



RMG3

Gestion optimale des symptômes
comportementaux et psychologiques
de la démence

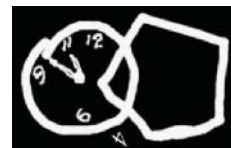
Aide-mémoire à la prise de décision

Auteur:

Philippe Voyer, inf., Ph.D.
Professeur agrégé
Faculté des sciences infirmières
Université Laval

Collaboratrices:

Catherine Gagnon, M.D.
Judith Germain, M.D.



Regroupement des médecins œuvrant en gériatrie dans la région 03 (RMG3)

Le RMG3 est une association sans but lucratif qui inclut tout médecin qui en fait la demande et qui démontre par sa pratique une forte implication en gériatrie.

L'association a pour objectifs de:

- Organiser des formations ouvertes à tous qui conviennent aux membres;
- Favoriser une représentation régionale adéquate des omnipraticiens en gériatrie auprès des instances administratives;
- Échanger sur des préoccupations communes que ce soit des projets à bâtir, des difficultés à aplanir pour améliorer les services aux personnes âgées et de première ligne;
- Partager des façons de faire.



Tables des matières

Regroupement des médecins œuvrant en gériatrie dans la région 03 (RMG3)	1
Définition des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)	2
Cadre théorique	3
Stratégies d'intervention :	
1. L'approche de base en bref	4
2. Stratégies d'intervention essentielles pour les soignants	5
3. Interventions non pharmacologiques	5
Arbre décisionnel	6
Les principaux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) :	
1. L'agitation verbale :	
- Cris, demandes répétées	7
2. L'agitation physique :	
- Errance	8
- Agressivité	9
- Agitation motrice	10
3. Les symptômes psychotiques :	
- Illusions	11
- Idées délirantes	11
Références	12
Histoire biographique	13
Grille d'observation clinique	14

Définition des **S**ymptômes **C**omportementaux et **P**sychologiques de la **D**émence (SCPD)

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (**SCPD**) englobent les symptômes de perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement apparaissant fréquemment chez les sujets atteints de démence. Plus précisément, les SCPD comprennent les signes observables avec un potentiel de danger pour l'individu ou son entourage, occasionnant du stress, de la peur ou de la frustration et qui sont parfois considérés comme socialement inacceptables (référence 9).

Les **symptômes psychologiques** incluent l'anxiété, la dépression, les idées délirantes, les hallucinations et les illusions. D'autre part, les **symptômes comportementaux** comprennent l'agitation que celle-ci soit verbale ou physique avec ou sans agressivité. Par exemple, l'agitation sera verbale si la personne âgée répète les mêmes mots ou fait des demandes constantes. Elle peut être verbale agressive si la personne atteinte blasphème, crie ou injurie les autres. Une personne qui est agitée physiquement pourra par exemple errer, se déshabiller ou accumuler des objets. L'agitation physique agressive se manifeste par des morsures, des coups ou par des objets lancés.

