



**Ministère de la Santé  
et des Services sociaux**

**Approche non pharmacologique  
visant le traitement des symptômes  
comportementaux et psychologiques  
de la démence**

Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-71827-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014

## **MEMBRES DU GROUPE D'EXPERTS**

D<sup>re</sup> Élisabeth Azuelos (RUIS Montréal)

D<sup>re</sup> Paulina Bajsarowicz (RUIS McGill)

D<sup>r</sup> René Desautels (RUIS McGill)

M<sup>me</sup> Carmen Desjardins (RUIS McGill)

M<sup>me</sup> Johanne Dubé (RUIS McGill)

D<sup>re</sup> Évelyne Keller (RUIS Laval)

M<sup>me</sup> Caroline Ménard (RUIS Montréal)

M<sup>me</sup> Stéphanie Morin (MSSS)

M<sup>me</sup> Nicole Poulin (RUIS McGill)

D<sup>r</sup> François Rousseau (RUIS Laval)

M<sup>me</sup> Diane Roy (RUIS McGill)

## **PERSONNES CONSULTÉES**

M<sup>me</sup> Denyse Marier, M.A. en gérontologie (Comité interuniversitaire et interprofessionnel de DPC en enseignement et soins aux personnes âgées)

D<sup>r</sup> Jean-François Trudel (RUIS Sherbrooke)

## **TRAVAUX RÉALISÉS SOUS LA DIRECTION DE :**

M<sup>me</sup> Marie-Andrée Bruneau, M.D., M. Sc., FRCPC

M. Philippe Voyer, inf., Ph.D.

## **MÉTHODE ET RÉDACTION**

M. France Charles Fleury, erg., M. Sc.

Direction générale des services de santé et médecine universitaire

Ministère de la Santé et des Services sociaux

## **MEMBRES DE L'ÉQUIPE D'IMPLANTATION ET DE SUIVI DU MSSS**

D<sup>r</sup> Howard Bergman

M. Pierre Bouchard

M. France Charles Fleury

M. Daniel Hétu

## **Date prévue de révision des recommandations**

Juin 2016, à moins de changements significatifs dans les données probantes.

---

Le groupe d'experts a produit quatre documents sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence en 2014 :

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 31 p.
  - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 38 p.
  - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 37 p.
  - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 15 p.
-

## TABLE DES MATIÈRES

Mise en contexte et méthode de travail .....	1
Processus clinique .....	2
Approche de base, recadrage et stratégies .....	4
Approche de base .....	5
Recadrage .....	8
Stratégies d'intervention de base.....	8
Interventions non pharmacologiques individuelles .....	9
Si l'évaluation montre que les SCPD expriment de la douleur .....	10
Si l'évaluation montre que les SCPD expriment de l'anxiété.....	11
Si l'évaluation montre que les SCPD expriment de l'ennui, de la privation sensorielle ou un besoin de détente.....	12
Si l'évaluation montre que les SCPD expriment de la solitude .....	13
Si l'évaluation montre que les SCPD expriment un problème de sommeil .....	14
Si l'évaluation montre que les SCPD expriment de la dépression .....	16
Si l'évaluation montre que les SCPD expriment de la désorientation .....	17
Formation du personnel .....	18
Famille et proches .....	19
Interventions environnementales .....	20
En milieu de vie naturel .....	20
En milieu de vie substitut.....	22
Références bibliographiques .....	25

---

---

## LISTE DES SCHÉMAS ET DES TABLEAUX

Schéma 1 : Processus clinique général pour les personnes âgées vivant à domicile et suivies dans un GMF.....	2
Schéma 2 : Arbre décisionnel en présence de SCPD.....	4
Schéma 3 : Démarche de gestion des refus.....	7
Schéma 4 : Stratégies d'intervention de base [5] .....	9
Schéma 5 : Interventions possibles en cas de douleur .....	10
Schéma 6 : Interventions possibles en cas d'anxiété.....	11
Schéma 7 : Interventions possibles en cas d'ennui, de privation sensorielle, ou si un besoin de détente est exprimé .....	12
Schéma 8 : Interventions possibles en cas de solitude.....	13
Schéma 9 : Interventions possibles en cas d'un problème de sommeil .....	14
Schéma 10 : Interventions possibles en cas de dépression .....	16
Schéma 11 : Interventions possibles en cas de désorientation .....	17
Schéma 12 : Méthodes d'intervention environnementales possibles en milieu substitut : .....	24
Tableau 1 : Principales interventions non pharmacologiques.....	3
Tableau 2 : Conseils destinés aux personnes atteintes de démence et à leurs aidants.....	20

---

---

Le rapport du groupe d'experts présidé par le D<sup>r</sup> Howard Bergman, *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées* (2009) [1]<sup>i</sup>, recommande d'assurer l'accessibilité aux services de première ligne aux personnes atteintes de telles maladies, et ce, à l'aide de mesures concrètes de soutien. Pour ce faire, le lien entre les médecins et les infirmières des groupes de médecine de famille (GMF) doit être consolidé, en partenariat avec la personne et ses proches aidants. De plus, l'accès à des services spécialisés, comme un service ambulatoire où l'on traiterait spécifiquement les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), ainsi que la formation du personnel et l'utilisation de guides de pratiques, s'avèrent essentiels.

Élaboré en vertu d'un mandat ministériel, le présent guide cible le traitement des SCPD à l'aide d'une approche non pharmacologique. Il s'adresse en premier lieu aux équipes de GMF participant aux dix-neuf projets d'implantation ciblée du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Moyennant des adaptations propres aux différents autres milieux de pratique, les connaissances mises en lumière apparaissent aussi applicables à l'intervention auprès des usagers recevant des services de soutien à domicile ou vivant en résidence privée, en résidence pour personnes âgées, dans une ressource intermédiaire ou dans centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

Les connaissances rapportées dans ce guide sont basées sur le résultat des avis d'un groupe d'experts ayant obtenu consensus. Elles respectent les balises définies dans le rapport mentionné plus haut (*Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*, 2009) et les paramètres organisationnels fixés en 2013 dans le document intitulé *Exigences structurelles et de contenu* (MSSS, 2012) [2]. Elles s'appuient également sur des publications phares choisies par les participants.

Le présent guide repose en premier lieu sur les travaux réalisés en 2013 par la D<sup>re</sup> Marie-Andrée Bruneau, M<sup>mes</sup> Caroline Ménard et Maryse Savoie, ainsi que M. Philippe Voyer, dont les résultats ont été réunis dans le document de travail intitulé *Résidents avec déficits cognitifs* [3]. Bien que ces travaux portent sur des patients recevant des soins de longue durée, il demeure que bon nombre des pratiques qui y sont recommandées sont applicables à des personnes vivant chez elles. Ainsi, à moins d'avis contraire, les informations versées ici proviennent de cette publication et des échanges qui ont eu lieu entre les membres du groupe de travail.

La démarche consensuelle emprunte à une approche de transfert de connaissances. Des propositions sont d'abord préparées par les directeurs du groupe de travail avec l'aide d'un courtier de connaissances, qui assure la rédaction de l'ouvrage et le respect de la méthode choisie. Elles sont ensuite commentées et bonifiées par les membres du groupe au cours de sessions de révision qui ont lieu en présence des membres du groupe ou par courriel. Le groupe tente ainsi d'élaborer un contenu aussi pragmatique que possible, applicable aux différents contextes et situations touchant les SCPD. Il cherche moins à être exhaustif qu'à mettre en lumière les éléments clés de l'intervention auprès des personnes qui présentent de tels symptômes.



Les auteurs tiennent enfin à formuler deux avertissements au sujet du guide. D'abord, bien que les interventions énumérées ici paraissent les plus appropriées pour répondre aux besoins non comblés à la source des SCPD, elles ne se prétendent ni exhaustives ni limitatives et laissent place à d'autres possibilités. De plus, ce guide s'intéresse principalement aux causes physiques et psychosociales de la démence, alors que les causes médicales sont plus particulièrement abordées dans le guide consacré à l'approche pharmacologique.

