? - Sommeil, fatigue? - Vision, audition? - Activités physiques? - Activités sociales? - Sexualité et intimité? Causes psychosociales - Isolement? - Solitude, ennui? - Pertes et deuils multiples? - Abus? - Difficultés de communication? - Mécanismes d'adaptation antérieurs? - Traits de personnalité? Approche du personnel et des proches aidants - Communication et soins dispensés de façon inappropriée pour le patient ? - Approche centrée sur la personne ou sur la tâche? - Changements fréquents de personnel ou personnel en nombre insuffisant ? Causes environnementales - Niveau inapproprié de stimulation sensorielle? - Routine quotidienne non adaptée selon histoire biographique ? - Repères temporels et spatiaux insuffisants? - Manque d'intimité? - Manque de personnalisation des soins, de l'espace du patient ? - Comportements des autres patients dans l'environnement immédiat inapproprié?	Identification des causes par le médecin	Diagnostic cognitif - Type de démence? - Stade? - Delirium? Diagnostic SCPD - Condition physique / psychiatrique à traiter? - Condition médicale à stabiliser? - Traitement à optimiser? - Traitement sous-optimal de la douleur? - Révision médication : effets secondaire? - Sevrage? Interactions? - Pathologie pré-morbide psychiatrique à stabiliser? (dossier antérieur, famille) - Abus de substances? - Bilan de base? - Dangerosité? - Urgence?
		Gestion interprofessionnelle et interventions spécialisées Comportements complexes non résolus? - Utiliser la grille d'observation comportementale ou de type ABC pour décrire les comportements persistants (3 à 7 jours) - Planifier une rencontre interprofessionnelle pour analyser la grille complétée - Mettre en place un plan d'intervention individualisé (PII) selon les causes et problématiques décelées - Réévaluer l'efficacité des interventions (4-7 jours) - Préparer le congé		

Comment assurez-vous la documentation et le suivi des informations recueillies, des interventions et évaluations réalisées ou à réaliser?

- Quelles informations sont pertinentes d'inscrire au plan de travail des intervenants?
- Où doit-on documenter les observations ou interventions réalisées et comment?
- Que pourrait contenir la note évolutive des intervenants impliqués auprès de l'utilisateur dans ce contexte?
- Y a-t-il lieu de rédiger un PTI (infirmière)?
- Quelles informations seront importantes à transmettre lors du congé?

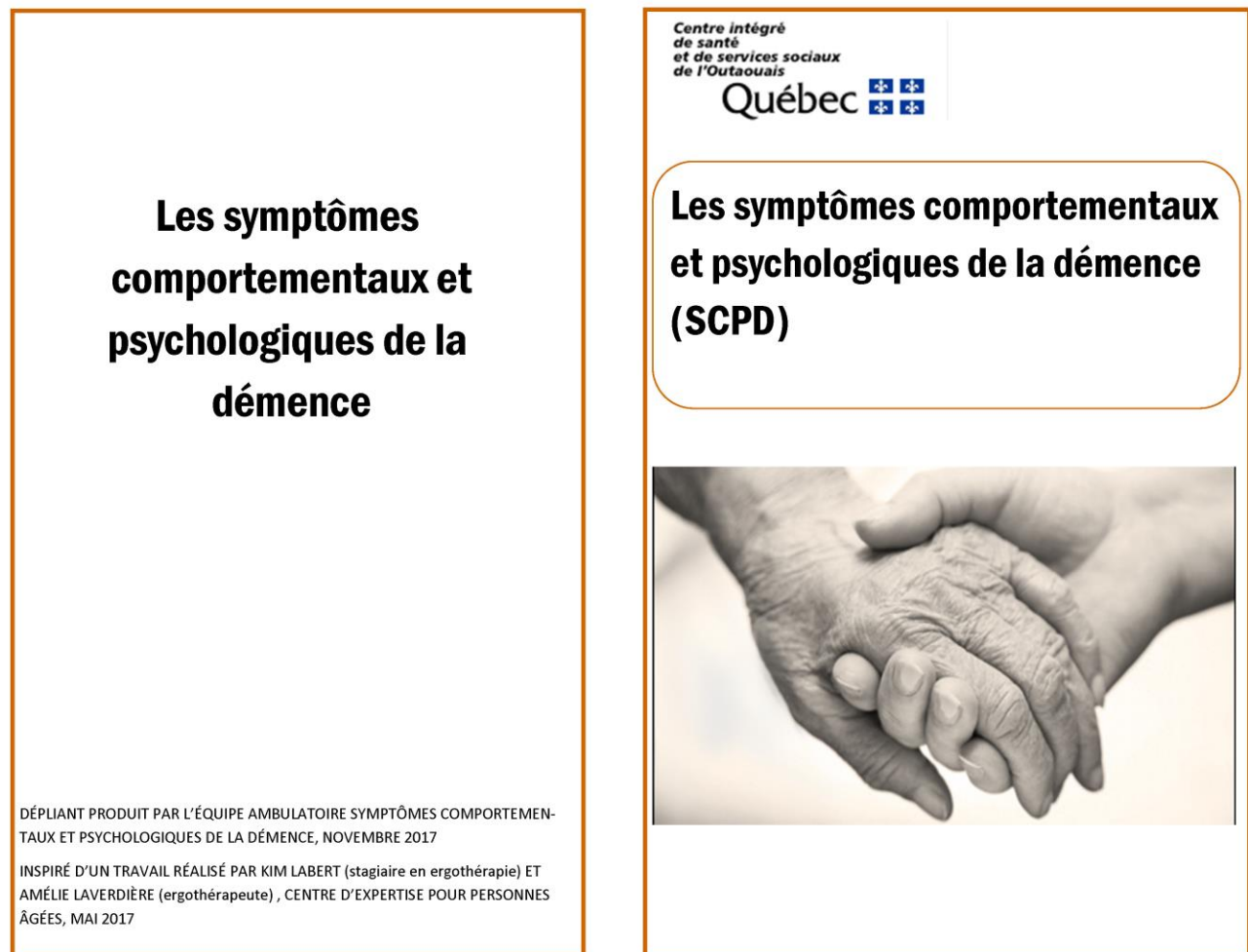
* Conclure la discussion de cas en ciblant qui est responsable de communiquer les informations discutées*

Reproduit avec la permission des auteurs et du CIUSSS de Laval.

Annexe 7. Exemples de ressources pour les proches aidants

Ressources	Description	Coordonnées
Institut universitaire de gériatrie de Montréal, faisant partie du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	- Vidéos de mise en situation portant sur : - Les propos répétitifs - La désinhibition - La communication - L'adaptation de l'environnement - Prendre soin de soi pour mieux prendre soin de son proche - Formation MeSSAGES : vise à outiller les proches aidants d'une personne âgée de 65 ans et plus afin qu'ils puissent gérer, au quotidien, le stress lié à leur rôle. Formation gratuite sur Internet.	Site internet : http://www.iugm.qc.ca/sante-aines/scpd.html Site internet : http://www.iugm.qc.ca/sante-aines/aidants.html
Centre Avantâge - Institut universitaire de gériatrie de Montréal, faisant partie du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	Présentation enregistrée sur l'Alzheimer et comportements difficiles : mieux s'outiller comme proche aidant pour y faire face	https://www.youtube.com/watch?v=DEQzfS0WvOk&list=PL1elCRg2TGkmBf697H0rPiT2GyQwPyf28&index=2
Société d'Alzheimer du Canada	- Dépliants ou publications sur différents sujets - Ligne téléphonique d'écoute - Babillard électronique/forum de discussion. - Groupes de soutien pour les aidants naturels (dans la majorité des régions du Québec)	Site internet : http://www.alzheimer.ca/fr
<i>L'APPUI</i>	- Ligne téléphonique d'écoute et d'information - Deux sections du site internet sont consacrées aux SCPD : - Gestion des comportements perturbateurs : https://www.lappui.org/Conseils-pratiques/Maladie-d-Alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs/La-gestion-des-comportements-perturbateurs - La communication avec une personne atteinte de troubles neurocognitifs : https://www.lappui.org/Conseils-pratiques/Maladie-d-Alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs/La-communication-avec-une-personne-atteinte-de-troubles-neurocognitifs - Vidéos : - Difficultés avec les consignes : https://www.youtube.com/watch?v=DU3BYq_3mEO - Difficultés avec les activités quotidiennes : https://www.youtube.com/watch?v=TRnN1RsnbbQ - Peur que Madame quitte sans prévenir : https://www.youtube.com/watch?v=t0P7Dij7dWM&t=77s «Elle me suit comme une ombre» : https://www.youtube.com/watch?v=6AREj3I16Es	Site internet : https://www.lappui.org/

Annexe 8. Modèle de dépliant sur les comportements perturbateurs à l'intention des proches aidants



Reproduit avec la permission des auteurs et du CIUSSS de l'Outaouais.

Qu'est-ce qu'un trouble neurocognitif majeur (anciennement nommé démence)?

Il s'agit d'une maladie dégénérative caractérisée par un déclin cognitif significatif avec impact fonctionnel sur les activités de la vie quotidienne et domestique. Les fonctions cognitives qui peuvent être affectées sont l'attention, l'apprentissage, la mémoire, les fonctions visuo-spatiales, le langage, le jugement, la planification, etc.

Quels sont les symptômes comportementaux et psychologiques reliés à la démence (SCPD) ?

Ils représentent tous les comportements perturbateurs reliés à un trouble neurocognitif majeur. Ces comportements peuvent être dérangeants et dans certains cas, peuvent entraîner de la détresse ou de la dangerosité pour la personne ou son réseau. Il est important de comprendre que les troubles de comportements sont la manifestation d'un besoin non comblé.

SCPD = un besoin non comblé

Les SCPD sont un moyen de communication pour les personnes atteintes d'un trouble neurocognitif majeur. Il communique un besoin non comblé: la faim, la soif, la fatigue, le besoin d'aller à la toilette, l'inconfort, le froid/chaud, la douleur, etc. Ils peuvent aussi représenter un inconfort en raison d'un problème de santé, de l'anxiété, de la peur, de l'ennui, ... Il est donc important de combler le besoin pour contrôler les SCPD.