Cadre théorique

La gestion optimale des SCPD

Principes	Définitions brèves	Précisions
1. Approche	Les soignants doivent adopter une bonne approche de l'individu avec SCPD : approche de base, validation, diversion et toucher (voir pages 4 et 5).	Avant de faire une évaluation en profondeur d'un SCPD, il faut se demander si le mode de communication adopté par les soignants est adéquat et s'il est nécessaire d'intervenir ? Penser au recadrage (page 5).
2. Évaluation des SCPD	Une intervention devrait être choisie seulement à la suite d'une évaluation en profondeur du SCPD.	L'évaluation inclut obligatoirement un examen clinique et l'histoire biographique. Il existe des échelles de mesures (références 17a, 17b) qui peuvent aider à caractériser les comportements. Une grille d'observation pourra être intégrée à l'évaluation (voir exemple page 14).
3. Intervention sur la cause et non sur le comportement	Les facteurs qui contribuent à l'apparition d'un SCPD devraient être les cibles des interventions et non le SCPD.	Par exemple, face à l'errance (voir page 8), l'intervenant n'utilisera pas une contention physique pour faire cesser l'errance. Il va plutôt identifier les facteurs associés tels l'ennui ou le besoin de boire.
4. Intervention à différents niveaux	L'intervention préventive ou thérapeutique doit viser l'éventail des facteurs prédisposants au niveau de l'individu, des facteurs précipitants au niveau de l'environnement et interactionnels (échange entre l'individu et son environnement).	
5. Continuum	Le plan de traitement (intervention préventive et/ou thérapeutique) est appliqué sur un continuum de 24 heures par jour et 7 jours sur 7.	
6. Médicaments	L'utilisation des médicaments psychotropes dans le contexte d'un SCPD est justifiée seulement si le SCPD est sévère ou représente un danger pour la personne ou son entourage. Il est à noter que certains comportements répondent peu à la médication (voir page 6).	
7. Intervention d'équipe	Le plan de traitement est appliqué par tous les soignants incluant les autres professionnels.	
8. Évaluation de l'efficacité	Le plan de traitement devra être appliqué pendant au moins 4 semaines avant d'en évaluer l'efficacité par l'usage d'une échelle de mesure.	Si médicaments, surveillance des effets indésirables (exemples référence 9c).
9. Interdisciplinarité	Lorsque possible, il faut privilégier une approche interdisciplinaire pour obtenir une plus grande chance de succès en répondant à l'éventail des besoins de l'individu. Par exemple, une évaluation médicale pourrait trouver une cause telle une infection.	

Stratégies d'intervention

1. L'approche de base en bref

- Le soignant devrait toujours frapper à la porte de la chambre d'un aîné et attendre que le regard de ce dernier se tourne dans sa direction et lui demander la permission d'entrer.
 - Si l'aîné ne répond pas à la stimulation, le soignant se présentera et entrera par la suite dans la chambre.
 - Le soignant a une attitude calme, souriante. Il évitera de se déplacer rapidement et informera l'aîné des raisons de sa visite. Une invasion trop rapide de l'espace personnel est un facteur reconnu pour favoriser les SCPD.
- L'intervenant s'abstient d'utiliser des propos infantilissants et s'assure d'appeler l'aîné par son nom de famille à moins d'indication contraire de ce dernier. Au stade avancé d'une démence, le vouvoiement et le nom de famille seront inconditionnellement utilisés.
- Le soignant utilise des mots simples et un débit verbal plus lent. Il se place à la même hauteur que la personne âgée et s'assure d'un bon contact visuel.
- Les demandes devraient toujours être exprimées d'une façon positive. Par exemple, « Non, ne mangez pas votre dessert tout de suite, il faut commencer par votre soupe. » sera remplacé par : « Voici votre soupe et votre cuillère, bon appétit ! ». Le soignant retirera de la vue le dessert.
- Si des sensations physiques chez l'aîné sont associées aux soins, il est recommandé d'expliquer à la personne quelles sensations elle ressentira. Par exemple, lors de la mesure de la tension artérielle, le soignant expliquera qu'elle sentira une pression autour de son bras.
- Suivant une demande, le soignant laissera suffisamment de temps à l'aîné pour répondre et donc pour exprimer un choix. Il répétera sa demande au besoin en utilisant les mêmes mots.
- Le soignant doit éviter les métaphores telles que : « Venez avec moi au petit coin ».
 - Si l'aîné n'est pas en mesure de fournir une opinion, des demandes plus explicites telles que : « Monsieur X venez avec moi, je vais vous emmener aux toilettes » seront efficaces.
 - Il est suggéré d'utiliser des signes non verbaux pour favoriser la compréhension de la demande. Plus les signes non verbaux seront évidents et en lien avec la demande verbale, meilleure sera la compréhension de la personne démente.
- Si la personne âgée répond négativement à la demande, le soignant tentera d'autres formulations.
- Il faut éviter les questions qui requièrent des compétences cognitives intactes. Par exemple, les questions débutant par « Pourquoi ? » ne sont pas appropriées auprès des aînés atteints d'une démence. Une règle de base est d'exprimer une idée à la fois.
- Si une nouvelle formulation apparaît plus efficace, le soignant communiquera aux autres membres du personnel les mots-clés qui favorisent une meilleure compréhension.
 - Si malgré les nouvelles formulations, l'aîné ne consent pas à la demande du soignant et qu'il commence à manifester des signes anxieux (par exemple, répéter non à plusieurs reprises avec un débit verbal accéléré ou avec anxiété), il est inutile que le soignant persévère avec sa demande. Il est suggéré alors que le soignant offre une pause d'au moins 20 minutes à l'aîné anxieux. Si le même phénomène se répète sur plusieurs jours consécutifs, le soignant est encouragé à analyser en détail la situation à l'aide de la grille d'observation (voir page 14).
- Lors du refus de l'aîné à acquiescer à la demande du soignant, il est aussi possible qu'un simple changement de personne intervenante puisse conduire la personne âgée à répondre positivement à la demande. Il est fréquent de voir une réponse positive avec un autre soignant, même si ce dernier applique une approche identique.