---

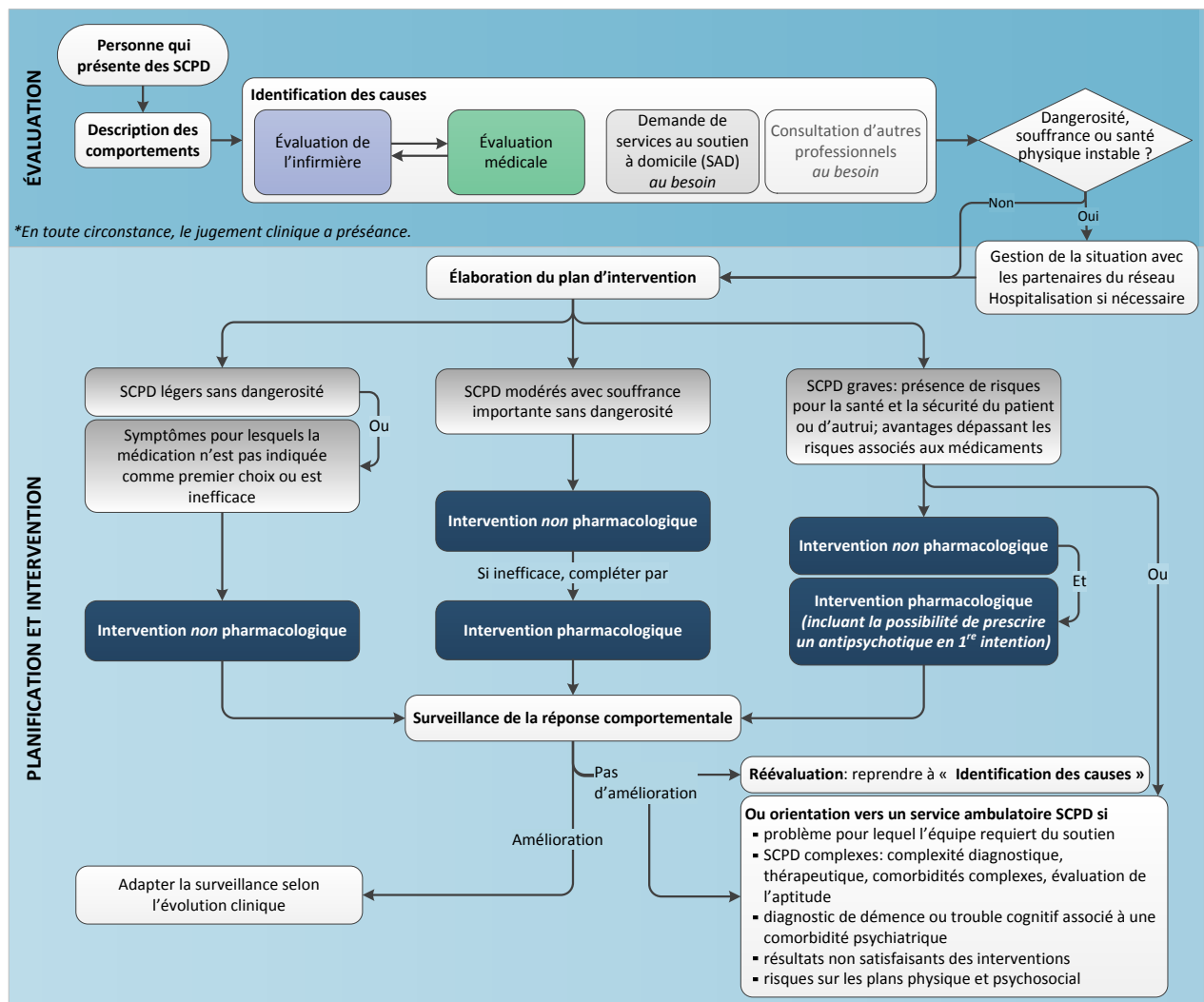
<sup>i</sup> Les chiffres apparaissant entre crochets renvoient aux références bibliographiques, où les documents cités portent le numéro correspondant.

## PROCESSUS CLINIQUE

Le présent guide s'inscrit dans la suite logique du *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, réalisé par le groupe d'experts en 2014 [4]. Le schéma 1, reproduit plus bas, représente la démarche privilégiée.

Devant un symptôme comportemental et psychologique de la démence (SCPD), le clinicien suit un processus qui s'amorce par la description du comportement et l'identification des causes possibles. Bien que le processus s'adresse tout particulièrement à une personne âgée suivie dans un GMF, ses principales composantes sont applicables à l'ensemble de la première ligne.

**Schéma 1 : Processus clinique général pour les personnes âgées vivant à domicile et suivies dans un GMF**





1. Les interventions non pharmacologiques les plus reconnues sont énumérées dans le tableau qui suit.

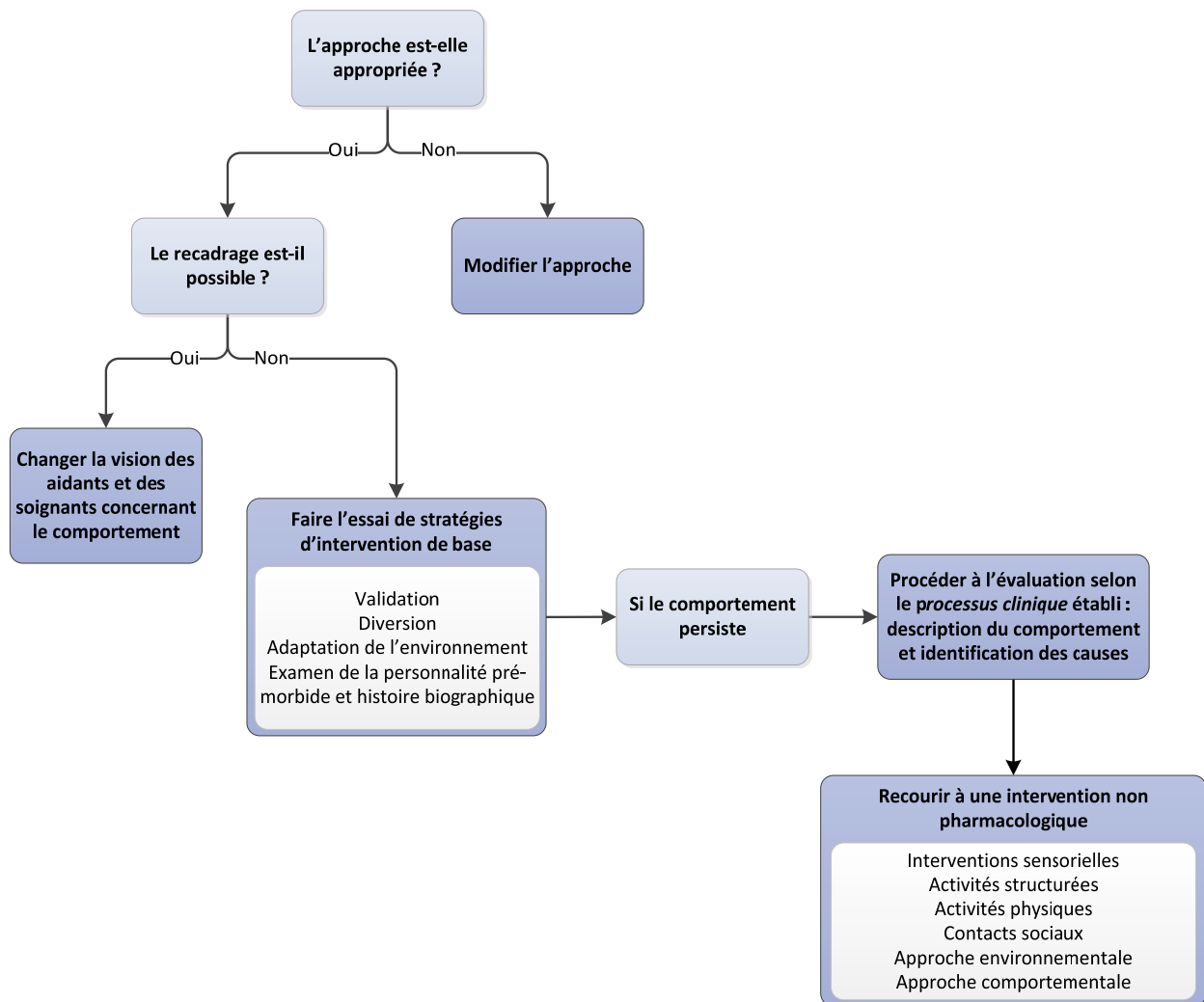
**Tableau 1 : Principales interventions non pharmacologiques**

<b>Catégories</b>	<b>Interventions non pharmacologiques</b>
<b>Interventions sensorielles</b>	<p>Musicothérapie [5, 8]</p> <p>Aromathérapie [5, 8]</p> <p>Massage et toucher thérapeutique [6, 7] ; massage des mains [5]</p> <p>Intervention dans une salle Snoezelen (thérapie multisensorielle) [5, 7]</p> <p>Luminothérapie [5, 7]</p>
<b>Activités structurées</b>	<p>Artisanat [5, 6]</p> <p>Horticulture et arrangement floral [6]</p> <p>Thérapie par l'art [5, 6, 8]</p> <p>Thérapie occupationnelle présentant un intérêt pour la personne (pliage de serviettes, timbrage d'enveloppes, etc.) [5, 6, 8]</p> <p>Thérapie biographique ou de réminiscence [5, 7]</p> <p>Manipulation d'objets [6]</p> <p>Stimulation cognitive : orientation à la réalité ; stimulation de la mémoire [5]</p>
<b>Activités physiques</b>	<p>Marche [5, 6]</p> <p>Danse [6]</p> <p>Séances d'exercices [5, 6, 8]</p>
<b>Contacts sociaux</b>	<p>Contacts humains « un à un » [6, 8]</p> <p>Zoothérapie [5, 6]</p> <p>Contact social simulé (photos de famille, vidéos, enregistrements sonores) [5, 6, 8]</p>
<b>Approche environnementale</b>	<p>Mise en place de conditions simulant la nature [6]</p> <p>Accès à un jardin extérieur [5, 6]</p> <p>Aménagement comparable à celui de la maison [6]</p> <p>Aménagement de repères spatiaux [5]</p> <p>Installation de barrières visuelles [5]</p>
<b>Approche comportementale</b>	<p>Renforcement différentiel (comportements désirables récompensés) [5, 6]</p> <p>Approche confort-stimulation-distraktion [5]</p>

## APPROCHE DE BASE, RECADRAGE ET STRATÉGIES

2. Avant même de recourir à une approche non pharmacologique des SCPD, s'assurer que l'approche de base est adéquate [5].
3. Si l'approche de base est adéquate, se questionner sur la possibilité de recadrer : faut-il vraiment intervenir [5] ?
4. La démarche décisionnelle représentée au schéma 2 met en évidence les étapes qui conduisent à une intervention non pharmacologique.

Schéma 2 : Arbre décisionnel en présence de SCPD



Source : M. Bourque et P. Voyer, 2013, p. 471 [5]. Le présent schéma a été adapté.

5. Les interventions non pharmacologiques visent les causes des symptômes comportementaux et psychologiques : une évaluation décrivant les comportements et identifiant leurs causes possibles est toujours requise.
6. Plusieurs interventions non pharmacologiques ont démontré des effets bénéfiques à court terme : réduction de l'agitation, meilleure humeur, gestion réussie du moment de crise et amélioration de la qualité de vie des résidents.
7. En l'absence d'amélioration des SCPD après des interventions non pharmacologiques et pharmacologiques appropriées, orienter l'utilisateur vers un service spécialisé [7].