VOUS ÊTES IMPORTANT, VOUS AUSSI

- Évitez l'isolement et la solitude; continuez vos activités de loisirs;
- Prenez soin de votre propre santé;
- Reconnaissez vos propres émotions (tristesse, anxiété, solitude, culpabilité, peur, épuisement, impatience) afin d'être en mesure d'aller chercher de l'aide ou du soutien;
- Renseignez-vous sur la maladie;
- Joignez-vous à un groupe de soutien pour les aidants.



Prendre soin de
l'autre en prenant
soin de soi.

Références

- Comité d'action pour contrer la maltraitance de la Matanie (2016). Guide de référence pour les proches-aidants.
- Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (2017). Approche interprofessionnelle structurée pour la prévention, l'évaluation et la gestion des comportements perturbateurs reliés aux troubles neurocognitifs et au délirium en UCDG.
- Société Alzheimer de l'Outaouais Québécois (2015). Living with dementia. Repéré à <http://www.alzheimer.ca/en/outaouaisqc/Living-with-dementia/Caring-for-someone/Middle-stage>
- <http://www.alzheimer.ca/fr>
- <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2015-08-17/criteres-diagnostiques-demence-trouble-neurocognitif-majeur>
- Voyer P. et Al (2009) RMG3 Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : Aide- mémoire à la prise de décision.
- Voyer P. (2016) Formation sur les TNCM et maladie apparentée. Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.
- MSSS (2014) Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Reproduit avec la permission des auteurs et du CIUSSS de l'Outaouais.

Recadrage

En présence de troubles de comportements, il est important d'aborder la problématique sous un angle autre que celui des convenances sociales usuelles en se demandant si le comportement dérangeant de la personne mérite que vous interveniez. Il est important de se poser certaines questions: Est-ce que le comportement met en danger la sécurité de la personne ou autrui? Est-ce qu'il occasionne de la détresse psychologique chez cette personne? Si la réponse est non, il est recommandé de tolérer le comportement ou de diriger la personne vers un endroit où le comportement ne posera pas de problème.

BESOIN DE SOUTIEN OU DES QUESTIONS?

- **Société Alzheimer de l'Outaouais québécois** offre sur son site internet une panoplie d'informations dont une section entière est adressée aux proches aidants.

440, boulevard Maloney Ouest, Gatineau.

Courriel : saoq@saoq.org

Tél. : 819 777-4232

Sans frais : 1 877-777-0888

- L'organisme à but non lucratif **L'APPUI** pour les proches aidants offre une ligne téléphonique d'écoute et d'information et propose plusieurs ressources communautaires afin de soutenir les aidants naturels. Deux sections de son site internet sont consacrées aux SCPD.

Téléphone: 1 855 852-7784

<https://www.lappui.org/>

- **L'institut universitaire de gériatrie de Montréal** offre sur son site internet plusieurs capsules vidéo pour vous aider à mieux comprendre et mieux interagir avec un proche qui présente des symptômes psychologiques et comportementaux reliés à la démence. Il offre également une formation en ligne pour les proches aidants (formation MeSSAGES).

<http://iugm.qc.ca/sante-aines/scpd.html>

Quelques exemples de SCPD

Symptômes

comportementaux:

- Agitation verbale agressive
 - Blasphèmes, cris, insultes
- Agitation verbale non agressive
 - Répète les mêmes mots, demandes répétitives, bruits de bouche, plaintes...
- Agitation physique agressive
 - Frapper, mordre, lancer des objets, griffer, s'automutiler...
- Agitation non agressive
 - Errance, accumulation d'objets, se vêtir et se dévêtir de façon inappropriée...

Symptômes

psychologiques:

- Anxiété
- Dépression
- Idées délirantes
- Illusions et hallucinations

Que pouvez-vous faire?

Interventions non-pharmacologiques

Pour que les interventions mises en place soient efficaces, il est important d'utiliser des moyens qui sont dans les champs d'intérêt de la personne. Connaître l'histoire de vie de la personne, ses habitudes de vie, ses intérêts, ses goûts, etc. permettra de mieux personnaliser les interventions.

Reproduit avec la permission des auteurs et du CIUSSS de l'Outaouais.

Approche de base

- Appeler la personne par son prénom (proche aidant) ou nom de famille (personnel soignant);
- Établir et maintenir le contact avec la personne par le regard, la voix ou le toucher;
- Utiliser le vouvoiement en tout temps (personnel soignant);
- Parler à la personne face à face;
- Parler calmement et lentement, en utilisant un ton doux et rassurant;
- Utiliser des phrases positives, simples, courtes et concrètes;
- Poser une question à la fois, donner une consigne à la fois;
- S'abstenir d'utiliser des propos infantilisants;
- Utiliser une approche non confrontante (éviter de raisonner, de débattre, de sermonner);
- Utiliser des gestes et recourir à la démonstration pour se faire comprendre;
- Annoncer ce que vous êtes sur le point de faire avec la personne;
- Éviter la sur-stimulation;
- Éviter les exigences trop élevées qui entraînent de l'anxiété, de la frustration et le sentiment d'échec;
- Être conscient de ses propres émotions et réactions;
- Donner des choix à la personne;
- Éviter de forcer la personne à faire une activité;
- Éviter de demander à la personne de se souvenir, racontez-lui plutôt l'histoire;
- Capter l'attention de la personne;
- Éviter d'utiliser le NON, formuler votre demande autrement;
- Utiliser des signes non verbaux.

Validation

Lorsque la personne exprime une réalité qui est erronée, il est suggéré de ne pas la contredire. Montrez-lui plutôt que vous la comprenez en lui permettant d'en parler.

Diversión

Attirer l'attention de la personne sur des sujets ayant une charge émotionnelle positive (photos de famille ou de voyage, chansons, repas, activités, etc.)

Réminiscence

Se rappeler d'histoires et de souvenirs heureux du passé (emplois, loisirs, voyages, etc.).

Orientation à la réalité

Réorienter la personne, par exemple, dans le temps et l'espace, afin de diminuer l'anxiété.

Écoute active adaptée

Avoir une conversation avec la personne, même si le contenu ne fait pas de sens. Répondre positivement. (Oui, vous avez bien raison! Je suis d'accord avec vous!)

Voici une liste d'interventions suggérées en situation d'ennui, d'errance, de cris/demandes répétées, d'agressivité, d'agitation motrice, d'illusions et d'idées délirantes:

- | | |
|--|---|
| • Marche | • Utilisation d'objets familiers: tout objet qui peut procurer du réconfort, tel qu'une poupée, un toutou, etc. |
| • Musicothérapie | |
| • Massage | |
| • Activités que l'utilisateur aime: coloriage, plier le linge, casse-tête, faire la vaisselle... | • Aromathérapie |
| | • Zoothérapie |
| • Séance d'exercices | • Réminiscence (à travers d'album photos, vidéos, etc.) |
| • Visite amicale | |

Reproduit avec la permission des auteurs et du CIUSSS de l'Outaouais.

Annexe 9. Outil RADAR (Repérage Actif du Delirium Adapté à la Routine)

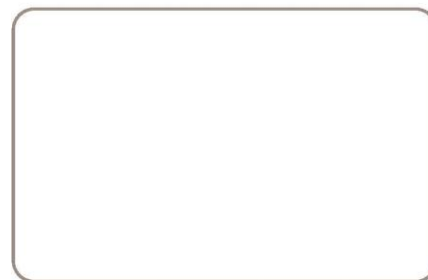
Logo de votre
institution

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

Reproduit avec la permission de l'auteur principal, M. Philippe Voyer.

Éléments de précision

Items du RADAR	Consignes
1 Le patient était-il somnolent?	Avait-il tendance à s'endormir? Avait-il de la difficulté à demeurer éveillé?
2 Le patient avait-il de la difficulté à suivre vos consignes?	A-t-il pris ses médicaments lorsque vous les lui avez donnés? A-t-il tendu la main? A-t-il porté ses médicaments à sa bouche? A-t-il pris le verre d'eau (ou bu l'eau) lorsque vous lui en avez offert? Est-ce que son regard suivait vos déplacements et gestes lorsque vous lui parliez (contact visuel)?
3 Les mouvements du patient étaient-ils au ralenti?	Bougeait-il lentement? Était-il ralenti dans sa façon de s'asseoir, de marcher, de prendre ses médicaments?
	S'il vous est arrivé d'observer l'un de ces comportements depuis la distribution de médicaments précédente, cochez « oui ». Dans le doute, cochez « oui » également.

Les auteurs ne peuvent être tenus responsables de quelque dommage que ce soit, direct ou indirect, résultant de l'utilisation du R.A.D.A.R. L'utilisation du R.A.D.A.R. peut ne pas convenir pour certains patients et ne peut en aucun cas se substituer au jugement clinique d'un professionnel de la santé.

Pour en savoir plus sur le RADAR, visiter le site web www.fsi.ulaval.ca/radar



Reproduit avec la permission de l'auteur principal, M. Philippe Voyer.

L'outil peut être téléchargé à partir du site internet dédié à l'outil : <http://www.radar.fsi.ulaval.ca/>

Vidéo de formation, affiche : http://www.radar.fsi.ulaval.ca/?page_id=12

Annexe 10. Méthode « ICEBERG » pour la révision de la médication chez la personne âgées

RISQUES ASSOCIÉS AUX INTERACTIONS Rx ET QT LONG



- Les PA sont plus exposées aux interactions Rx-Rx à cause de leur régime médicamenteux complexe et des changements PK et PD.
- Le risque de QTc long est présent chez les patients avec un QTc allongé [H > 450ms et F > 460ms] ou ayant plusieurs facteurs de risque :

MODIFIABLES

Désordres électrolytiques, bradycardie, interactions Rx, ≥ 2 Rx ou dose élevée de Rx allongeant le QT, etc.

NON MODIFIABLES

QTc > 500ms, maladie cardiaque, sexe F, âge > 65 ans, génétique, ins. rénale ou hépatique, etc.