2. Stratégies d'intervention essentielles pour les soignants

Recadrage : consiste à regarder les SCPD sous un angle autre que celui des convenances sociales usuelles. Par exemple, un aîné atteint d'une démence assis au poste des infirmières ne représente aucun danger pour la confidentialité des informations. Il est donc tout à fait acceptable d'accepter la présence de l'aîné au poste.

La stimulation au quotidien : prendre toutes les opportunités du quotidien pour stimuler les sens de l'aîné dans une forme informative et non interrogative. Par exemple, lors de la toilette du matin, l'auxiliaire familial informe la personne âgée que le savon sent la vanille ou encore l'auxiliaire décrira le contenu du déjeuner et fera remarquer la texture d'un fruit.

Diversions : consiste à amener l'individu à « changer ses idées envahissantes » en lui parlant des événements significatifs de son passé ou en lui proposant une activité significative et répétitive. Par exemple, auprès de l'aîné qui souhaite quitter l'unité pour aller travailler, l'infirmière auxiliaire invitera la personne à la salle à manger (donc changer d'environnement) et lui offrira sa collation préférée.

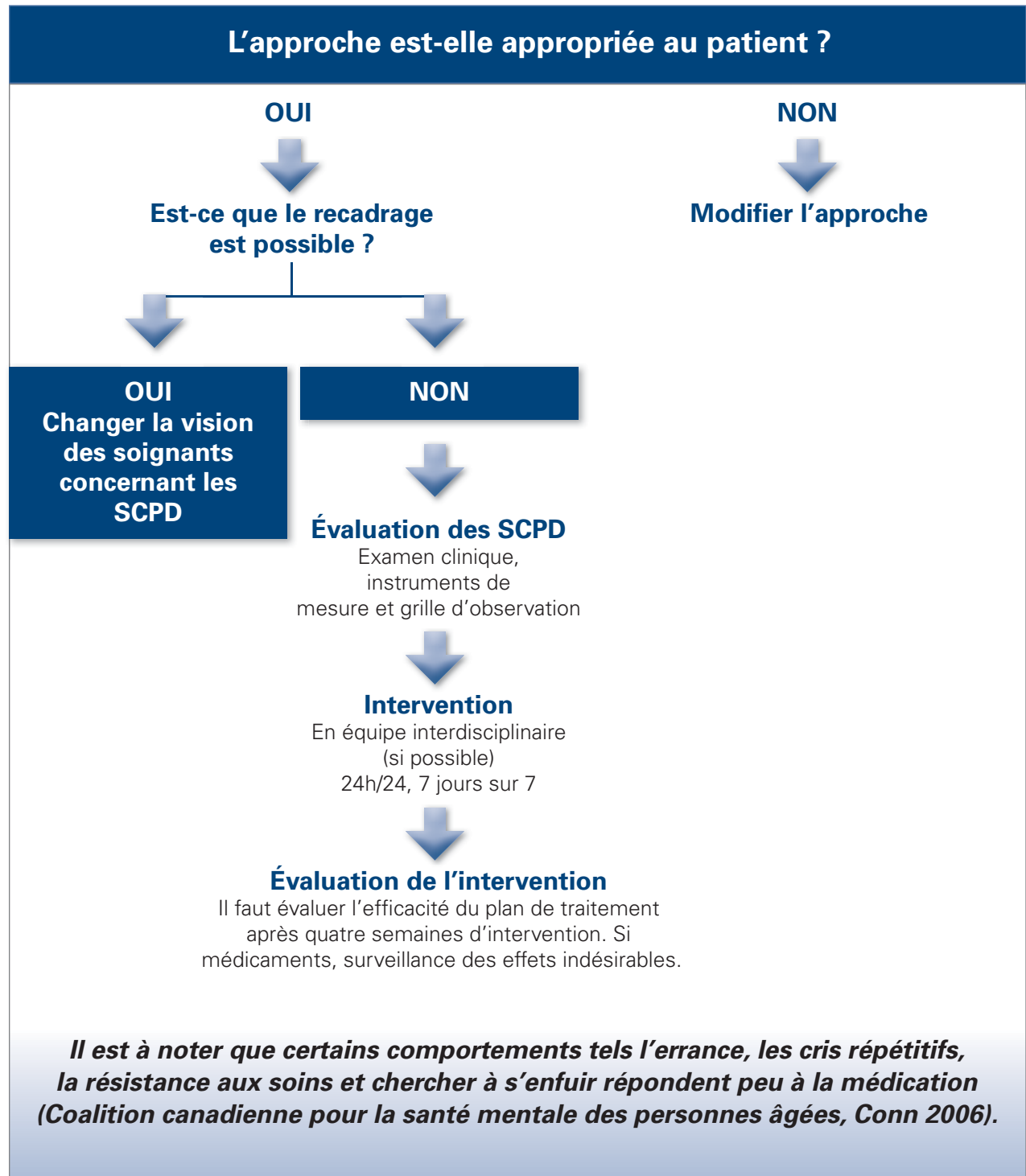
Validation : consiste à identifier les émotions de la personne, les reconnaître et lui permettre de les exprimer. Par exemple, pour l'aîné qui recherche de façon obsessionnelle sa mère, l'infirmière lui demandera qu'elle est le nom de sa mère, son apparence, ses qualités, sa vocation... De cette façon, en parlant de sa mère le niveau d'anxiété diminuera et la personne se sentira respectée dans ses émotions. Cette technique évite l'escalade habituelle où le soignant répète au malade que sa mère est décédée depuis plusieurs années ce qui le confronte à ses déficits. Ce qu'il faut absolument éviter chez la personne atteinte d'une démence.