## APPROCHE DE BASE

8. L'approche de base doit être employée en tout temps avec tous les usagers âgés [5, 9].
9. Une intervention non pharmacologique est requise seulement lorsque la réponse à certains besoins est compromise. Elle vise les causes des SCPD et est choisie au regard de l'histoire personnelle du patient [5, 9].
10. L'approche de base se définit comme suit [5, 9].
  - 10.1. Tout au long de l'échange :
    - maintenir le contact avec la personne par le regard, la parole ou le toucher ;
    - favoriser une ambiance calme et apaisante ;
    - adopter une attitude non menaçante ;
    - intervenir rapidement en cas de situation problématique avant que celle-ci ne dégénère en crise.
  - 10.2. Amorce de l'échange :
    - aborder la personne de face, lentement et calmement, en se mettant à sa hauteur ;
    - établir au départ un contact visuel ;
    - éviter d'envahir trop rapidement l'espace vital de la personne.
  - 10.3. Voix et langage :
    - appeler la personne par son nom et se nommer ;
    - utiliser un ton de voix doux et rassurant ;
    - ne pas hausser la voix si la personne ne répond pas ;
    - se servir de phrases courtes, simples et concrètes ;
    - parler lentement et prononcer clairement ;
    - donner une consigne à la fois et attendre la réaction de la personne ;
    - annoncer ses intentions à la personne et lui expliquer à quelles interventions on aura recours ; en cas de refus ou d'augmentation de l'agitation, se limiter à lui expliquer globalement ce qu'on vient faire ;
    - éviter de recourir à des termes infantilisants ;
    - créer un lien affectif avec la personne en lui parlant d'un sujet présentant pour elle un intérêt ;
    - éviter les mots qui peuvent provoquer une réaction négative (ex. : « non », « bain », etc.) ;
    - éviter de raisonner la personne ;
    - remercier la personne de sa collaboration.

10.4. Gestes et contacts physiques :

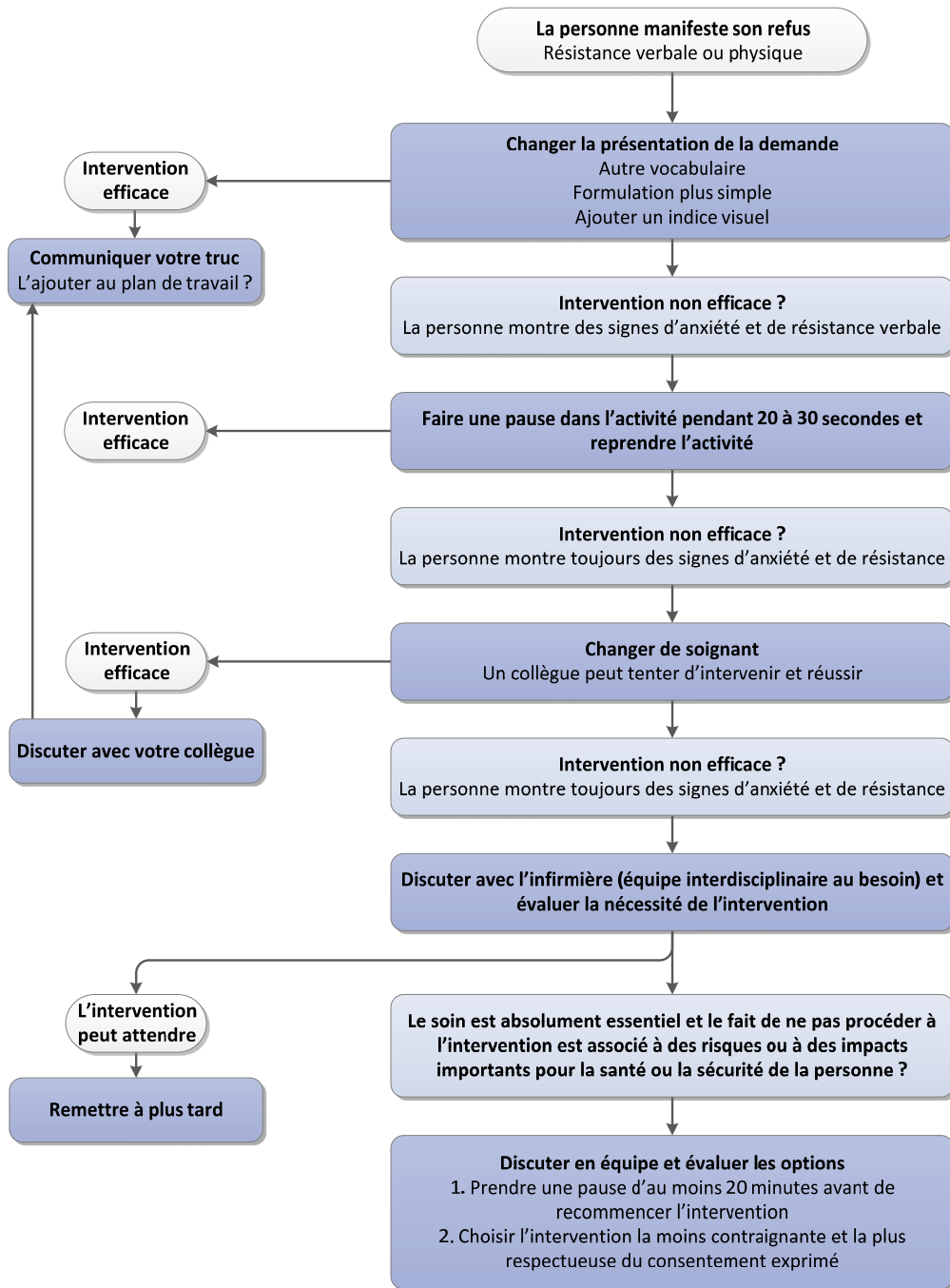
- employer des gestes, des mimiques et des démonstrations pour se faire comprendre ;
- toucher la personne doucement et de façon rassurante, en évitant de la serrer (ex. : par une prise en crochet).

10.5. Participation et environnement :

- distraire la personne et changer d'activité au besoin ;
- encourager la participation de la personne ;
- s'assurer que l'utilisateur porte ses lunettes ou son appareil auditif, le cas échéant ;
- tenter de tenir la personne à l'écart des situations et des individus susceptibles de provoquer chez elle des SCPD.

11. En cas de refus de la part de la personne, préconiser la démarche clinique détaillée au schéma 3.

### 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.

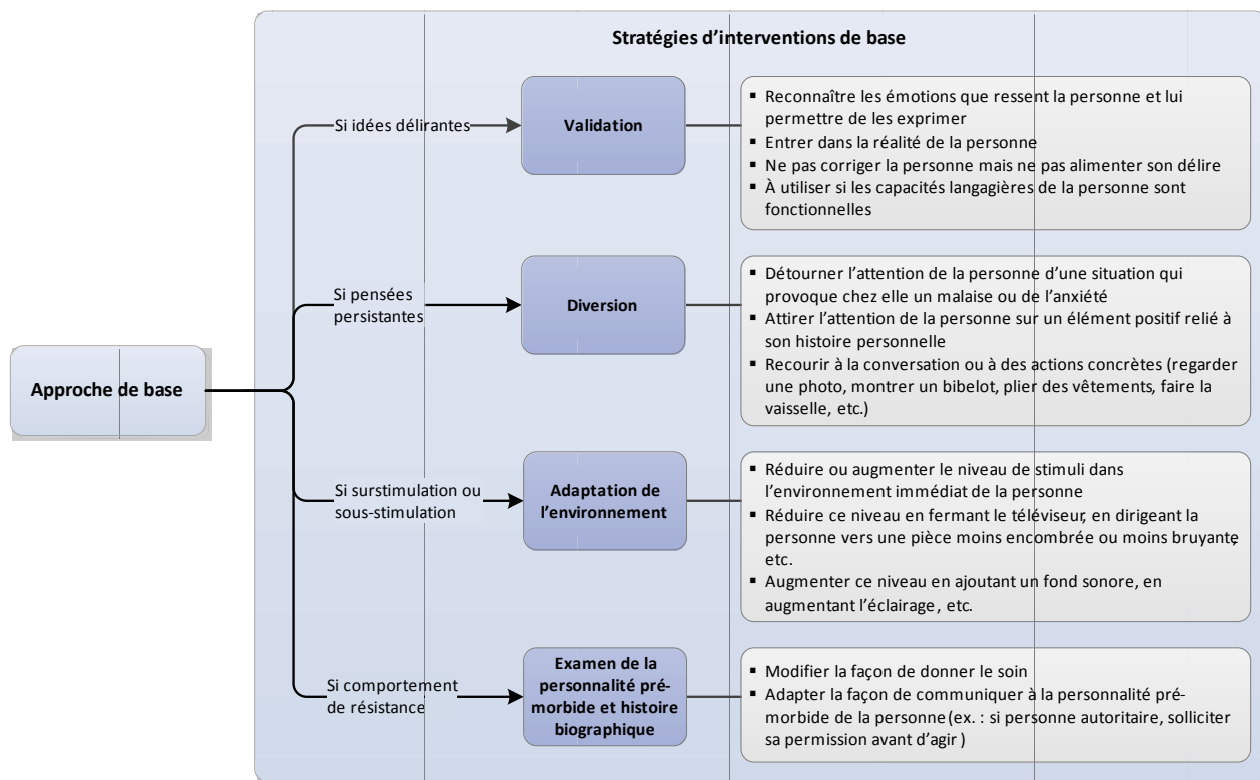
## RECADRAGE

12. Si l'approche du personnel ou des proches n'explique pas les SCPD, déterminer s'il est pertinent d'intervenir [5].
13. Le recadrage consiste à analyser la situation sous un nouvel angle en se demandant si le SCPD entraîne un risque pour la personne ou pour autrui [5].
14. Si le comportement n'engendre pas de détresse ou de dangerosité pour la personne ou pour autrui, travailler sur la perception des proches et des intervenants de même que sur le malaise qu'éveille chez eux le SCPD [5].