Consulter <https://crediblemeds.org/> pour une liste à jour des Rx allongeant le QTc

GESTION DE LA CHARGE ANTICHOLINERGIQUE



● Accumulation d'effets anticholinergiques

- Effet additif
- Accumulation des molécules mères et des métabolites actifs par des interactions PK/PD.
- Consulter une échelle d'évaluation de la charge anticholinergique : Boily [2008], Rudolph [2008].

● Risques associés :

Chute, confusion, délirium et problèmes cognitifs

● Rx incriminés :

ATC, relaxants musculaires, antihistaminiques 1^{re} génération, antimuscariniques urinaires, antipsychotiques, etc.

Suite à l'analyse, divers problèmes peuvent être identifiés :

- Cascade Rx, interaction Rx-Rx, effet secondaire
- Rx inapproprié, Rx manquant
- Dose supra/sous thérapeutique
- Rx non indiqué, évidence non disponible selon l'âge
- Valeur thérapeutique faible d'un Rx
- Cibles thérapeutiques non adaptées
- Traitement non efficace
- Mauvais choix de traitement

Étape 4 : Ajuster la pharmacothérapie en fonction des problèmes soulevés lors de l'analyse effectuée, en considérant le portrait global du patient.

III) PLAN D'ACTION :

Le plan d'action est établi en fonction des problèmes identifiés et en tenant compte des choix et volonté du patient envers sa thérapie. Cela peut amener à la déprescription ou à l'initiation de Rx et doit être fait en collaboration avec le patient.

DÉPRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS :

- Identifier le Rx prioritaire :
 - La priorisation se fait en fonction de l'impact du Rx sur la thérapie du patient, de la facilité à procéder à la cessation et du choix du patient.
 - Consulter un outil de priorisation et de cessation tels : www.medstopper.com et www.deprescribing.org/resources
- Vérifier si sevrage requis ; si non nécessaire, cesser directement.
- Procéder à la cessation des Rx un à la fois.
- Suivre l'évolution de la maladie sous-jacente, les symptômes de sevrage et les nouveaux effets secondaires rencontrés.
- **Attention :** Les PA sont plus sensibles à la cessation d'un Rx.

Adapté de : Scott et al. Evidence Based Medicine. Aout 2013. No 4 : p121-124

INITIATION DE MÉDICAMENTS INDiqués :

- Vérifier si la thérapie peut être améliorée ou complétée par l'ajout d'un Rx manquant. Ex : Vitamine D + calcium chez patients avec ostéoporose et/ou ATCD de chutes et/ou fracture
- « Start low, go slow » tout en se rendant aux objectifs visés du patient.
- Utiliser des posologies adaptées à la clairance rénale du patient.

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Nord-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



GUIDE D'ÉVALUATION DE LA PHARMACOTHÉRAPIE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE :

Portrait du patient



Analyse de la pharmacothérapie selon la méthode ICEBERG



Plan d'action

Développé dans le cadre d'un stage STOP par Philip Khayat, étudiant en pharmacie (février 2017)

Révisé par Anne Maheu, pharmacienne/clinicienne associée, RLS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (BCSTL), CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et les pharmaciens du RLS BCSTL

Québec



Reproduit avec la permission des auteurs et du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Peut être téléchargé au lien suivant : http://ciussss-nordmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciussss_nim/Menu/Zone_Professionnels/Zone_Pharmaciens/Guide%20evaluation%20pharmacotherapie%20personne%20agee%20%20ICEBERG.pdf

Étape 1 : Procéder à la collecte de données adaptée à la personne âgée (PA) afin de disposer de toute l'information pour l'analyse.

I) PORTRAIT GLOBAL DU PATIENT :

- Âge et sexe
- Taille et **poids récent**
- Allergies et intolérances
- Habitudes de vie (**tabac, alcool**, diète et activité physique)
- **Choix du patient / aidant**
- **Attitude et volonté** du patient par rapport sa pharmacothérapie
- Histoire médicamenteuse
- Problèmes de santé actifs et ATCD médicaux
- Médicaments actuels : prescrits [Rx], en vente libre [MVL] et produits de santé naturels [PSN]
- Valeurs de laboratoire pertinentes
- Créatinine sérique récente [stable] et **estimation de la fonction rénale** (www.globalrph.com)
- Tension artérielle en position couchée et debout
- Présence de **SYNDROMES GÉRIATRIQUES** [histoire de chutes]
- Évaluation de la **fragilité** du patient : <http://geriatricresearch.medicine.dal.ca/pdf/Clinical%20Faily%20Scale.pdf>

SYNDROMES GÉRIATRIQUES (SG) ET RX CAUSALS POUVANT ÊTRE IMPLIQUÉS

1. **Anorexie et perte de poids** : digoxine, ISRS, métronidazole, lithium, inhibiteurs de la cholinestérase [ICHÉ]
2. **Chutes** : >4 Rx, benzodiazépines [BZD], sédatifs-hypnotiques, Rx anticholinergiques, antipsychotiques, antihypertenseurs, antidépresseurs et hypoglycémisants
3. **Délirium** : Rx avec charge anticholinergique, BZD, narcotiques et corticostéroïdes
4. **Hypotension orthostatique** : antipsychotiques, antihypertenseurs, antiparkinsoniens
5. **Incontinence urinaire** : diurétiques, IECA, ICHÉ, sédatifs-hypnotiques

Adapté de plusieurs références dont : Kwan D. et al. Pharmacy Practice 2013; Apr/May : 20-25.

Étape 2 : Associer les problèmes de santé incluant les SG avec le traitement [Tx] pharmacologique.

Étape 3 : Procéder à l'analyse du dossier pharmacologique du patient selon les principes gériatriques.

II) ANALYSE SELON LES PRINCIPES GÉRIATRIQUES SUIVANTS : ICEBERG

- I Inappropriés** [médicaments]
- C Cascades** médicamenteuses
- E Effets** secondaires
- B Bénéfices** des Rx actuels
- E Enjeux** reliés à la pharmacocinétique [PK] et à la pharmacodynamie [PD] chez la PA
- R Risques** associés aux interactions Rx et au QT long
- G Gestion** de la charge anticholinergique



Rx - INAPPROPRIÉS

CRITÈRES UTILISÉS POUR ÉVALUER LA PRESCRIPTION

CRITÈRES DE BEERS (2015) :

- Liste des Rx potentiellement à éviter chez les PA en général ou selon certaines comorbidités.
- Liste des Rx à utiliser avec précaution.
- Contient aussi une liste d'interactions à éviter.

STOPPY/START :

Liste de Rx potentiellement inappropriés et de Rx à considérer chez les personnes ≥ 65 ans si aucune contre-indication n'existe.

RX POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS DANS CERTAINES CIRCONSTANCES

Antipsychotiques : à éviter pour le Tx de Sx comportementaux chez les PA avec démence.

Anticholinergiques : rétention urinaire, constipation, étourdissements, confusion, sécheresse des muqueuses et vision brouillée.

Benzodiazépines : risque de chute, trouble d'équilibre et délirium

IPP : risque de C.diff, perte osseuse et fracture. Éviter Tx régulier pour >8 semaines sauf si haut risque de complications ou indication spécifique [ex. : oesophagite de Barrett].

Digoxine : éviter en 1^{re} ligne dans le traitement de la FA, car des alternatives plus efficaces existent. Si utilisé, éviter >0.125mg/jour.

Métoclopramide : effets anticholinergiques et extrapyramidaux.

CASCADES MÉDICAMENTEUSES

- La chronologie des changements du régime médicamenteux permet de mettre en évidence la présence de cascades.
- Les cascades sont issues de l'interprétation d'un effet secondaire d'un Rx comme un nouveau Sx qui entraîne la prescription d'un autre Rx.

Ex.: Gabapentin → Œdème → Furosémide

EFFETS SECONDAIRES (ES) : PRINCIPES

- Considérer tout nouveau symptôme comme un effet secondaire possible d'un médicament.
- Viser le bas de l'intervalle thérapeutique dans le cas de médicaments à indice thérapeutique étroit, car les ES peuvent survenir même dans la plage suggérée: warfarine, digoxine, antidépresseurs tricycliques [ATC], phénytoïne, lithium, etc.

BÉNÉFICES DES RX ACTUELS

Évaluation en fonction de 3 critères qui permettent de cibler les Rx pouvant être sujets à la déprescription

- ✓ Délai d'apparition des bénéfices du traitement en fonction de l'espérance de vie du patient.
- ✓ Indication des Rx en fonction des diagnostics, des lignes directrices actuelles et des données probantes en gériatrie.
- ✓ Valeur thérapeutique du Rx [forte vs faible] : Composante de l'efficacité [cibles adaptées], des effets secondaires, de la complexité du monitoring et de l'impact du Rx sur la qualité de vie. Privilégier les Rx à forte valeur thérapeutique.

ENJEUX RELIÉS À LA PK ET PD CHEZ LA PA

- Modifications PK liées au vieillissement peuvent entraîner une accumulation des Rx et ↑ toxicité
- ↑ sensibilité à certains Rx : anticholinergiques, BZD, opiacés, etc.

Reproduit avec la permission des auteurs et du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Peut être téléchargé au lien suivant : http://ciuss-nordmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciuss-nim/Menu/Zone_Professionnels/Zone_Pharmaciens/Guide%20évaluation%20pharmacothérapie%20personne%20agee%20%20ICEBERG.pdf

Annexe 11. Version française de l'outil CAM (Confusion assessment method)

Le CAM (*Confusion Assessment Method*)

Début soudain

- 1) Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel?

Inattention*

- 2) A. Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit?
- Pas présent à aucun moment lors de l'entrevue.
 - Présent à un moment donné lors de l'entrevue, mais de façon légère.
 - Présent à un moment donné lors de l'entrevue, de façon marquée.
 - Incertain.
- B. (Si présent ou anormal) Est-ce que ce comportement a fluctué lors de l'entrevue, c'est-à-dire qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou à augmenter et diminuer en intensité?
- Oui.
 - Non.
 - Incertain.
 - Ne s'applique pas.
- C. (Si présent ou anormal) Prière de décrire ce comportement :

Désorganisation de la pensée

- 3) Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible?