Toucher affectif : vise à communiquer par le toucher de l'affection, du réconfort et de la tendresse.

3. Interventions non pharmacologiques

Catégories	Exemples	
Thérapies sensorielles	Auditive : Musicothérapie Toucher : Massage et massage des mains Olfactif : Aromathérapie	Visuelle : Observation d'images Multiple : Zoothérapie
Thérapies récréatives	Physiques : Exercices, la marche et la marche-conversation	Sociales : Rencontres de groupe, rencontre de réminiscence, loisirs en groupe
Thérapies environnementales	La présence simulée : Enregistrement audio des membres de la famille, enregistrement vidéo des membres de la famille L'indice écrit (page 7)	Le bruit ambiant Aire d'errance Barrières visuelles Le programme BACE (référence 19)
Adaptation des soins aux besoins uniques de la personne	Soins d'hygiène : Lavage à la serviette, méthode discontinue	Habillement : Retirer les vêtements du champ visuel
Béhavioristes	Approche comportementale : Renforcement positif	Approche comportementale : Éliminer les conséquences (gratifications) des SCPD
Thérapies spécifiques	La réminiscence Thérapie occupationnelle La luminothérapie (photothérapie)	La thérapie contre-intuitive (page 7) L'approche confort-stimulation-interaction (page 7)

Arbre décisionnel



Les principaux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

1. L'agitation verbale : Cris, demandes répétées

Causes fréquentes

Individuelles : ennui, besoin de communiquer et d'avoir des contacts sociaux, malaise physique, douleur, besoins compromis (exemple: boire, manger, etc.), anxiété et trouble de la mémoire à court terme.