## STRATÉGIES D'INTERVENTION DE BASE

15. Lorsque le recadrage n'est pas possible, avoir recours à des interventions de base au regard de ce qui est observé, tel que cela est précisé au schéma 4.
16. Ces interventions reposent sur diverses manières de faire, telles les suivantes [8] :
  - reconnaître que le niveau de stress de la personne est en hausse et prendre des mesures pour prévenir l'escalade ;
  - identifier les situations qui déclenchent la détresse et les éviter si possible ;
  - toujours approcher une personne agitée ou anxieuse de face ;
  - parler à la personne à hauteur des yeux ;
  - utiliser un ton de voix aimable, doux ;
  - prendre une posture non menaçante ;
  - expliquer à la personne atteinte de démence ce qui se passe et pourquoi ;
  - évaluer l'inquiétude que peuvent susciter des questions répétitives et répondre à cette inquiétude ;
  - si toutes les tentatives ont échoué, entrer dans la réalité de la personne et répondre à ses besoins pour soulager sa détresse (ex. : « Votre fille sera ici plus tard ») ;
  - lorsque le niveau de stress augmente, désamorcer la situation en changeant d'activité, de rythme ou de lieu ;
  - éviter d'argumenter, ce qui tend souvent à empirer les choses ;
  - éviter la contrainte physique, car elle peut conduire à l'escalade de l'agitation.

Schéma 4 : Stratégies d'intervention de base [5]



## INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES INDIVIDUELLES

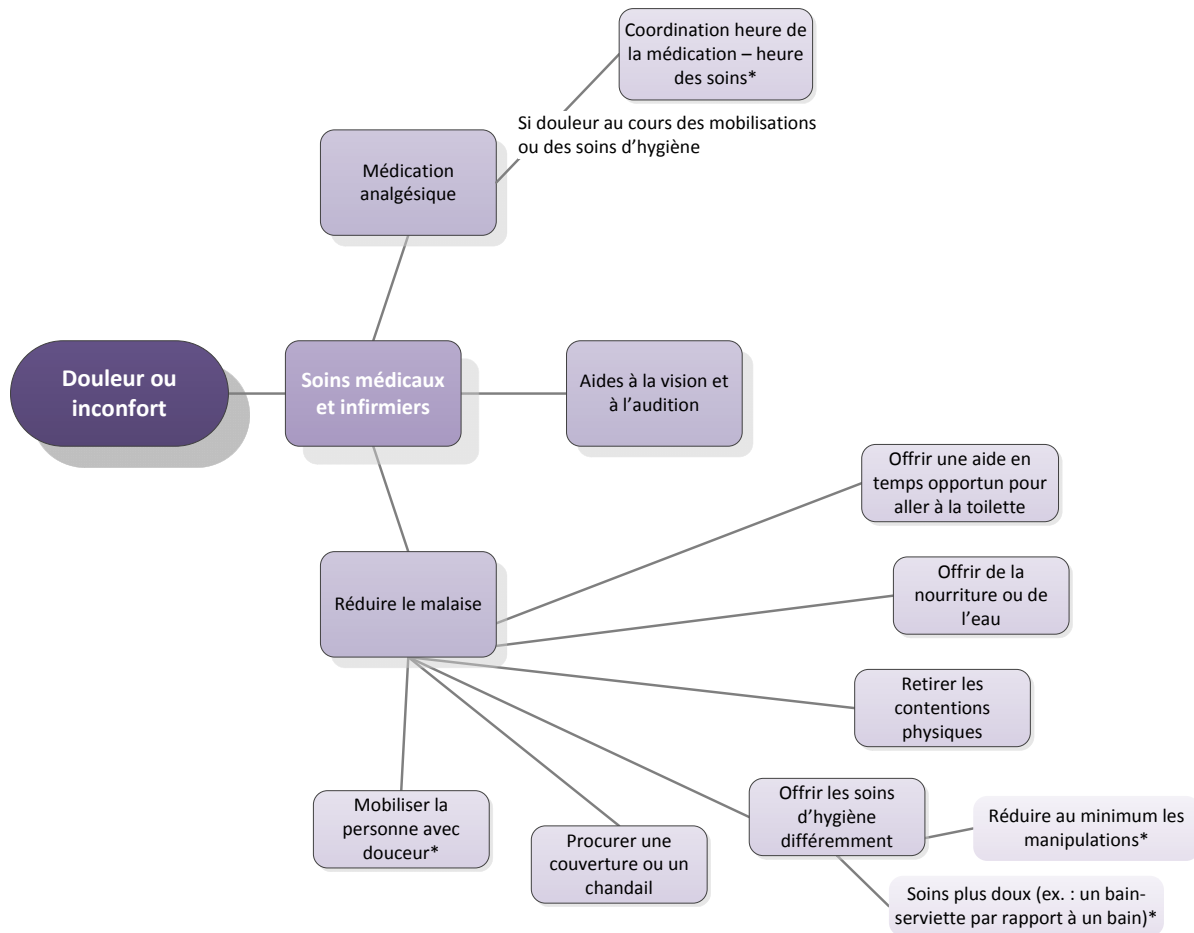
17. Si l'on se base sur les causes associées aux SCPD identifiées lors de l'évaluation, plusieurs options sont possibles en ce qui concerne les interventions individuelles. Le choix de l'intervention devra être basé sur les éléments suivants :

- l'histoire personnelle du patient ;
- les ressources humaines (proches et intervenants), matérielles et environnementales disponibles.



18. Les SCPD sont une manifestation de besoins auxquels aucune réponse satisfaisante n'a été apportée, aussi est-il impossible de traiter toutes les causes potentielles d'un SCPD. Par conséquent, les prochains chapitres s'attardent aux causes les plus fréquentes et aux interventions les plus appropriées.

Schéma 5 : Interventions possibles en cas de douleur<sup>ii</sup>

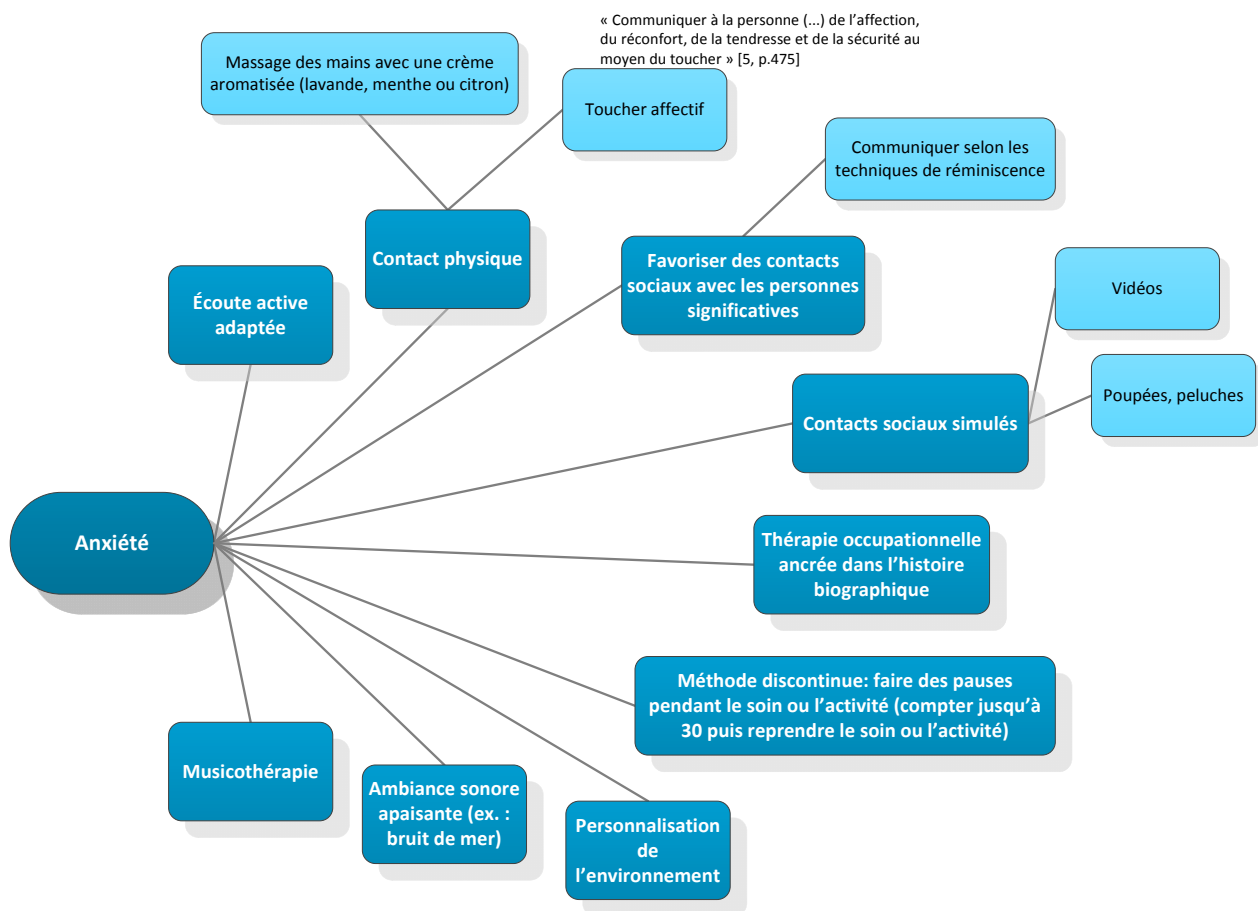


© Jiska Cohen-Mansfield, Ph. D., 2013  
Traduit et reproduit avec l'aimable autorisation de l'auteure [6].

<sup>ii</sup> Les interventions suivies d'un astérisque ont été ajoutées par le groupe de travail.