Altération de l'état de conscience

- 4) En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient?
- Alerte (normal).
 - Vigilant (hyper alerte, excessivement sensible aux stimuli de l'environnement, sursaute très facilement).
 - Léthargique (somnolent, se réveille facilement).
 - Stupeur (difficile à réveiller).
 - Coma (impossible à réveiller).
 - Incertain.

Désorientation

- 5) Est-ce que le patient a été désorienté à un certain moment lors de l'entrevue, tel que penser qu'il ou qu'elle était ailleurs qu'à l'hôpital, utiliser le mauvais lit, ou se tromper concernant le moment de la journée?

Troubles mnésiques

- 6) Est-ce que le patient a démontré des problèmes de mémoire lors de l'entrevue, tels qu'être incapable de se souvenir des événements à l'hôpital ou difficulté à se rappeler des consignes?

Anomalies de perception

- 7) Est-ce qu'il y avait évidence de troubles perceptuels chez le patient, par exemple hallucinations, illusions, ou erreurs d'interprétation (tels que penser que quelque chose avait bougé alors que ce n'était pas le cas)?

Agitation psychomotrice

- 8) Partie 1.
À un moment donné lors de l'entrevue, est-ce que le patient a eu une augmentation inhabituelle de son activité motrice, telle que ne pas tenir en place, se tortiller ou gratter les draps, taper des doigts, ou changer fréquemment et soudainement de position?

Retard psychomoteur

- 8) Partie 2.
À un moment donné lors de l'entrevue, est-ce que le patient a eu une diminution inhabituelle de son activité motrice, telle qu'une lenteur, un regard fixe, rester dans la même position pendant un long moment, ou se déplacer très lentement?

Perturbation du rythme veille-sommeil

- 9) Est-ce qu'il y a eu évidence de changement dans le rythme veille-sommeil chez le patient, telles que somnolence excessive le jour et insomnie la nuit?

* Les questions sous ce symptôme ont été répétées pour chaque symptôme où ce fut applicable.

Version française telle qu'elle a été validée dans le cadre de la présente étude

Reproduit avec la permission des auteurs et de la revue : Laplante, J., Cole, M., McCusker, J., Singh, S. et Ouimet, M.A. « Confusion Assessment Method. Validation d'une version française », *Perspective infirmière*, sept./oct. 2005, vol. 3, n° 1, p. 12-22.

L'algorithme diagnostique du CAM*

Critère 1 *Début soudain et fluctuation des symptômes*

Ce critère est habituellement obtenu d'un membre de la famille ou d'une infirmière et est illustré par une réponse positive aux questions suivantes: Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel? Est-ce que ce comportement (anormal) a fluctué durant la journée, c'est-à-dire, qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou à augmenter et diminuer en intensité?

Critère 2 *Inattention*

Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante: Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit?

Critère 3 *Désorganisation de la pensée*

Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante: Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible?

Critère 4 *Altération de l'état de conscience*

Ce critère est illustré par n'importe quelle réponse autre que "alerte" à la question suivante: En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient? (alerte [normal], vigilant [hyper alerte], léthargique [somnolent, se réveille facilement], stupeur [difficile à réveiller], ou coma [impossible à réveiller]).

* Le diagnostic de l'état confusionnel aigu à l'aide du CAM requiert la présence des critères 1, 2 et 3 ou 4.

Traduit de INOUE, S.K. *et al.* « Clarifying confusion: the confusion assessment method », *Annals of Internal Medicine*, vol. 113, n° 12, 15 déc. 1990, p. 941-948.

Version française telle qu'elle a été validée dans le cadre de la présente étude

Reproduit avec la permission des auteurs et de la revue : Laplante, J., Cole, M., McCusker, J., Singh, S. et Ouimet, M.A. « Confusion Assessment Method. Validation d'une version française », *Perspective infirmière*, sept./oct. 2005, vol. 3, n° 1, p. 12-22.

Tableau I

Description des quatre critères principaux du CAM

Critère I : début soudain et fluctuation des symptômes

Ce critère se caractérise par un changement soudain des fonctions mentales supérieures du patient au cours du dernier mois (Inouye *et al.*, 1990) comprenant une fluctuation des symptômes au cours de la journée (ex. : confus en matinée et non en après-midi). Cette information est très souvent obtenue auprès des personnes qui connaissent bien le patient. Ces personnes vivent avec le patient, p. ex. le conjoint; travaillent auprès de celui-ci, p. ex. les professionnels de la santé (CLSC, famille d'accueil, résidence, hôpital, CHSLD, médecin de famille) ; ou voient le patient régulièrement, p. ex. les amis et les enfants. Il est en général facile pour ces personnes de reconnaître un changement au niveau des fonctions mentales supérieures. Le début de l'état confusionnel aigu est en général soudain et entraîne très souvent une situation de crise pour le patient et sa famille. Le patient réagit aux stimuli différemment. Il n'est plus le même (Laplane et Cole, 2001).

Critère II : inattention

L'inattention est observée lorsque le patient est facilement distrait ou a de la difficulté à retenir ce qui a été dit (Inouye *et al.*, 1990). Lors d'une conversation, le patient a de la difficulté à garder son attention sur le sujet de la discussion. Son niveau de concentration est diminué. L'information doit être répétée plusieurs fois avant d'être enregistrée et comprise. Le patient oublie rapidement ce qui vient de lui être dit. Il perd aussi facilement le fil de ses idées. L'inattention s'observe cliniquement à l'aide de questions telles que des soustractions simples (ex. : soustraire 7 de 100 et continuer de soustraire le nombre 7 du résultat obtenu), des commandes simples (ex. : épeler le mot monde à l'envers) (Inouye *et al.*, 1990), ou encore par une incapacité à suivre ou à diriger une conversation (ex. : le patient continue de répondre à une question posée antérieurement) ou à accomplir une tâche.

Reproduit avec la permission des auteurs et de la revue : Laplane, J., Cole, M., McCusker, J., Singh, S. et Ouimet, M.A. « Confusion Assessment Method. Validation d'une version française », *Perspective infirmière*, sept./oct. 2005, vol. 3, n° 1, p. 12-22.

Annexe 12. Version française de l'outil 4AT



Test d'évaluation du délirium et des troubles cognitifs

Nom du patient :

(étiquette)

Date de naissance :

Numéro de dossier :

Date :

Heure :

Évaluateur :

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. Observez 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 <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 <7 mois ou refuse 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 l'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 probable (mais délirium encore possible si information incomplète à [4])

SCORE DU 4AT

INSTRUCTIONS

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

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 1 à 3 suggère un trouble cognitif : des tests cognitifs plus détaillés ainsi que la réalisation de l'anamnèse selon un proche aidant sont nécessaires. 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.

État de conscience : L'altération de l'état de conscience est très susceptible d'être un délirium dans le milieu hospitalier. Si le patient montre une altération significative de son état de conscience lors de l'évaluation au chevet, indiquer un score de 4 pour cet item. **Changement aigu ou évolution fluctuante :** la fluctuation est observée dans certains cas de démence sans présence de délirium, cependant une fluctuation prononcée indique généralement un délirium. Pour aider à cerner la présence d'hallucinations et/ou de pensées paranoïdes, poser des questions au patient telles que, « Êtes-vous préoccupé par quelque chose qui se passe ici? »; « Avez-vous peur de quelque chose ou de quelqu'un? »; « Avez-vous vu ou entendu des choses inhabituelles? »

Voyer, P., Wilchesky, M., Richard, H., Pelletier, I., Ballard, S., Lundu, O. (2016). 4AT French version 1.0. Université Laval, Québec, Canada.

© 2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash

Reproduit avec la permission de l'auteur principal.

Annexe 13. Exemple d'histoire biographique

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval Québec RÉSUMÉ D'HISTOIRE DE VIE	IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____ NOM À LA NAISSANCE : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ SEXE : ☐ F ☐ M N.A.M. : _____ EXP : ____ / ____
Données démographiques	
Comment la personne aimerait-elle être appelée?	
Lieu de naissance :	
Célibataire : ☐ Veuf(ve) : ☐ Depuis : _____ Séparé(e) : ☐ Depuis : _____	
Divorcé(e) : ☐ Depuis : _____ Marié(e) : ☐ Depuis : _____	
Nom du conjoint(e) :	Travail du conjoint(e) :
Lieux de résidence significatifs :	
Sait lire : Oui ☐ Non ☐	
Sait écrire : Oui ☐ Non ☐	
Religion :	
Pratiquante : Oui ☐ Non ☐	
Langue parlée :	
Langue maternelle :	
La personne a-t-elle eu des enfants? Oui ☐ Non ☐	
Nom et rang des enfants	Combien? :
Proximité et lien (Notez si DCD)	
Personnes significatives autres que ses enfants	
Nom	Lien
Profil personnel	
Travail / Profession :	
Intérêts, activités préférées, passe-temps :	
Accomplissement personnel, professionnel, fierté :	
Descriptif d'une journée type :	
AM :	
PM :	
Soirée :	
Musique préférée :	
Animal significatif :	
Autres informations que vous jugez pertinentes :	
Sources : Institut de gériatrie de Montréal (2007), <i>Formulaire d'histoire de vie</i> (IUGM – 188 – R). Services d'expertise en psychogériatrie enseignement et consultation (SEPEC), <i>Résumé d'histoire de vie</i>.	

68-000-547

Rév. : 2017-07-06

DOSSIER MÉDICAL

RÉSUMÉ D'HISTOIRE DE VIE

1 de 2

Reproduit avec la permission du CISSS de Laval.



RÉSUMÉ D'HISTOIRE DE VIE

IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ SEXE : ☐ F ☐ M

N.A.M. : _____ EXP : ____ / ____

Personnalité (Aucun diagnostic médical)

Avant les déficits connus (sociable, tranquille, autoritaire, déterminée, douce, travaillante, etc.)

Depuis les déficits connus

Type de comportements ou problèmes émotionnels connus tout au long de sa vie (gêne excessive, impulsivité, manies, peurs, dépression), manière particulière de s'exprimer, etc.