Environnementales : stimulation insuffisante, absence de repères temporels et spatiaux, contentions physiques.

Interactionnelles : activités et communication non adaptées.

Interventions alternatives potentielles

L'approche confort-stimulation-interaction : intervention de 30 minutes appliquée quotidiennement à l'heure habituelle de l'agitation verbale. Cette intervention débute par l'élimination des zones possibles d'inconfort (bruit, température, positionnement, miction, etc.), suivie d'interactions (période de communication verbale ou par le toucher) et de stimulation sensorielle (regarder des images, écouter de la musique, toucher différentes textures).

La présence simulée : l'interaction simulée consiste à amener l'ainé à regarder des vidéos et des enregistrements audio réalisés par des proches. Les proches discutent un à un durant l'enregistrement et parlent de thèmes significatifs de la vie familiale.

Utilisation de l'indice écrit : si les demandes répétées sont liées à un problème au niveau de la mémoire à court terme, l'indice écrit devient alors la solution. Si l'ainé se présente toujours au poste en demandant si c'est l'heure du repas, un écriteau pourra être mis en place sur le comptoir indiquant l'heure du prochain repas.

Thérapie contre-intuitive (demandes répétées) : se fonde sur le principe que si le soignant évite les demandes, elles vont se multiplier. La thérapie contre-intuitive propose de tenir compte des demandes de l'ainé afin d'amenuiser le sentiment d'anxiété qui serait à l'origine des demandes multiples. Le but est de toujours devancer la demande d'aide afin de diminuer l'anxiété qui est sous-jacente à ce comportement. Après quelques jours, l'ainé remarquera l'attention dont il bénéficie, et le nombre de ses demandes devrait diminuer.

Musicothérapie (voir *Agitation motrice* en page 10).



2. L'agitation physique : Errance

Causes fréquentes

Individuelles : ennui, besoin de bouger, besoins compromis (exemple: boire, manger, se rendre à la toilette, etc.), désorientation spatiale, stress.

Environnementales : stimulation insuffisante, absence de repères spatiaux (cherche la toilette), contentions physiques, fuir un environnement bruyant, acathisie secondaire à un antipsychotique.

Interactionnelles : activités et communication non adaptées.

Interventions alternatives potentielles

Exercice (voir *Agitation motrice* en page 10).

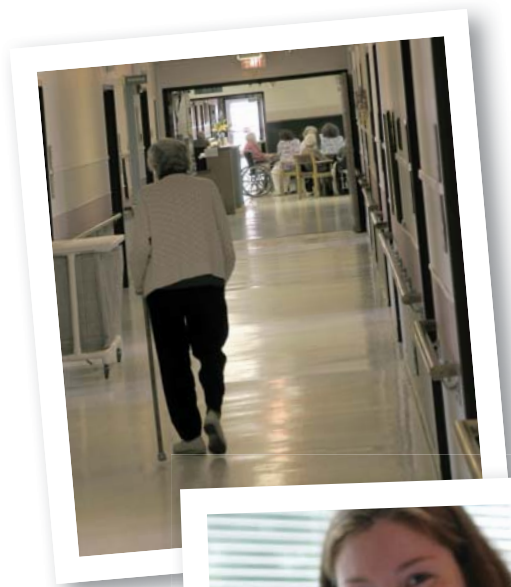
Adapter le niveau de stimulation environnementale : si le patient est trop stimulé (bruits, activités, etc.), il faut diminuer le niveau de stimulation et vice-versa dans le cas de la stimulation insuffisante.

Enrichir l'environnement de repères spatiaux : il faut mettre des repères pour indiquer où se trouve la salle à manger, la toilette, la chambre du patient, etc.

Enrichir l'environnement d'une aire d'errance : rendre disponible un endroit où le patient peut marcher librement. Idéalement, on retrouve dans cette aire des affiches, des photos et des peintures afin d'attirer l'attention.

Thérapie occupationnelle : une intervention personnalisée, stimulante est appliquée au moment où l'ainé présente l'errance. Il peut s'agir de loisirs.