Schéma 6 : Interventions possibles en cas d'anxiété



SI L'ÉVALUATION MONTRE QUE LES SCPD EXPRIMENT DE L'ENNUI, DE LA PRIVATION SENSORIELLE OU UN BESOIN DE DÉTENTE

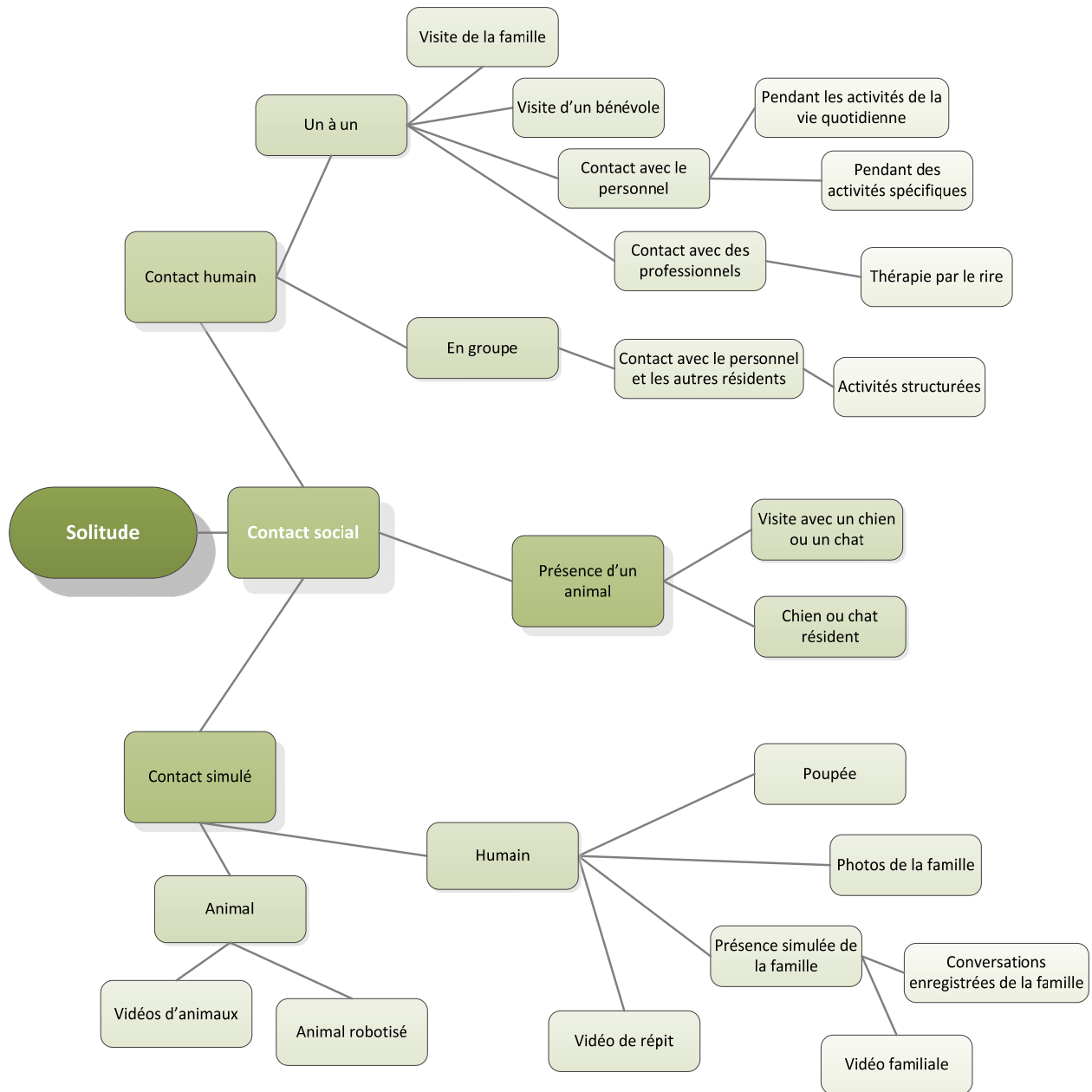
Schéma 7 : Interventions possibles en cas d'ennui, de privation sensorielle, ou si un besoin de détente est exprimé<sup>iii</sup>



© Jiska Cohen-Mansfield, Ph. D., 2013  
Traduit et reproduit avec l'aimable autorisation de l'auteure [6].

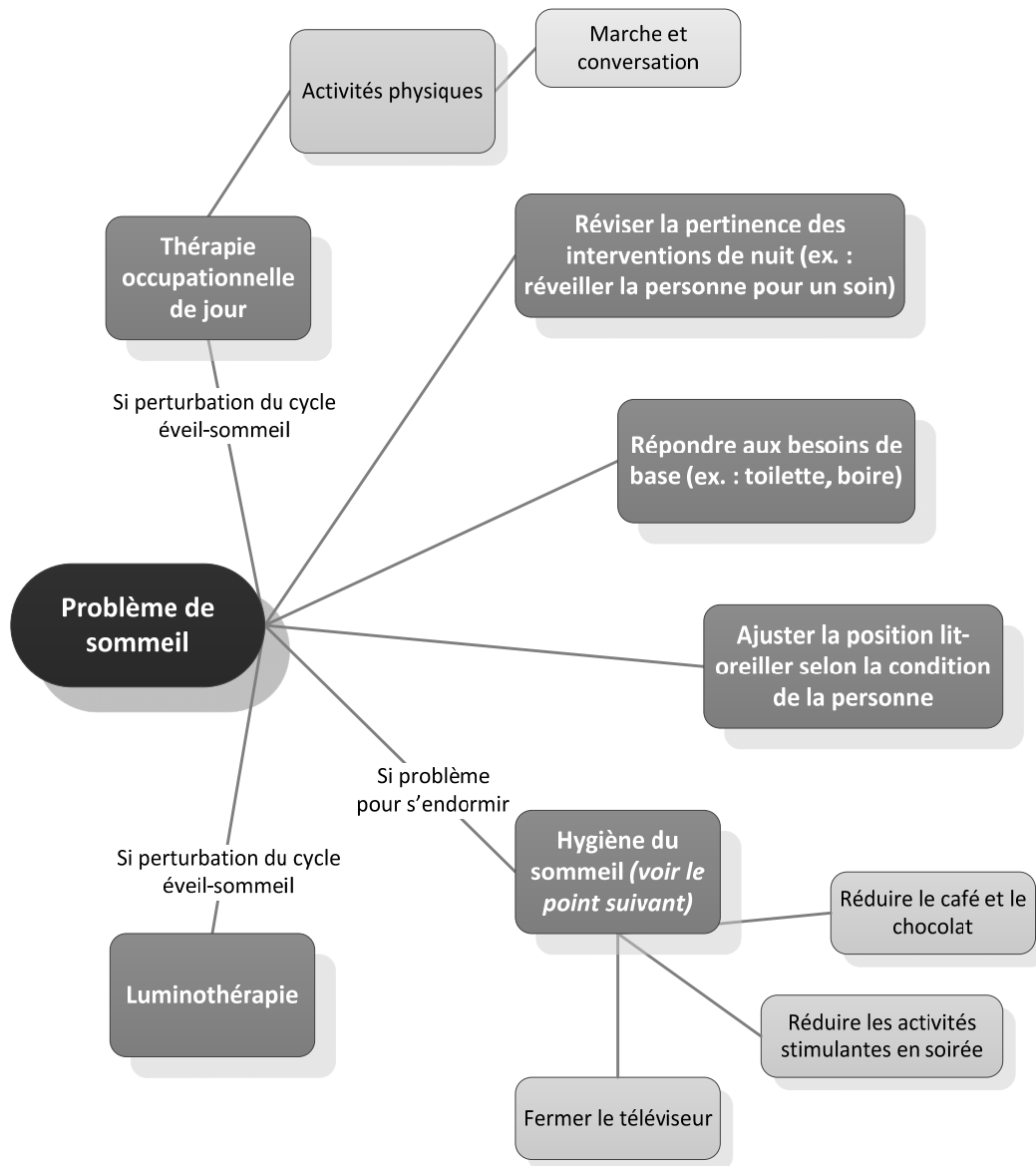
<sup>iii</sup> Les interventions suivies d'un astérisque ont été ajoutées par le groupe de travail.

Schéma 8 : Interventions possibles en cas de solitude



© Jiska Cohen-Mansfield, Ph. D., 2013  
 Traduit et reproduit avec l'aimable autorisation de l'auteur [6].

Schéma 9 : Interventions possibles en cas d'un problème de sommeil



## 19. Règles d'hygiène du sommeil

- Privilégier un horaire de repos où le coucher est à la même heure chaque soir, même la fin de semaine.
- Choisir un moment où la personne est fatiguée pour la mettre au lit ou lui dire d'aller au lit en se préoccupant des habitudes antérieures de sommeil.
- Recommander à la personne d'éviter l'alcool, le tabac, les repas copieux et l'exposition à trop de lumière et aux écrans lumineux avant son coucher.
- Faire en sorte que la personne réduise sa consommation de breuvages en soirée.
- Favoriser l'adoption d'une routine de sommeil (ex. : mettre son pyjama, faire sa toilette) et encourager les activités de détente en soirée, le tout dans un climat paisible (ex. : lecture, exercices de relaxation, écoute de musique apaisante).
- Garder l'environnement de la chambre frais, sombre, calme et confortable.
- Recommander à la personne de réserver son lit au sommeil et aux activités sexuelles.
- Recommander à la personne d'adopter une heure régulière de lever.
- Inciter la personne à sortir à l'extérieur pendant la journée pour profiter de la lumière naturelle et favoriser le réglage de son horloge biologique.
- Limiter la durée des siestes pendant la journée à moins d'une heure, avant 15 heures. En cas d'insomnie, éliminer la sieste.