Moyens de détente ou de compensation

Événements marquants dans la vie de la personne (immigration, traumatisme, perte importante, grand bonheur, etc.)

Habitudes

Bain ☐ Douche ☐ Autre : _____ Fréquence : _____

Moment : AM ☐ PM ☐ Soir ☐

Barbe : Rasoir électrique ☐ Rasoir à lames ☐ Moment : _____ Fréquence : _____

Fréquence d'hygiène buccale :

Préférez-vous recevoir vos soins : D'un homme ☐ D'une femme ☐ Indifféremment ☐

Particularités :

Habitudes d'habillement (ex. : portait toujours une camisole) :

Frileux Oui ☐ Non ☐ Précisez : _____

Bijoux ☐ Parfum ☐ Maquillage ☐

Coiffeur : _____ Fréquence : _____

Habitudes de sommeil :

Heure du lever : _____ Heure du coucher : _____

Particularités :

Habitudes alimentaires :

Aliments préférés : _____ Mets non-appréciés : _____

Endroit préféré pour le repas : Chambre ☐ Salle à manger ☐ étage ☐ établissement ☐

Habitudes de consommation :

Alcool ☐ Fréquence : _____ Tabac ☐ cig./jour : _____ Depuis : _____ Autres ☐

Fréquence : _____

Particularités :

Vision : _____ Audition : _____

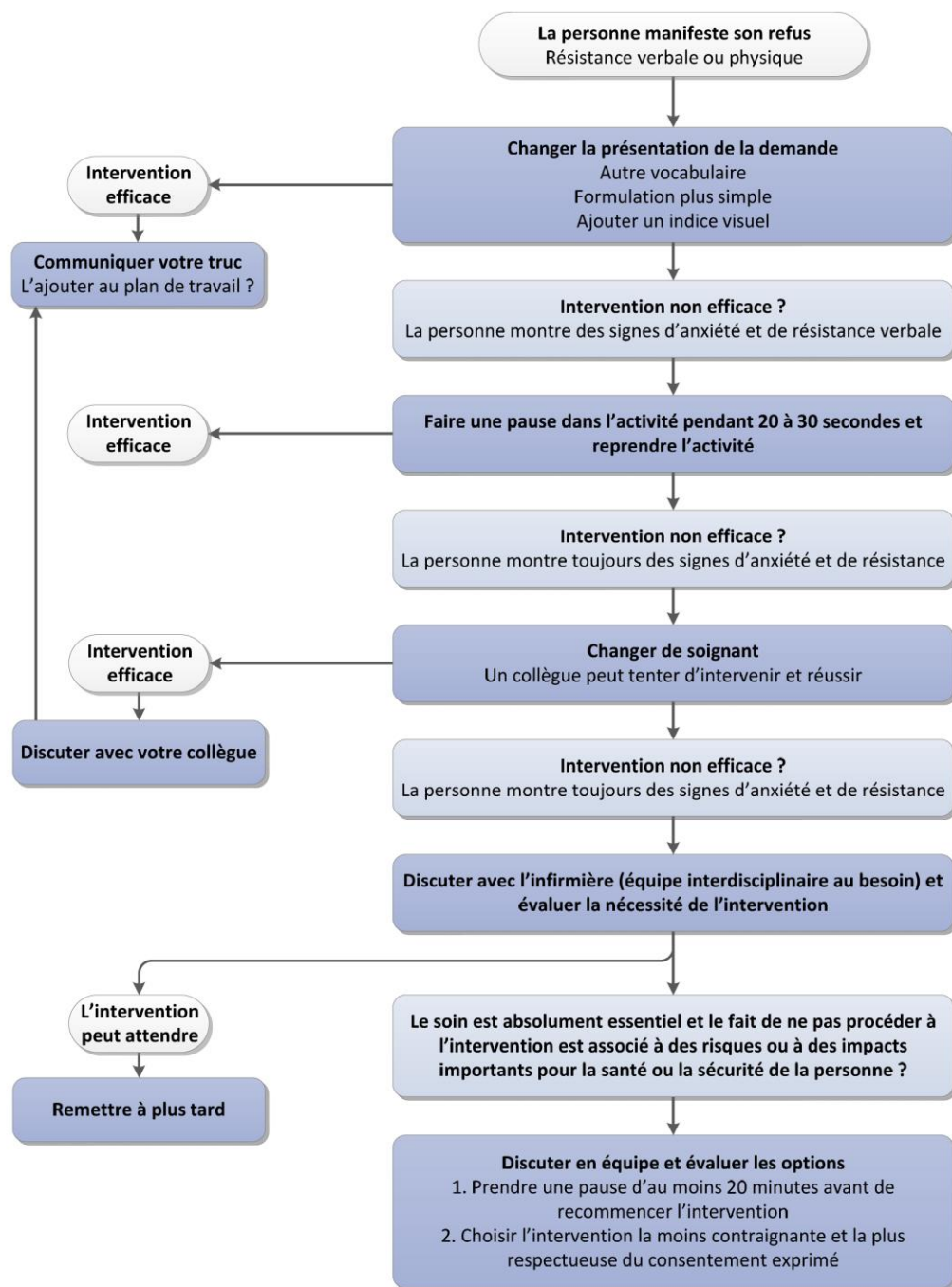
Droitier ☐ Gaucher ☐

Signature : _____ Date : _____ Titre d'emploi / lien : _____

Reproduit avec la permission du CISSS de Laval.

Annexe 14. Algorithme de gestion des refus

Schéma 3 : Démarche de gestion des refus



Source : Philippe Voyer, Faculté des sciences infirmières, Université Laval. Document préparé par Guylaine Belzil et Nadia Duchaine, CSSS Alphonse-Desjardins. La présente version a été légèrement adaptée.

Reproduit de la référence [4] avec l'accord des auteurs.

Annexe 15. Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield

ANNEXE 3

Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield ○ Jour ○ Soir ○ Nuit

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

Signature : _____ Date : _____

Complété avec :

Consigne : indiquez pour chaque résident la fréquence à laquelle il ou elle a manifesté chacun des comportements suivants durant votre quart de travail au cours des deux dernières semaines.

Encercler le chiffre correspondant à la meilleure réponse en vous référant aux définitions suivantes :

Au cours des deux dernières semaines, le résident :

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

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

La traduction française et autorisée est extraite de l'article : Deslauriers, S., Landreville, P., Dicaire, L. & Verreault, R. (2001). Validité et fidélité de l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 20(3), 373-384. Il est recommandé avant toute utilisation de l'inventaire de Cohen-Mansfield de consulter le manuel CMAI dans l'article de Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology*, 44(3), M77-84.

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

AGITATION DANS LES DÉMENCES

*Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - Fiches cliniques

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal / CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Annexe 16. Inventaire neuropsychiatrique réduit (NRP-R)



FICHE OUTIL

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE RÉDUIT, NPI-R

OUTIL DE REPÉRAGE ET D'APPRÉCIATION DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE (SCPD)

LA MALADIE D'ALZHEIMER (MA) ET LES AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC)

Les renseignements contenus dans cette fiche sont à titre informatif. Ils ne remplacent pas une formation appropriée à l'administration du test et doivent être utilisés comme aide-mémoire uniquement.

Information pratique	
Durée	environ 5 à 10 minutes
Administré au	proche aidant
Administré par	professionnel de la santé et des services sociaux habilité
Interprété par	professionnel de la santé et des services sociaux habilité
Langues	traduit en plusieurs langues dont le français, l'anglais et l'espagnol
Domaines ciblés	idées délirantes, hallucinations, agitation, dépression, anxiété, euphorie, apathie, désinhibition, irritabilité, comportements moteurs aberrants, troubles du sommeil, troubles de l'appétit
Normes et validation	versions anglaise ¹ et française ² validées

Population visée et objectifs

Le but du NPI-R est de recueillir des renseignements sur la présence, la gravité et les répercussions des troubles du comportement chez des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer (MA) ou d'un autre trouble neurocognitif (TNC)*.

Avantages

- ▶ permet d'apprécier 12 types de troubles du comportement parmi les plus fréquemment observés dans les cas de MA et leur impact sur les proches aidants
- ▶ temps d'administration plus rapide que la version standard
- ▶ peut être utilisé comme test dans la salle d'attente et être rempli par le proche aidant
- ▶ questions simples et concrètes
- ▶ plusieurs versions disponibles et traduites en français (NPI, NPI-R, NPI-ES**)

Limites

- ▶ n'évalue **pas la fréquence d'apparition** des symptômes
- ▶ la présence de l'aidant est nécessaire
- ▶ **ne permet pas d'établir un diagnostic**
- ▶ **nécessite toujours une évaluation plus approfondie des SCPD**
- ▶ manque d'évaluation en première ligne

Caractéristiques du NPI réduit (NPI-R) et différences avec la version standard

NPI standard¹ ▶ l'administration est faite au cours d'un entretien entre le professionnel et le proche aidant (de préférence vivant avec le patient) ▶ durée d'administration entre 30 et 45 minutes ▶ l'évaluation est faite à partir de trois échelles : • fréquence des symptômes • gravité des symptômes • répercussion (soignant, proche aidant, entourage)	NPI réduit² ▶ questionnaire autoadministré directement aux proches aidants, comprenant des instructions écrites ▶ durée d'administration entre 5 et 10 minutes ▶ l'évaluation est faite à partir de deux échelles : • gravité des symptômes • répercussion (proche aidant, entourage)
---	--

** NPI-ES : version pour équipe soignante, qui se base sur les réponses d'un membre de l'équipe engagée dans la prise en charge d'un patient vivant en institution.

Date de publication : octobre 2015

Québec

Reproduit avec la permission de © Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2015. Inventaire neuropsychiatrique réduit, NPI-R, Outil de repérage et d'appréciation des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). <https://inesss.qc.ca/>.