Barrières visuelles : le but de cette intervention est de tirer avantage de l'agnosie. Cette limite fait en sorte que l'ainé perd sa capacité de bien interpréter le détail de son environnement. Les barrières visuelles suivantes ont montré une bonne efficacité: bande velcro devant une porte, tapis noir ou avec rayures devant une porte, les dissimulations murales et la signalisation routière.



2. L'agitation physique : **Agressivité**

Causes fréquentes

Individuelles : dépression, douleur, besoins compromis (exemple : boire, se rendre à la toilette, etc.), dépendance à l'alcool, antécédent de violence.

Environnementales : stimulation excessive, contentions physiques, absence de contrôle/pouvoir, fuir un environnement bruyant, menaçant ou nouveau.

Interactionnelles : intrusion rapide de l'espace personnel.



Interventions alternatives potentielles

Interventions complémentaires visant la douleur.

Niveau de stimulation adapté (voir *Errance* en page 8).

Zoothérapie : thérapie par l'utilisation d'un animal.

Interventions complémentaires visant l'humeur du patient: la réminiscence et la thérapie de groupe sont des mesures efficaces pour le patient avec des déficits légers. Pour le patient atteint de déficits cognitifs sévères: les loisirs, la musicothérapie, le massage et la zoothérapie sont des options intéressantes.

Réminiscence : cette thérapie a recours aux souvenirs, au rappel des expériences du passé et a pour objectif d'aider l'ainé à accéder à des souvenirs et à les réévaluer de manière constructive. La thérapie est envisagée comme une occasion de mettre les réalisations et les échecs personnels en perspective, de découvrir un sens, une continuité à sa vie et de retrouver un sentiment de valeur personnelle permettant de combattre la dépression.

Interventions comportementales : le renforcement positif et l'élimination des gratifications reliées à l'agressivité. Le *renforcement positif* vise à féliciter, remercier, complimenter et donner des bénéfices de façon systématique au patient lorsqu'il se comporte sans agressivité. L'*élimination des gratifications* signifie qu'il faut éviter de gratifier les périodes d'agressivité. Par exemple, il faut éviter de donner de l'attention (une gratification) lorsque le patient lance un objet ou blasphème.

Si l'agressivité est exclusivement lors des soins d'hygiène, le *lavage à la serviette* (référence 17d) et la *méthode discontinuée* (référence 17e) peuvent être utiles.

Luminothérapie (photothérapie) : consiste à exposer le patient de façon quotidienne et systématique à une lumière très vive (2500 lux) projetée par des lampes fluorescentes (dans une pièce ou encore par une lampe portable) et couvrant la totalité du spectre lumineux.

2. L'agitation physique : **Agitation motrice**

Causes fréquentes

Individuelles : anxiété, malaise physique, douleur, ennui, besoins compromis (exemple : boire, manger, se mouvoir, éliminer, etc.), désorientation spatiale et temporelle, besoin de communiquer et d'avoir des contacts sociaux.

Environnementales : stimulation insuffisante ou excessive, absence de repères spatiaux (difficulté à se situer), contentions physiques ou nouvel environnement.

Interactionnelles : activités et communication non adaptées.

Interventions alternatives potentielles

Programme de marche-conversation : thérapie qui consiste à faire marcher le patient en conversant avec lui. Cette combinaison est très stimulante sur le plan cognitif.

Exercice physique : marche, exercices assis ou debout, etc. Appliquer l'intervention au moment où l'agitation est la plus fréquente.

Thérapie occupationnelle (voir *Errance* en page 8).

Zoothérapie (voir *Agressivité* en page 9).

Musicothérapie : thérapie qui s'appuie sur l'une des nombreuses propriétés de la musique (relaxation, stimulation).

Bruits ambiants : bruit de basse tonalité, continu, dont le rythme est lent (bruit de la mer et des vagues). On positionne des haut-parleurs de telle façon que ce bruit ambiant se répande dans l'ensemble de l'unité de soins ou seulement dans des endroits stratégiques comme la salle commune ou la salle de bain.

Massage des mains combiné à l'aromathérapie : le massage des mains avec une huile de lavande, de menthe ou encore de vanille favorise la relaxation.

Réminiscence (voir *Agressivité* en page 9).