Schéma 10 : Interventions possibles en cas de dépression

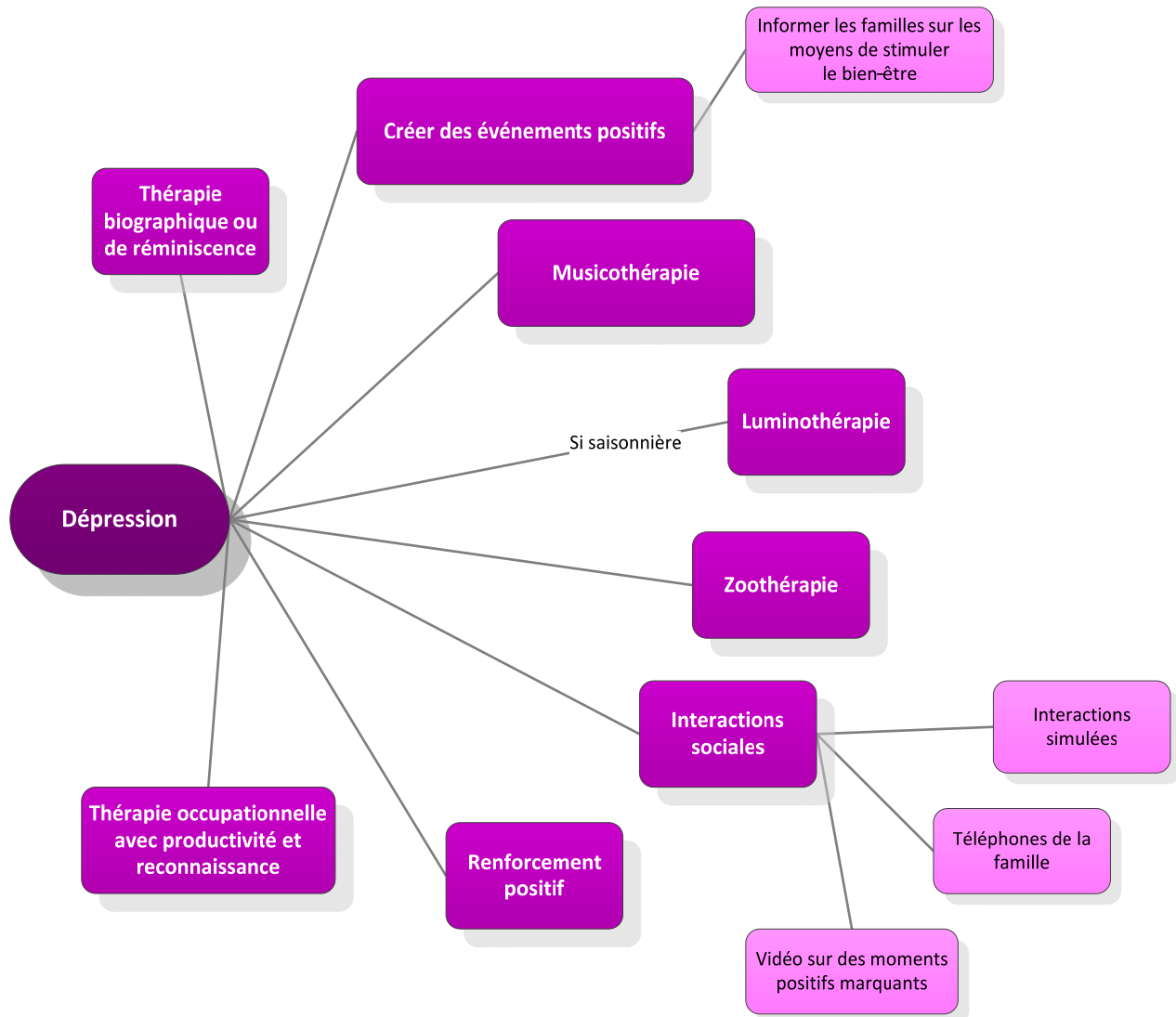
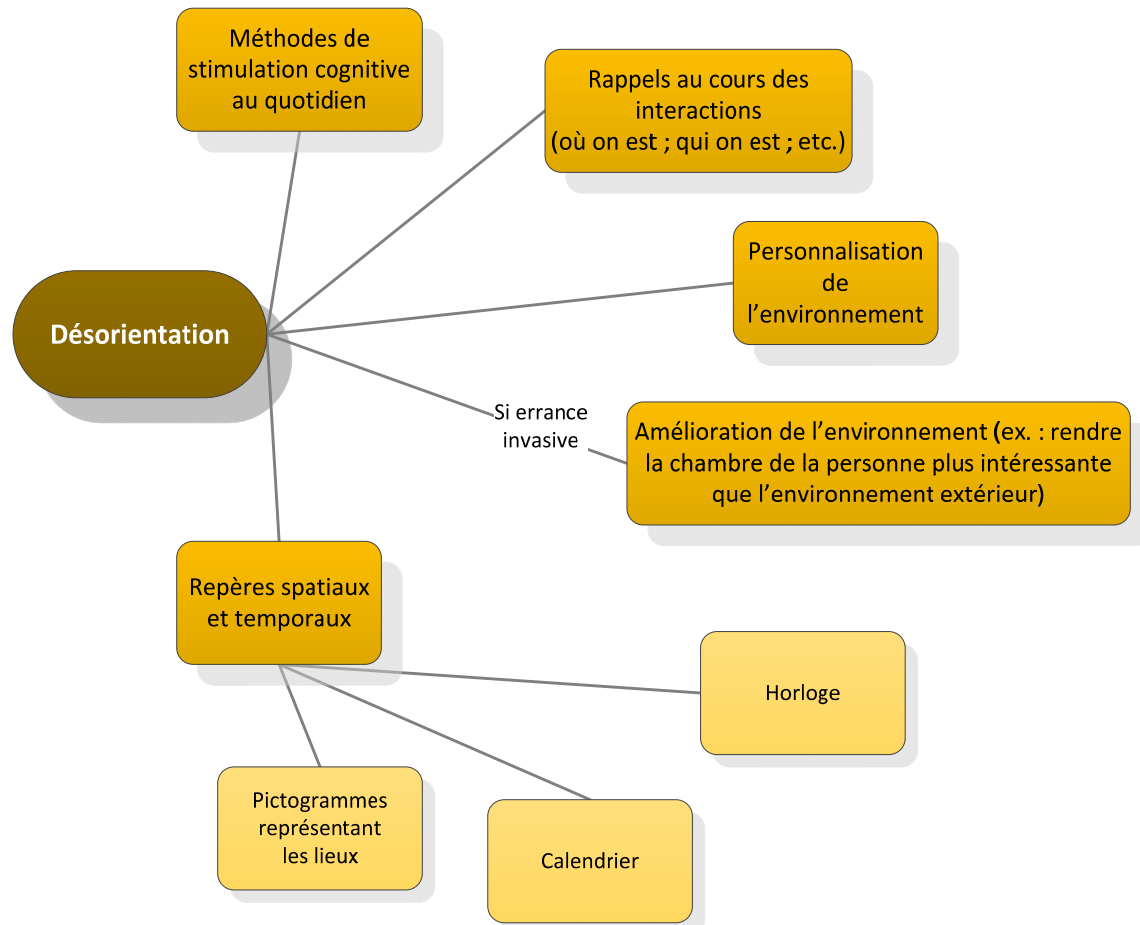


Schéma 11 : Interventions possibles en cas de désorientation



20. Les auteurs des lignes directrices consultées sont unanimes sur l'importance d'assurer une formation adéquate et continue du personnel travaillant au quotidien auprès des personnes atteintes de déficits cognitifs afin d'assurer la qualité des soins qui leur sont offerts [1, 8].
21. Les équipes doivent bien comprendre ce que sont les déficits cognitifs, leurs manifestations et comment y répondre au quotidien.
22. La formation du personnel nécessite que l'on change la vision qu'on peut avoir des SCPD en insistant sur le fait que les besoins qui n'obtiennent pas satisfaction sont la cause des SCPD.
23. La formation du personnel devrait couvrir les thèmes suivants [5, 10]<sup>iv</sup>.
  - Types de démence et symptômes associés :
    - Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence ;
    - épidémiologie ;
    - classification ;
    - présentation clinique.
  - Évaluation de la personne présentant des SCPD :
    - description du comportement (notes au dossier, recueil d'informations interdisciplinaires ou échelles de mesure) ;
    - identification des causes (examen clinique par une infirmière et un médecin) ;
    - recours à une grille d'observation comportementale.
  - Grands principes d'intervention en présence de SCPD :
    - approche de base ;
    - recadrage ;
    - principes non pharmacologiques : interventions individuelles et environnementales ;
    - principes pharmacologiques.
  - Approches à adopter devant la résistance aux soins d'hygiène.
  - Approches à adopter devant les cris et les comportements moteurs répétitifs.
  - Approches à adopter devant les comportements d'errance.
  - Approches à adopter devant la désinhibition sexuelle.
  - Approches à adopter devant la désinhibition agressive.
  - Approches à adopter devant le syndrome crépusculaire et les autres troubles du sommeil.
  - Manifestations et soins du délirium.
  - Médicaments psychotropes utilisés pour réduire ou traiter les SCPD et leurs effets.
  - Médicaments PRN.
  - Autres approches non pharmacologiques des SCPD.
  - Interventions environnementales.
24. Le service ambulatoire SCPD offre une formation continue au personnel de première ligne à l'aide de discussions de cas, de présentations de plans d'intervention et de démonstrations d'interventions directes [2].

---

<sup>iv</sup> Au moment de la rédaction du présent guide, différents projets étaient en cours en vue d'améliorer l'offre de formation. L'Institut universitaire de gériatrie de Montréal procède notamment à la réalisation de capsules de formation sur les thèmes énumérés ici.