Interprétation des résultats et seuils diagnostiques

Contrairement à la version standard du NPI et à celle destinée aux équipes soignantes (NPI-ES), **la version réduite du NPI (NPI-R) n'utilise pas de scores totaux et de seuils diagnostiques dans l'interprétation des résultats.**

- Le score maximal de l'échelle de gravité des symptômes est **36**.
- Le score maximal de l'échelle de répercussion des symptômes sur le proche aidant est **60**.
- Des scores plus élevés indiquent des problèmes plus graves.

L'utilisation **du NPI-R** est conseillée avant tout pour guider la discussion entre le professionnel, le patient et le proche aidant.

Qualités métrologiques du NPI-R pour le repérage des SCPD en première ligne³

Échelle	Fidélité test-retest	Validité de convergence
Gravité des symptômes	Élevée : 80 % pour tous les SCPD	Élevée : 84 % pour tous les SCPD
Répercussion	Excellente : 94 %	Élevée : 84 %

Les résultats représentent une valeur moyenne pour tous les symptômes³.

Disponibilité des consignes d'administration et de cotation du NPI-R

Version française

- La traduction française de la version réduite du NPI a été réalisée par l'équipe de Robert et ses collaborateurs en 1998².
- Les consignes d'administration et de cotation en français sont disponibles à la page 3 et 4 de cette fiche.

Version anglaise

- Les consignes d'administration et de cotation en anglais sont disponibles à l'adresse suivante : <http://npitest.net/>

Notoriété de l'outil de repérage

Le NPI-R fait partie des outils recommandés par la Haute Autorité de Santé (HAS) (France) et l'AQuAS (Agency for Health Quality and Assessment of Catalonia) (Espagne) pour une appréciation rapide des troubles du comportement perturbateurs observés chez les patients atteints de la MA ou d'un autre TNC. Cet outil permet d'orienter rapidement les professionnels vers les problèmes de comportement et il est également utile pour la formation du proche aidant, puisqu'il en résulte souvent des discussions permettant d'améliorer la compréhension de certains symptômes et ainsi de favoriser leur prise en charge. Il peut également permettre d'évaluer l'efficacité d'une intervention en comparant les résultats du test avant-après lors des visites de suivi. Au Québec, la version standard du NPI est largement utilisée en services spécialisés, dans les protocoles de recherche et dans les études cliniques. La version réduite du NPI, plus adaptée au contexte de première ligne, est par contre peu connue et elle est peu employée par les professionnels de la santé et des services sociaux travaillant en première ligne.

Consignes d'administration du NPI-R à l'intention du professionnel

- Le questionnaire est de préférence donné au proche aidant en l'absence du patient, afin de faciliter l'exercice qui pourrait être difficile à faire en présence de celui-ci.
- Si un proche aidant n'est pas disponible, cet outil ne peut pas être utilisé.
- Le NPI-R est utilisé pour reconnaître les **changements** de comportement du patient intervenus pendant une période de temps définie (p. ex. : présents pendant les quatre dernières semaines, depuis la dernière visite chez le médecin ou pendant un autre intervalle de temps bien défini).
 - Les comportements qui ont été présents tout au long de la vie du patient et qui n'ont pas changé au cours de l'évolution de la maladie ne sont pas cotés, même s'ils sont anormaux, p. ex. : anxiété, dépression.
 - Les comportements qui ont été présents tout au long de la vie du patient et qui ont changé au cours de l'évolution de la maladie sont à coter (p. ex. : le patient a toujours été anxieux, mais on a observé une augmentation notable au cours de la période sur laquelle porte l'enquête).
- Le NPI-R peut également être utilisé pour repérer des changements de comportement causés par le début ou l'ajustement d'un traitement.

Recommandations de l'INESSS pour la pratique

- Il est conseillé de respecter les consignes d'administration et de cotation de l'outil.
- Il est conseillé de faire passer le questionnaire au proche aidant dans un environnement calme, sans bruit et sans distraction.
- Le NPI-R ne devrait pas être utilisé de façon isolée pour établir un diagnostic précis des troubles du comportement.
- Le professionnel qui veut rendre compte des résultats de cet outil ne devrait pas se limiter à rapporter des cotes brutes sans autres mises en contexte cliniques.
- La personnalité, les habiletés, les compétences et les aptitudes antérieures du patient devraient toujours être considérées lors de l'interprétation des résultats obtenus à l'aide de cet outil de repérage.
- Si aucun changement de personnalité et de comportement n'est remarqué, il est conseillé de refaire une appréciation des SCPD à l'occasion du suivi annuel, ou plus tôt s'il y a un besoin particulier, afin d'objectiver l'évolution et la progression de la maladie et d'ajuster les interventions et le niveau d'encadrement nécessaires selon les besoins du patient.
- Si un changement de personnalité et de comportement est remarqué par le patient ou le proche aidant, une intervention médicale appropriée devrait être assurée.
- En cas de complexité diagnostique ou thérapeutique, il est conseillé d'orienter le patient et ses proches vers les équipes locales spécialisées en SCPD ou en santé mentale.

Description des différents domaines évalués par le NPI-R

1. Idées délirantes Le patient croit-il des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies (par exemple, il insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le voler)? A-t-il dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison? Est-il vraiment convaincu de la réalité de ces choses?	NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et la répercussion S.O. = question sans objet
2. Hallucinations Le patient a-t-il des hallucinations? Par exemple, a-t-il des visions ou entend-il des voix? Semble-t-il voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas?	NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et la répercussion S.O. = question sans objet
3. Agitation/agressivité Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande?	NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et la répercussion S.O. = question sans objet
4. Dépression/dysphorie Le patient semble-t-il triste ou déprimé? Dit-il qu'il se sent triste ou déprimé?	NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et la répercussion S.O. = question sans objet
5. Anxiété Le patient est-il très nerveux, inquiet ou effrayé sans raison apparente? Semble-t-il très tendu ou a-t-il du mal à rester en place? A-t-il peur d'être séparé de vous?	NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et la répercussion S.O. = question sans objet
6. Exaltation de l'humeur Le patient semble-t-il trop joyeux ou heureux sans aucune raison? Il ne s'agit pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient présente une bonne humeur anormale et constante ou s'il trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres.	NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et la répercussion S.O. = question sans objet
7. Apathie/indifférence Le patient semble-t-il montrer moins d'intérêt pour ses activités ou pour son entourage? N'a-t-il plus envie de faire des choses ou manque-t-il de motivation pour entreprendre de nouvelles activités?	NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et la répercussion S.O. = question sans objet
8. Désinhibition Le patient semble-t-il agir de manière impulsive, sans réfléchir? Dit-il ou fait-il des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public?	NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et la répercussion S.O. = question sans objet

Description des différents domaines évalués par le NPI-R (suite)

9. Irritabilité/instabilité

Le patient est-il irritable? Faut-il peu de choses pour le perturber?
Est-il d'humeur très changeante? Se montre-t-il anormalement impatient?

NON (score = 0)

Passez à la question suivante

OUI Évaluez la gravité et la répercussion

S.O. = question sans objet

10. Comportement moteur aberrant

Le patient fait-il les cent pas, refait-il sans cesse les mêmes choses, par exemple ouvrir les placards et les tiroirs ou manipuler sans arrêt des objets?

NON (score = 0)

Passez à la question suivante

OUI Évaluez la gravité et la répercussion

S.O. = question sans objet

11. Troubles du sommeil

Est-ce que le patient a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)? Est-il debout la nuit? Est-ce qu'il erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil?

NON (score = 0)

Passez à la question suivante

OUI Évaluez la gravité et la répercussion

S.O. = question sans objet

12. Troubles de l'appétit

Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (coter S.O. si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir)? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il préfère?

NON (score = 0)

Passez à la question suivante

OUI Évaluez la gravité et la répercussion

S.O. = question sans objet

Acronymes, sigles et définitions

Acronymes et sigles

AQuAS : Agency for Health Quality and Assessment of Catalonia;

HAS : Haute Autorité de Santé;

MA : maladie d'Alzheimer;

NPI-ES : inventaire neuropsychiatrique, version pour équipe soignante (*Neuropsychiatric Inventory dans sa version anglaise*);

NPI-R : inventaire neuropsychiatrique réduit (*Neuropsychiatric Inventory dans sa version anglaise*);

SCPD : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence;

S.O. : sans objet;

TNC : trouble neurocognitif.

*Définitions

Données normatives : données obtenues pour un individu et interprétées par comparaison avec les données observées sur un ensemble d'autres individus constituant un groupe de référence (étalonnage normatif).

Fidélité : capacité d'un examen ou d'un test, appliqué à plusieurs reprises et dans la même population, à produire le même résultat.

Trouble neurocognitif : voir la nouvelle nomenclature proposée par la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), 2013⁵. Les sous-types de TNC légers ou majeurs inclus dans le cadre de ce projet sont le TNC dû à la MA, le TNC mixte, le TNC vasculaire, le TNC dû à la maladie de Parkinson, le TNC avec corps de Lewy et le TNC frontotemporal.

Validation : évaluation servant à déterminer si un outil permet d'atteindre le but (p. ex. repérer un TNC) pour lequel il a été conçu, élaboré ou créé.

Validité : capacité du résultat d'une mesure à se révéler juste et exempt de biais.

Validité de convergence : qualité d'un test à mesurer véritablement le concept supérieur que le chercheur tente de mesurer. Par exemple, on examine la corrélation entre les scores obtenus au NPI à ceux du nouveau test (NPI-R).

Références

1. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44(12):2308-14.
2. Robert PH, Médecin I, Vincent S, Staccini P, Cattelin F, Goni S. L'inventaire neuropsychiatrique : validation de la version française d'un instrument destiné à évaluer les troubles du comportement chez les sujets déments. *L'Année Gériatrique* 1998;5:63-87.
3. Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, et al. Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000;12(2):233-9.
4. Gitlin LN, Marx KA, Stanley IH, Hansen BR, Van Haitsma KS. Assessing neuropsychiatric symptoms in people with dementia: A systematic review of measures. *Int Psychogeriatr* 2014;26(11):1805-48.
5. American Psychiatric Association (APA). Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Arlington, VA : APA; 2013.

Reproduit avec la permission de © Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2015. Inventaire neuropsychiatrique réduit, NPI-R, Outil de repérage et d'appréciation des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). <https://inesss.qc.ca/>.