3. Les symptômes psychotiques : Illusions

Causes fréquentes

Individuelles : anxiété, besoins compromis (déshydratation), déficits visuels, désorientation spatiale et temporelle.

Environnementales : mauvais éclairage, manque ou trop de stimulation, absence de repères spatiaux (difficulté à se situer), contentions physiques.

Interactionnelles : activités et communication non adaptées.

Interventions alternatives potentielles

Thérapie de la validation (voir en page 5).

Améliorer l'éclairage et éliminer les éléments potentiels de mauvaise interprétation. Par exemple, le soignant de l'ainé effrayé par une patère qu'il croit être une personne malveillante, retirera celle-ci de sa vue.

Correction des déficits sensoriels visuel et auditif.

Idées délirantes

Causes fréquentes

Individuelles : anxiété, ennui, besoins compromis (déshydratation), déficits sensoriels (vision et audition), désorientation spatiale et temporelle, besoin de communiquer et d'avoir des contacts sociaux, delirium.

Environnementales : stimulation insuffisante, absence de repères spatiaux (difficulté à se situer), contentions physiques.

Interactionnelles : activités et communication non adaptées.

Interventions alternatives potentielles

Thérapie de la validation (voir en page 5).

Diversions (voir en page 5).

Thérapie occupationnelle (voir *Errance* en page 8).

Enrichir l'environnement physique : intégrer des objets familiaux.

Thérapie comportementale (voir *Agressivité* en page 9).

Réminiscence (voir *Agressivité* en page 9).

Références

1. 3rd Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia, Montreal 2007.
2. Bartels, S. J., Dums, A. R., Oxman, T. E., Schneider, L. S., Arean, P. A., Alexopoulos, G. S., et al. (2002). Evidence-based practices in geriatric mental health care. *Psychiatr Serv*, 53(11), 1419-1431.
3. Conn, D., Gibson, M. : *The Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long Term Care Homes (Focus on Mood and Behaviour symptoms)*. Toronto (Ont) : Canadian Coalition for Seniors' Mental Health; 2006.
4. Consensus statement on improving the quality of mental health care in U.S. nursing homes : management of depression and behavioral symptoms associated with dementia. (2003). *J Am Geriatr Soc*, 51(9), 1287-1298.
5. Docherty, J., Frances, A., & Kahn, D. (1998). Treatment of agitation in older persons with dementia. The Expert Consensus Panel for agitation in dementia. *Postgraduate Medicine, Spec No*, 1-88.
6. Doody, R. S., Stevens, J. C., Beck, C., Dubinsky, R. M., Kaye, J. A., Gwyther, L., et al. (2001). Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56(9), 1154-1166.
7. Guidelines abstracted from the American Academy of Neurology's Dementia Guidelines for Early Detection, Diagnosis, and Management of Dementia. (2003). *J Am Geriatr Soc*, 51(6), 869-873.
8. IPA (2002) *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)* Educational Pack (International Psychogeriatrics Association).
9. Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., & Voyer, P. (2005). *Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Montréal (QC) : EDISEM.
10. McGonigal-Kenney, M., & Schutte, D. (2006). *Non-pharmacologic management of agitated behaviors in persons with Alzheimer disease and other chronic dementing illnesses*. Iowa City (IA) : University of Iowa.
11. NETWORK, S. I. G. (2006) Management of patients with dementia: A national clinical guideline, in : Scotland, Q. I. (Ed.) (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).
12. NSW&HEALTH (2000) *Best practice model for the use of psychotropic medication in residential aged care facilities and Guidelines on the management of challenging behaviour in residential aged care facilities in New South Wales*. (Gladesville (NSW), New South Wales Health Department.).
13. NSW&HEALTH (2006) Summary report: *The management and accomodation of older people with severely and persistently challenging behaviours*. (North Sidney, NSW Department of Health).
14. NSW&HEALTH (2006) *Guidelines for working with people with challenging behaviours in residential aged care facilities - using appropriate interventions and minimising restraint*. (North Sydney, Department of Health).
15. Patterson, C. J., Gauthier, S., Bergman, H., Cohen, C. A., Feightner, J. W., Feldman, H., et al. (1999). The recognition, assessment and management of dementing disorders : conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. *Cmaj*, 160(12 Suppl), S1-15.
16. RNAO (2004) *Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression*. (Toronto, Registered Nurses Association of Ontario).
17. Voyer, P. (2006). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée au CHSLD. Saint-Laurent (QC) ERPI inc.:
 a) inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield, page : 362,
 b) inventaire neuropsychiatrique, page : 363,
 c) grilles des effets indésirables, pages : 335-338,
 d) la méthode de lavage à la serviette page 398,
 e) la méthode discontinue page 396.
18. Voyer, P. (2005). Les milieux de soins et les symptômes comportementaux de la démence (pages : 309-343). Dans Landreville, P, Rousseau, F., Vézina, J., Voyer, P. (eds), *Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Saint-Hyacinthe : EDISEM inc.
19. Kovach, C.R., Taneli, Y., Dohearty, P., Schlidt, A.M., Cashin, S., Silva-Smith, A.L. (2004). Effect of the BACE intervention on agitation of people with dementia. *The Gerontologist*, 44 (6) : 797-806.