25. L'intervention auprès des proches aidants consiste à [3, 11] :
- solliciter leur opinion pour savoir s'ils perçoivent le comportement de la personne comme problématique ;
  - les accompagner et les soutenir ;
  - les informer et développer leurs compétences au regard de la prévention et de la gestion des SCPD ;
  - leur enseigner que les SCPD reflètent des besoins non comblés ;
  - leur offrir du répit ;
  - les renseigner sur les ressources disponibles et sur les groupes de soutien auxquels ils peuvent faire appel.
26. Auprès de la famille, le personnel se familiarise avec les goûts, les préférences, les habitudes de vie antérieures et l'histoire de la personne. Les renseignements obtenus à l'aide d'un questionnaire visant à cerner l'histoire personnelle de l'utilisateur contribuent à prévenir et à gérer les SCPD [3, 11].
27. Le personnel encourage la participation de la famille et des proches au plan d'intervention [11].
28. Voici des conseils pratiques à transmettre aux proches et aux aidants afin de les aider à communiquer avec la personne souffrant de SCPD [12, p. 11] :
- évitez les discussions, les confrontations, les questions à réponses fermées et les ordres négatifs et directs ;
  - réagissez au contenu émotif du message, même si vous ne comprenez pas ce que la personne dit ;
  - évitez de vérifier si la personne se rappelle certaines choses et essayez de ne pas commencer ou terminer une conversation par des questions comme celles-ci : « Le sais-tu ? » ou « Vous souvenez-vous ? » ;
  - ne parlez ou n'agissez jamais comme si la personne n'était pas là, même si elle ne peut pas comprendre ;
  - traitez toujours la personne comme un adulte ;
  - ayez recours aussi souvent que possible au toucher et à la communication non verbale ;
  - faites preuve d'humour ;
  - conservez la structure normale de la conversation (où chacun parle à tour de rôle) ;
  - réduisez au minimum les distractions ; parlez clairement et placez-vous en face de la personne ;
  - donnez à la personne le temps de répondre.
29. Voici des conseils sur les manières de composer avec des comportements difficiles dont il importe de faire part aux proches et aux aidants [12] :
- restez calme ;
  - redirigez ;
  - rassurez ;
  - si la personne ne comprend pas, répétez en utilisant d'autres mots ;
  - réévaluez vos façons de faire (adaptez les tâches à la condition de la personne) ;
  - réagissez aux contenus émotifs du discours de la personne ;
  - si vous n'avez pas compris les propos de la personne, revérifiez (validez son point de vue) ;
  - rappelez certaines situations à la personne (encouragez l'évocation des souvenirs) ;
  - reflétez par vos gestes et vos paroles les sentiments de la personne ;
  - renforcez en mettant l'accent sur les comportements positifs.

30. Tenir compte de l'environnement physique, car celui-ci fait partie intrinsèque de l'approche centrée sur la personne en ce qu'il permet d'améliorer son confort et contribue à éviter l'apparition des SCPD [11].
31. Favoriser la présence de repères identitaires, temporels et spatiaux dans le but de stimuler la mémoire de la personne.
32. Lorsque des mesures de sécurité s'imposent, elles doivent être discrètes pour maximiser le sentiment de contrôle de la personne sur son environnement [3].
33. Le camouflage des stimuli perturbateurs peut être utile (ex. : camoufler les miroirs si la personne croit y voir un imposteur, camoufler certaines portes pour éviter les tentatives de fugue).
34. Fournir à la personne la possibilité de continuer à s'engager dans des activités de la vie quotidienne et domestique [3].

## EN MILIEU DE VIE NATUREL

35. Le tableau qui suit propose des conseils pour les personnes atteintes de démence et leurs aidants [12]<sup>v</sup>.

**Tableau 2 : Conseils destinés aux personnes atteintes de démence et à leurs aidants**

<b>Sécurité en général</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Évitez le désordre dans la maison.</li> <li><input type="checkbox"/> Prévoyez des endroits dégagés et bien éclairés pour que la personne puisse marcher sans trébucher.</li> <li><input type="checkbox"/> Enlevez les carpettes et les tapis.</li> <li><input type="checkbox"/> Réduisez au minimum les reflets (ex. : lustre du plancher, miroirs).</li> <li><input type="checkbox"/> Employez des couleurs contrastantes pour indiquer les obstacles ou définir les bords et la profondeur.</li> <li><input type="checkbox"/> Retirez les motifs abstraits sur les revêtements de sol, les nappes, etc.</li> <li><input type="checkbox"/> Enlevez et rangez en sécurité les objets précieux (ex. : bijoux) ou dangereux (ex. : médicaments, nettoyants, objets tranchants).</li> <li><input type="checkbox"/> Préconisez l'utilisation d'une boîte de médicaments pour vérifier aisément que les médicaments sont pris correctement [8].</li> <li><input type="checkbox"/> Désactivez au besoin la cuisinière ou les appareils électriques si la personne les utilise dangereusement [8].</li> </ul>
<b>Si la personne risque de se perdre en quittant la maison ou est désorientée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Installez des serrures aux portes et aux fenêtres à des endroits invisibles ou inhabituels pour empêcher les sorties imprévues (ex. : haut des portes, au-dessus de la ligne de vision normale).</li> <li><input type="checkbox"/> Recourez à des couleurs contrastantes ou à des recouvrements pour camoufler les serrures.</li> <li><input type="checkbox"/> Installez une cloche qui indique quand la porte s'ouvre ou se ferme et vous avertit si quelqu'un sort.</li> <li><input type="checkbox"/> Faites porter une pièce d'identité qui contient son adresse et son numéro de téléphone à votre proche au cas où il sortirait et se perdrait [8, 12].</li> <li><input type="checkbox"/> Placez un nom, une image significative ou une décoration à l'extérieur de la porte d'entrée de votre maison ou de votre appartement.</li> </ul>

<sup>v</sup> Le guide produit par la Société canadienne d'hypothèques et de logement en 2009 [14], avec la collaboration de l'Association canadienne des ergothérapeutes et la Société Alzheimer, renferme des informations claires sur la manière de vivre à la maison avec une personne qui présente une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, de même que sur la manière d'adapter le domicile ou les activités quotidiennes à la situation de cette personne.

<b>Si la personne est désorientée ou a tendance à s'égarer dans la maison</b>	<input type="checkbox"/> Installez des veilleuses. <input type="checkbox"/> Posez des affiches ou des illustrations pour lui indiquer la direction à prendre pour aller à tel ou tel endroit. <input type="checkbox"/> Fermez les portes des pièces pour limiter la confusion. <input type="checkbox"/> Enlevez les objets qui ressemblent à autre chose ou causent de la confusion (ex. : une poubelle à côté de la toilette). <input type="checkbox"/> Réduisez au minimum les reflets et la lumière éblouissante.
<b>Si la personne marche de long en large ou devient agitée</b>	<input type="checkbox"/> Placez des repères à certains endroits pour la distraire ou l'encourager à s'engager dans une activité familière (ex. : un journal ou un autre objet familier sur la table de la cuisine ou du salon pour attirer son attention ou lui donner l'occasion de se rappeler certaines choses). <input type="checkbox"/> Réduisez les stimulations (ex. : fermez la télévision). <input type="checkbox"/> Faites jouer de la musique apaisante. <input type="checkbox"/> Suivez une routine pour réduire l'anxiété au minimum. <input type="checkbox"/> Orientez-la dans le temps (ex. : en lui disant quel jour ou quel mois on est) et dans l'espace. <input type="checkbox"/> Débarrassez les passages pour prévenir les chutes. <input type="checkbox"/> Si elle fouille, laissez-lui un tiroir dans lequel elle peut fouiller plutôt que d'essayer de mettre fin à ce comportement.
<b>Si la personne a de la difficulté à organiser, exécuter ou terminer des tâches domestiques</b>	<input type="checkbox"/> Établissez un horaire pour organiser les tâches et maintenir une routine constante. <input type="checkbox"/> Affichez un horaire ou une liste de « choses à faire » à un endroit bien en vue. <input type="checkbox"/> Demandez-lui d'effectuer des tâches familières et répétitives, en évitant de lui confier des tâches susceptibles de causer de la frustration. <input type="checkbox"/> Simplifiez les tâches à accomplir (ex. : préparez l'équipement ou les articles de nettoyage pour chaque tâche ; divisez la tâche en étapes ; faites une étape à la fois). <input type="checkbox"/> Réalisez ensemble les activités de nettoyage.
<b>Si la personne a de la difficulté à reconnaître les produits ou articles de nettoyage</b>	<input type="checkbox"/> Étiquetez les articles selon leur utilisation. <input type="checkbox"/> Mettez sous clé ou débarrassez-vous des articles qui pourraient être dangereux. <input type="checkbox"/> Rangez les articles de nettoyage ensemble, loin des produits alimentaires. <input type="checkbox"/> Affichez des instructions simples, sur les appareils ou à côté de ceux-ci, lui indiquant comment procéder, étape par étape. <input type="checkbox"/> Étiquetez les produits et articles ou utilisez des couleurs contrastantes pour que les instructions soient faciles à comprendre.
<b>Utilisation de la toilette et de la salle de bain si la personne devient désorientée</b>	<input type="checkbox"/> Mettez une affiche sur la porte de la salle de bain pour désigner la pièce : un symbole familier ou facilement identifiable. <input type="checkbox"/> Retirez de la salle de bain les articles qu'elle pourrait prendre pour quelque chose d'autre (ex. : une poubelle). <input type="checkbox"/> Colorez l'eau de la toilette en bleu ou utilisez des couleurs contrastantes pour le siège de toilette afin d'éviter que de l'urine tombe sur le siège (l'emploi de couleurs aide les hommes à diriger le jet d'urine). <input type="checkbox"/> Gardez la lumière de la salle de bain allumée pendant la nuit ou installez-y une veilleuse. <input type="checkbox"/> Assurez-vous qu'elle va uriner immédiatement avant d'aller au lit. <input type="checkbox"/> Gardez les portes des garde-robes fermées pendant la nuit ainsi que les portes des pièces situées entre sa chambre et la salle de bain.