Annexe 17. Exemple de grille d'observation modèle ABC



**GRILLE D'OBSERVATION
DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS**

RAISON D'UTILISATION : _____

DATE D'ADMISSION : _____

PÉRIODE D'OBSERVATION : DU _____ AU _____

DATE ET HEURE (INDIQUER DURÉE SI PERTINENT)	DESCRIPTION DU COMPORTEMENT	ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS, CONTEXTE DE SOINS, ENVIRONNEMENT	INTERVENTIONS DU SOIGNANT	RÉSULTATS	INITIALES

68-000-586

Rév. : 2012-04-10

DOSSIER MÉDICAL

GRILLE D'OBSERVATION ET D'ANALYSE DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS

1 de 2

Reproduit avec la permission du CISSS de Laval.

[illegible]

68-000-586
Rév. : 2012-04-10
DOSSIER MÉDICAL

GRILLE D'OBSERVATION ET D'ANALYSE DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS

2 de 2

Reproduit avec la permission du CISSS de Laval.

Annexe 18. Exemples d'interventions non-pharmacologiques spécifiques

1) Interventions sensorielles

Parmi les interventions sensorielles figurent la musique, les activités multi-sensorielles, le trempage des mains, l'aromathérapie et la massothérapie.

- **Musique:** l'usage de la musique permettrait de réduire la résistance aux soins [58], d'améliorer l'humeur, de diminuer l'agressivité [59] et de décroître l'anxiété [60]. Afin de maximiser l'efficacité de la musique, il est recommandé d'adapter le choix de celle-ci aux préférences du patient. La musique peut être présentée sous forme de musique de fond ou être chantée au patient lors des séances de soins ou lors de tout autre moment propice. Dans certains cas, il est recommandé d'utiliser des écouteurs pour ceux présentant des troubles auditifs ou pour éviter de déranger les patients qui nécessitent moins de stimulations.
- **Activités multi-sensorielles:** L'usage des activités sensori-motrices aurait comme avantages de favoriser les interactions sociales chez le patient, de réduire son agitation et d'impliquer davantage ses proches aidants [40]. Le département de santé de l'État de New York propose plusieurs activités multi-sensorielles à travers son programme **Electronic Dementia Guide for Excellence (EDGE)**¹. Un chariot mobile peut s'avérer très intéressant pour mettre à la disposition des familles, des bénévoles et du personnel soignant différentes activités à faire avec leur proche.
- **Trempage de mains dans l'eau:** La pratique d'une telle activité avec le patient affichant des SCPD pourrait réduire l'anxiété, l'agitation de celui-ci en plus de diminuer sa résistance aux soins à l'hygiène [61]. Il peut être intéressant de faire cette activité avant les heures de repas pour ceux qui ont tendance à refuser de se laver les mains, avant les soins d'hygiène pour ceux qui sont résistants aux soins d'hygiène ou avant le sommeil pour permettre la détente [40].
- **Aromathérapie :** L'aromathérapie aurait pour effet de diminuer les troubles de comportements [40]. Il se vend des jeux de loto des sens qui permettent à la personne de sentir différentes odeurs. Un diffuseur avec diverses essences pourrait être utilisé à la chambre. Une crème à main avec essence peut également être utilisée comme forme d'aromathérapie.
- **Massothérapie :** La massothérapie contribuerait à réduire l'errance [62], la résistance aux soins [63] et le niveau d'anxiété [64]. Fitzsimmons, Barba & Stump (2014) [40] recommandent le massage au niveau des mains, des pieds, du dos et du cou. Ces auteurs recommandent aussi de s'assurer que le patient n'ait pas de conditions médicales particulières (i.e., arthrite, plaie, etc.) pouvant avoir des effets négatifs sur sa situation générale. Cette intervention peut être appliquée par le personnel des soins ou la famille, par exemple, un massage des mains ou des pieds lors des soins ou lors de l'application de crème hydratante.

¹ <https://health.ny.gov/diseases/conditions/dementia/edge/interventions/simple/index.htm>

2) Activités structurées

- **Thérapie occupationnelle**: Il s'agit de proposer des activités significatives au patient en se basant sur ses intérêts et ses capacités afin de l'occuper. La liste de telles activités pourrait inclure par exemple le pliage de serviettes, l'étampage d'enveloppes, le coloriage, le tricot, les casse-têtes. Ce type d'activité serait susceptible de réduire l'agitation physique et verbale du patient affichant des troubles comportementaux [62].

3) Activités physiques

Les activités physiques telles que la **marche** et les **séances d'exercices** auraient des effets bénéfiques sur la réduction des SCPD [48].

4) Contacts sociaux

La gestion des comportements perturbateurs chez les personnes âgées séjournant en milieu hospitalier pourrait aussi s'effectuer par l'entremise de trois formes de contacts sociaux, à savoir: le contact humain, le contact social humain simulé et contact social non-humain simulé.

- **Contact humain**: Le contact un à un avec le patient aurait comme effet de réduire considérablement les troubles de comportement [65]. Ce contact humain peut être établi à travers les différentes interactions que le patient a avec ses proches aidants, le personnel soignant, les professionnels, etc. L'implication d'un intervenant en soins spirituels peut être pertinente à ce niveau pour permettre d'établir et maintenir une interaction sociale. En effet, le rôle de l'intervenant en soins spirituels consiste entre autres à soutenir et accompagner le patient et ses proches aidants à travers les étapes de vie de la personne. L'humour à travers les interactions avec le patient serait susceptible de réduire l'agitation chez le patient ayant des SCPD [66].
- **Contact social humain simulé**: À la différence du contact humain, le contact social humain simulé consiste à demeurer en contact avec ses proches par l'entremise par exemple d'albums photos, de vidéos ou d'enregistrements sonores. Ce type de contact pourrait réduire de façon notable la résistance du patient aux soins qui lui sont administrés [67].
- **Contact social non-humain simulé**: Ce contact consiste à utiliser des objets tels que des poupées ou des animaux en peluche pour occuper le patient, le distraire pendant les soins ou lorsque celui-ci tente de quitter l'unité. Les bénéfices du recours au contact social non-humain simulé incluent une réduction de la résistance aux soins [67] et une augmentation de l'interaction sociale et de la communication [68]. Par ailleurs, ce type d'activité de gestion des SCPD pourrait favoriser grandement la réminiscence et la discussion [40].
- **Contact avec des animaux** : Les vertus de l'interaction entre les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs majeurs et les animaux sont bien décrites dans la littérature [69]. La présence d'un chien, d'un chat ou même d'un oiseau sur l'UCDG suscite la curiosité, encourage les patients à communiquer et favorise les rapprochements. En présence de l'animal, l'humeur des patients est meilleure et cet état persiste après la rencontre. Le contact avec les animaux

procure un effet rassurant, de la détente et permet de calmer les symptômes d'agitation liés aux TNCM. Il existe deux formes d'accompagnement par l'animal qui nécessitent d'être différenciées : la « zoothérapie » et la « zoo-animation ».

La zoothérapie est une thérapie assistée par l'animal qui s'adresse à une personne ayant une difficulté particulière (SCPD par exemple). Le zoothérapeute est un professionnel qui collabore avec le reste de l'équipe traitante et avec la famille dans le but d'établir un plan d'intervention. Les séances de contact avec les animaux sont adaptées à chaque individu et il y a un suivi de l'évolution du patient.

La zoo-animation utilise la présence animale dans le simple but de divertir une personne ou un groupe de personnes ayant un problème de santé ou non. Le temps passé avec chaque patient est plus court que lors de séances de zoothérapie et il n'y a pas de suivi systématique de l'état de santé du patient. Les contacts peuvent alors se faire dans les chambres ou les aires communes.

Bien que certaines caractéristiques des animaux soient essentielles (propre, hypoallergénique, absence d'historique d'agressivité, calme, social et docile), il n'existe pas de certification pour les animaux au Québec. Aucune législation n'encadre la pratique de la zoothérapie non plus. Il existe toutefois une corporation professionnelle, la Corporation des zoothérapeutes du Québec, qui est un regroupement de zoothérapeutes professionnels indépendants. L'offre de services en zoothérapie et zoo-animation varie donc énormément. Certains organismes à but non lucratifs (ex. : Zoothérapie Québec) et certaines organisations bénévoles (ex. : Ambulance St-Jean) offrent leurs services dans les hôpitaux du Québec. Zoothérapie Québec a d'ailleurs formé une équipe spécialisée en SCPD. Les services peuvent aussi être rendus par de plus petites entreprises.

Annexe 19. Médicaments à éviter dans le traitement du delirium et des SCPD

Critères de Beers 2015 [32] qui s'appliquent lorsqu'un patient présente un SCPD ou pour le traitement des SCPD :

CLASSES DE MÉDICAMENTS OU MOLÉCULES :

- **Antiparkinsoniens (benztropine, trihexyphenidyl, procyclidine)** : non recommandé pour la prévention des symptômes extrapyramidaux avec la prise d'antipsychotiques.
- **Antipsychotiques classiques et atypiques** : à éviter dû à l'augmentation du risque d'évènements vasculaires cérébraux (AVC), du déclin cognitif plus rapide et de l'augmentation de mortalité chez les patients atteints de TNCM. Éviter l'utilisation pour le traitement des SCPD ou le delirium sauf si les mesures non pharmacologiques ont échoué ou ne sont pas possibles **et** que le comportement du patient menace sa sécurité ou celle d'autrui.
- **Benzodiazépines** : à éviter dû à l'augmentation du risque de déclin cognitif, delirium, chutes et fracture chez les patients âgés.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CONDITIONS CLINIQUES :