Histoire biographique

Exemples de thèmes pour une histoire biographique chez un homme âgé

Questions pouvant être posées à ses enfants

Thèmes	Questions types
Le travail	Quel était le travail de votre père ? A-t-il fréquenté l'école ?
Les passions	Qu'est-ce qui stimulait votre père ? Quelles étaient ses passions ? En dehors du travail, dans quelles activités investissait-il le plus de temps ?
Les réalisations	De quoi votre père est-il le plus fier, selon vous ? Quelle est sa plus grande réalisation professionnelle ? Quelle est sa plus grande réalisation personnelle ?
Routines	On a tous des routines dans la vie, par exemple, prendre une marche à tous les soirs ou prendre un verre d'eau chaude, etc. Quelles étaient les routines de votre père ?
Habitudes de vie	Diriez-vous que votre père était un sportif ? Comment s'alimentait-il ? Surveillait-il son alimentation ? Buvait-il beaucoup d'eau dans une journée ?
Événements marquants	Quels sont les événements les plus marquants de sa vie ? <ul style="list-style-type: none"> • Mariage • Famille • Retraite Quels sont les événements les plus heureux de sa vie ? Quels sont les événements les plus tristes de sa vie ? Quelles ont été les épreuves les plus difficiles de sa vie ? <ul style="list-style-type: none"> • Comment a-t-il composé avec ces situations ?
La personnalité	Quel genre de personne était votre père ? Solitaire ? Sociable ? Foncéur ? Doux ? Intellectuel ? Farceur ? Sérieux ? Le travail d'abord [carriériste] ? La famille d'abord ?... Est-ce qu'il était un citadin ou un homme de campagne ? Ce qu'il aime chez les autres ? Ce qu'il déteste chez les autres ?
Qualités	Sa plus grande qualité ? Son plus grand défaut ?

Grille d'observation clinique

Grille d'observation clinique: du _____ au _____

Raison d'utilisation de la grille:

Heure et durée	Description du comportement Signification du point de vue du malade	Personnes présentes Environnement Interaction	Conséquences Interventions (ce qui a été fait) Résultats de l'intervention
1) Heure : Durée :	Description : Signification :	<p>Personnes présentes Nombre : Qui :</p> <p>Environnement Luminosité: faible - normale - forte Bruit: faible - normal - fort Température: froide - normale - chaude</p> <p>Interaction Niveau de contrôle de la personne sur l'activité en cours: SCPD lors d'un soin: Cumul de stressseurs:</p>	<p>Conséquences - interventions</p> <p>Résultats</p>
2) Heure : Durée :	Description : Signification :	<p>Personnes présentes Nombre : Qui :</p> <p>Environnement Luminosité: faible - normale - forte Bruit: faible - normal - fort Température: froide - normale - chaude</p> <p>Interaction Niveau de contrôle de la personne sur l'activité en cours: SCPD lors d'un soin: Cumul de stressseurs:</p>	<p>Conséquences - interventions</p> <p>Résultats</p>