**Si la personne se lève ou est désorientée durant la nuit**

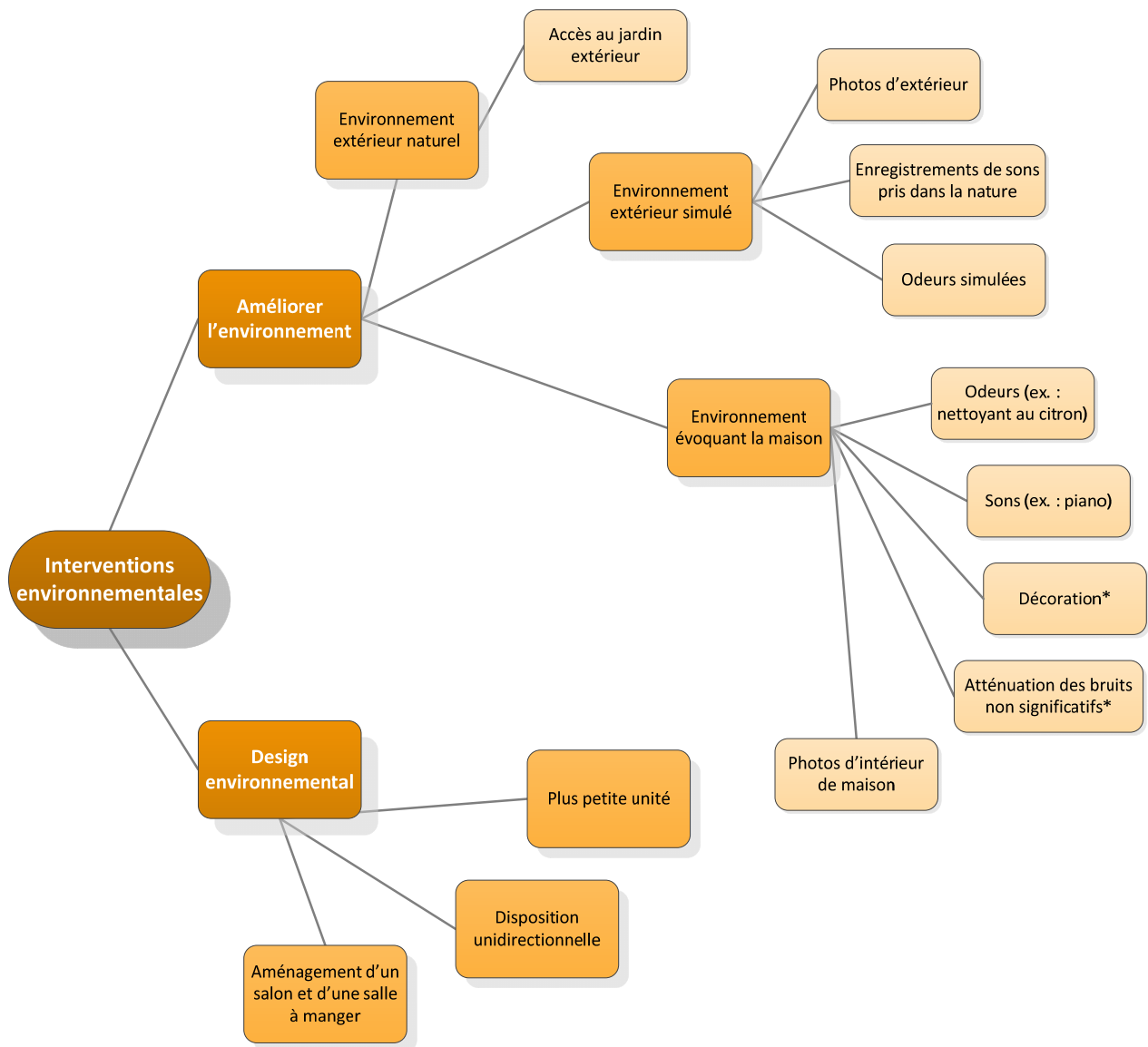
- Placez une lampe tactile à côté de son lit.
  - Installez une veilleuse dans sa chambre.
  - Achetez une horloge numérique ayant des chiffres lumineux que l'on peut voir dans l'obscurité.
  - Posez un tableau d'affichage dans sa chambre à coucher sur lequel vous aurez mis de l'information et des instructions pour l'aider à s'orienter (ex. : endroit où elle se trouve ; instructions disant de demeurer au lit jusqu'à une heure donnée).
  - Mettez des photos, des livres ou des revues à côté de son lit pour l'encourager à s'adonner à une activité apaisante.
  - Orientez-la verbalement dans le temps et dans l'espace.
- 

## EN MILIEU DE VIE SUBSTITUT

36. Lorsque des mesures de sécurité s'imposent, elles doivent être discrètes pour maximiser le sentiment de contrôle de la personne sur son environnement (ex. : camouflages des portes de sortie ou des portes situées le long du corridor, système silencieux de verrouillage des portes) [3].
  37. Favoriser l'aménagement de chambres simples et personnalisées [3].
  38. Certaines études suggèrent de personnaliser les chambres avec des boîtes de souvenirs incluant surtout des souvenirs et des photos de l'époque où la personne était jeune [3].
  39. Prévoir des lieux de grandeurs différentes, ayant diverses fonctions et offrant des ambiances variées [3].
  40. Faire en sorte que le résident voit les éléments de l'environnement qui sont importants pour lui à partir de l'endroit où il passe la plus grande partie de son temps (ex. : les toilettes, la porte d'accès au jardin sécurisé, sa chambre) [3].
  41. Adapter le niveau de stimulation en fonction de la condition des patients afin de réduire les stimuli perturbateurs (ex. : niveau de bruit élevé, portes d'entrée visibles, désordre, nombre de personnes trop élevé, luminosité trop intense ou trop faible, température ambiante inconfortable) [3].
  42. Adapter le niveau de stimulation en fonction de la condition des patients pour optimiser les stimuli favorables (ex. : stimulation multisensorielle, éclairage simulant l'alternance jour-nuit, programme d'activités sociales et physiques adaptées, mise en évidence des portes des toilettes et de celle du jardin sécurisé, identification personnalisée des portes de chambre) [3].
  43. Favoriser un éclairage approprié pour les personnes âgées, incluant un éclairage naturel, qui ne cause aucun éblouissement (ex. : éviter les planchers, tables, portes ou murs au fini très brillant) et élimine les ombres [3].
  44. Situer certains lieux accessibles à la personne au rez-de-chaussée pour faciliter le contact avec l'extérieur, incluant un accès à un jardin thérapeutique sécuritaire [3].
  45. Favoriser des aménagements et un ameublement de type résidentiel [3].
  46. Favoriser l'aménagement d'unités de vie plus petites, pouvant accueillir entre six et quinze résidents [3].
  47. Prévoir des aires de circulation, intérieures et extérieures, sans impasses et jalonnées de points d'intérêt [3].
  48. Avoir recours à une signalisation simple pour l'identification des toilettes, des chambres et des aires communes [3].
-

49. Souligner par des couleurs contrastantes certains éléments architecturaux importants (ex. : les portes des toilettes par rapport à la couleur du mur ; le plancher par rapport au mur ; le lavabo par rapport au mur) [3].
50. Dissimuler les éléments de l'architecture dont l'accès n'est habituellement pas permis aux résidents en utilisant la même couleur que celle des murs adjacents ou des cadres de porte (ex. : portes de secours) [3].
51. Favoriser une approche axée sur le regroupement des personnes ayant le même type de besoins et organiser les services en ce sens.
52. Recourir à des méthodes d'intervention environnementales telles que précisées au schéma 12.

Schéma 12 : Méthodes d'intervention environnementales possibles en milieu substitut<sup>vi</sup> :



© Jiska Cohen-Mansfield, Ph. D., 2013  
 Traduit et reproduit avec l'aimable autorisation de l'auteure [6].

<sup>vi</sup> Les interventions affublées d'un « \* » proviennent du groupe de travail.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. H. BERGMAN *et al.* *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, 143 p. Ce document peut être consulté en ligne à l'adresse suivante : [\[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-829-01W.pdf\]](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-829-01W.pdf).
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (ÉQUIPE MINISTÉRIELLE D'IMPLANTATION ET DE SUIVI). *Projets d'implantation ciblés en GMF pour rehausser l'accès aux services de santé et aux services sociaux avec le soutien des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes de services. Cahier des exigences structurelles et de contenu*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 25 p.
3. M.-A. BRUNEAU, C. MÉNARD, P. VOYER et M. SAVOIE *Résidents avec déficits cognitifs. Document de travail*, Comité scientifique sur la révision de l'offre de services en CHSLD, mars 2013.
4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 15 p.
5. M. BOURQUE et P. VOYER. « La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence », dans P. Voyer (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2<sup>e</sup> édition, St-Laurent: Éditions du renouveau pédagogique et Pearson ERPI, 2013, p. 451-478
6. J. COHEN-MANSFIELD. « Nonpharmacologic treatment of behavioral disorders in dementia », *Current Treatment Options in Neurology*, vol. 15, n<sup>o</sup> 6, décembre 2013, p. 765-785.
7. *Troisième conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence*, version finale, septembre 2007, 30 p. Ce document peut être consulté en ligne à l'adresse suivante : [\[http://www.cccdttd.ca/pdfs/Recommandations\\_approuvees\\_CCCDTD\\_2007.pdf\]](http://www.cccdttd.ca/pdfs/Recommandations_approuvees_CCCDTD_2007.pdf).
8. INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRIC ASSOCIATION. *The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)*, 2012, 222 p.
9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : État cognitif et comportemental – Agitation dans les démences*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 27 p. Ce document peut être consulté en ligne à l'adresse suivante : [\[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-09W.pdf\]](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-09W.pdf).
10. INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL (IUGM). *Développement d'un programme de formation sur les symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence*, IUGM, en partenariat avec les équipes de gérontopsychiatrie des RUIS des universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke, février 2013, 11 p.
11. SOCIÉTÉ ALZHEIMER. *Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne : Prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée qui vivent dans un foyer de soins de longue durée. Cadre de travail*, Société Alzheimer, 2011, 68 p.
12. N. RUSHFORD. *L'adaptation de votre logement en fonction des besoins d'une personne atteinte de démence : Un manuel de référence pour vivre chez soi et un guide pour l'adaptation des logements*, Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2009, 79 p.