- **Épilepsie ou convulsions chroniques** : éviter le bupropion, la chlorpromazine, la clozapine, la maprotiline, l'olanzapine, la thioridazine, le thiothixene et le tramadol car ces agents peuvent abaisser le seuil convulsif. Ils peuvent être acceptable chez les patients dont l'état épileptique est bien contrôlé et pour qui les traitements alternatifs sont inefficaces.
- **Delirium** : éviter les agents avec des propriétés anticholinergiques, les antipsychotiques, les benzodiazépines, la chlorpromazine, les corticostéroïdes, les antagonistes des récepteurs H₂, la mépéridine et les hypnotiques sédatifs chez les patients âgés avec ou à haut risque de delirium, car ces agents peuvent induire ou exacerber le delirium. Éviter l'utilisation des antipsychotiques pour le traitement des SCPD ou le delirium sauf si les mesures non pharmacologiques ont échoué ou ne sont pas possibles et que le comportement du patient menace sa sécurité ou celle d'autrui. Les antipsychotiques sont associés avec une augmentation du risque d'évènements vasculaires cérébraux (AVC), d'un déclin cognitif plus rapide et de l'augmentation de mortalité chez les patients atteints de TNCM.
- **Démence ou troubles cognitifs** : éviter les agents avec des propriétés anticholinergiques, les benzodiazépines, les antagonistes des récepteurs H₂, les hypnotiques sédatifs (zolpidem, eszopiclone, zopiclone) et les antipsychotiques à cause des effets nuisibles au niveau du système nerveux central (SNC). Éviter l'utilisation des antipsychotiques pour le traitement des SCPD ou le delirium sauf si les mesures non pharmacologiques ont échoué ou ne sont pas possibles et que le comportement du patient menace sa sécurité ou celle d'autrui. Les antipsychotiques sont associés avec une augmentation du risque d'évènements vasculaires

cérébraux (AVC), d'un déclin cognitif plus rapide et de l'augmentation de mortalité chez les patients atteints de TNCM.

- **Maladie de parkinson** : les antagonistes des récepteurs dopaminergiques ont le potentiel d'aggraver les symptômes parkinsoniens. Éviter tous les antipsychotiques sauf quétiapine et clozapine car avec ces molécules, il semble moins probable de précipiter une détérioration de la maladie de parkinson. Éviter les antiémétiques (métoclopramide, prochlorpérazine, prométhazine).
- **Antécédents de chutes ou fractures** : éviter les anticonvulsivants, les antipsychotiques, les benzodiazépines, les hypnotiques sédatifs (zolpidem, eszopiclone, zopiclone), les antidépresseurs tricycliques (ATC), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les opioïdes car ces molécules peuvent causer de l'ataxie, de la dysfonction psychomotrice, une syncope ou des chutes. Si un de ces agents doit être utilisé, considérez diminuer l'utilisation d'autres médicaments ayant un effet sur le SNC qui peuvent aussi augmenter le risque chutes et fractures et mettre aussi de l'avant d'autres stratégies pour diminuer le risque de chutes. Éviter ces agents sauf si aucune alternative plus sécuritaire disponible. De plus,
 - les benzodiazépines à courte action ne sont pas plus sécuritaires que celles à longue action ;
 - éviter les anticonvulsivants sauf pour épilepsie ou troubles de l'humeur ;
 - éviter les opioïdes sauf pour la gestion de la douleur due à une fracture récente ou remplacement d'une articulation.

Annexe 20. Exemple de résumé de dossier et d'une ordonnance pharmaceutique de départ adaptés à la personne âgée

Gériatrie Résumé médical

Confidentiel

« Adressographe »

Date d'admission à l'hôpital :

Raison d'admission

Diagnostic principal et autres diagnostics actifs (préciser si : allergie, douleur chronique, tabagisme, alcoolisme)

Diagnostics inactifs et antécédents

Histoire sociale et fonctionnelle à l'admission (statut marital, type de ménage, type de résidence, supplément de revenu garanti, mesure de protection légale, services reçus, etc.)

Constations pertinentes à l'anamnèse ou à l'examen physique (en spécifiant : vision, audition, appareil locomoteur et neurologie)

Centre de recherche, IUGM, copyright©2010
Source : Kergoat MJ, Latour J, Julien I, Plante MA et al. A
BMC Geriatrics 2010, 10 :69

Confidentiel

RM - Page 1 de 3

No dossier :
Date :

Référence: Kergoat MJ, Latour J, Julien I, Plante MA, Lebel P, Mainville D, Bolduc A, Buckland JA: **A discharge summary adapted to the frail elderly to ensure transfer of relevant information from the hospital to community settings: a model.** *BMC Geriatr* 2010, **10**(1):69.

Investigations et consultations (labos, imagerie, autres) ☐ Copie(s) du (des) rapport(s) jointe(s) au document	
Fonctions mentales ☐ Normales	
Statut cognitif :	Statut affectif :
☐ Symptôme neurocomportemental associé à la démence Autre :	
État fonctionnel ☐ Copie(s) du (des) rapport(s) jointe(s) au document	
Incontinence ☐ urinaire ☐ fécale	AVD :
AVQ :	
Mobilité/transfert :	
État nutritionnel ☐ Copie(s) du (des) rapport(s) jointe(s) au document	
Poids actuel :	Taille :
☐ Variation de poids dans les 6 derniers mois	☐ Dysphagie
Autre :	
Évaluation psychosociale ☐ Non pertinente	
Évolution des problèmes à l'hôpital (problèmes, complications, etc.)	

Recommandations et suivi	
<u>Services médicaux (nom des spécialistes si connus):</u>	<u>Soins et Services professionnels</u> ☐ Infirmier(e) ☐ Travailleur social ☐ Ergothérapeute ☐ Inhalothérapeute ☐ Physiothérapeute ☐ Soins des pieds ☐ Nutritionniste ☐ Autre: ☐ Pharmacien (supervision de la Rx)
<u>Programmes</u> ☐ Centre de jour ☐ Gérontopsychiatrie ☐ Hôpital de jour ☐ Soins palliatifs ☐ Réadaptation fonctionnelle et intensive ☐ Autre :	<u>Services de soutien à domicile</u> ☐ Aide ménagère ☐ Service d'accompagnement ☐ Aide pour préparer les repas ☐ Visite d'amitié ☐ Aide pour faire les courses ☐ Aide d'un préposé aux soins et à l'hygiène personnelle ☐ Service de popote ☐ Autre :
<u>Services aux proches-aidants</u> ☐ Service de répit ☐ Service information – conseil ☐ Services psychosociaux ☐ Groupes d'entraide ☐ Autre :	<u>Aides techniques</u> ☐ Orthèses ou prothèses ☐ Marchette/déambulateur ☐ Canne ☐ Protection d'incontinence ☐ Équipement spéciaux (barres...) ☐ Fauteuil roulant ☐ Autre :
Orientation du patient	
☐ Domicile ou ☐ Relocalisation Type de structure : _____ Nom de l'établissement (si connu) : _____	
Notes supplémentaires	
Médecin traitant hospitalier Nom : _____ Signature : _____ No permis : _____ Date : _____ Médecin de famille Nom : _____	

CLSC d'appartenance Nom : _____ Intervenant-pivot ou gestionnaire de cas (nom et numéro de téléphone): _____
--

Personne-ressource Nom et lien : _____ No. de tél. : _____
--

Copie remise à :
☐ Usager
☐ Nom du médecin ou établissement :

☐ Voir ordonnance pharmaceutique de départ ci-jointe

Gériatrie

Ordonnance pharmaceutique de départ

No de dossier :		Nom :			
Pharmacie communautaire ou d'institution avant l'hospitalisation:		#Téléphone : ()	#Télécopieur : ()		
Allergies :		Intolérances :			
ClCr (mL/min) :	Date :	Créatinine(μ mol/L):	Date :		
Signature pharmacien(ne) (faisant l'histoire Rx) :		#Téléphone :	#Pagette : Date :		
A	MÉDICAMENTS AVANT L'ADMISSION	COMMENTAIRES	COCHER	DURÉE (nb jrs)	RENOUV.
1			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
2			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
3			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
4			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
5			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
6			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
7			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
8			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
9			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
10			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
11			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
12			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
13			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
14			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
15			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
16			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
17			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
18			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
19			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		
20			☐ Continué ☐ Modifié ☐ Cessé		

Confidentiel

OPD - Page 1 de 2

Centre de recherche, IUGM, copyright©2010
Source : Kergoat MJ, Latour J, Julien I, Plante MA et al. A
BMC Geriatrics 2010, 10 :69

Référence: Kergoat MJ, Latour J, Julien I, Plante MA, Lebel P, Mainville D, Bolduc A, Buckland JA: **A discharge summary adapted to the frail elderly to ensure transfer of relevant information from the hospital to community settings: a model.** *BMC Geriatr* 2010, 10(1):69.

B	CHANGEMENTS/NOUVEAUX MÉDICAMENTS AU CONGÉ ET NARCOTIQUES	INTENTION THÉRAPEUTIQUE	DURÉE (nb jrs)	RENOUV.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

C PILULIER HEBDOMADAIRE ☐ BARRIÈRES OBSERVÉES À L'ADHÉRENCE AU TRAITEMENT: ☐ Vision ☐ Audition ☐ Manipulation / Dextérité ☐ Cognition ☐ Régime posologique complexe		
Signature du Médecin :	#Permis :	Date :
Nom :	Tél. :	Télec. :
D NOTES AU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE OU D'INSTITUTION		

☐ Ordonnance vérifiée par le pharmacien avant le départ de l'utilisateur

1. **Pour que l'ordonnance soit valide, le médecin doit compléter la**
 SECTION A (Rx continué, modifié ou cessé)
 + SECTION B
 + préciser la durée de traitement et le nombre de renouvellements.
2. **Les narcotiques ne peuvent être renouvelés.**
 Indiquer la quantité totale à servir
 (Ex: qte de 100 , servir 25 à la fois)

Confidentiel

OPD - Page 2 de 2

Centre de recherche, IUGM, copyright©2010
 Source : Kergoat MJ, Latour J, Julien I, Plante MA et al. A
 BMC Geriatrics 2010, 10 :69

Référence : Kergoat MJ, Latour J, Julien I, Plante MA, Lebel P, Mainville D, Bolduc A, Buckland JA: **A discharge summary adapted to the frail elderly to ensure transfer of relevant information from the hospital to community settings: a model.** *BMC Geriatr* 2010, **10**(1):69.