



**SURVOL DES SYMPTÔMES
COMPORTEMENTAUX ET
PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE
(SCPD)**

Présentation préparée par Kim Willcocks IPSPL CISSCA

Mise à jour octobre 2024



CONFLITS D'INTÉRÊT

- Formatrice pour le CEVQ
- Co-auteure du guide Examen clinique chez l'ainé

*Aucun en lien avec la formation de ce jour *



OBJECTIF

Prévenir et intervenir lors de SCPD
pour éviter les situations de crises.



PLAN DE
PRÉSENTATION

- Définition des SCPD
- Décrire les SCPD
- Évaluation des SCPD
- Approche non pharmacologique
- Approche pharmacologique

DÉFINITION DES SCPD

Selon la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2006), les SCPD se définissent comme des comportements observables qui sont:

- jugés inappropriés ou excessifs dans leur contexte;
- dérangement, perturbateurs ou potentiellement dangereux pour la personne ou pour son entourage.

SCPD

Volet comportemental

- Agitation verbale agressive
- Agitation verbale non agressive
- Agitation physique agressive
- Agitation physique non agressive

Volet psychologique

- Dépression, anxiété, hallucination, idée délirante

ÉPIDÉMIOLOGIE
(HALTER ET AL.,
2017)

- Affectent près de 98% des individus au cours des TNCM.
- Augmentation de la prévalence avec l'évolution des TNCM.

Symptômes les plus fréquents :

- 75% des individus
 - Dépression - apathie - agitation - trouble du sommeil
- 50% des individus
 - Syndrome crépusculaire* - Cris

IMPACTS DES SCPD

- Les SCPD ont un impact sur le pronostic et la gestion des TNCM
- Peuvent précipiter une institutionnalisation
- Détresse chez proches, aidants naturels, soignants...

SCPD VS DELIRIUM

SCPD

Début progressif (semaines / mois)*

Cause principale = besoin non comblé

Fait souvent partie de l'histoire longitudinale du patient

DÉLIRIUM

Altération fluctuante de l'attention et de l'orientation

Étiologie sous-jacente

Début soudain (heures / semaines)

Peut se prolonger dans le temps même après le retrait de la cause*



DÉMARCHE EN
CAS DE SCPD

- Aléatoire i.e. essai et erreur ?
- Démarche structurée ?

VISION DU BESOIN
COMPROMIS
(ALGASE ET AL.
1996)

Selon cette auteure, un
SCPD est une tentative par
la personne atteinte de
TNM d'exprimer un
besoin compromis (non
satisfait)

Ex: approche inadéquate,
douleur non soulagée,
ennui, incompréhension,
soif, sur ou sous
stimulation, etc

NE PAS ATTENDRE LES PROBLÈMES- PRÉVENTION



Communication
de base



Médicaments



Soins de base



Proche aidant



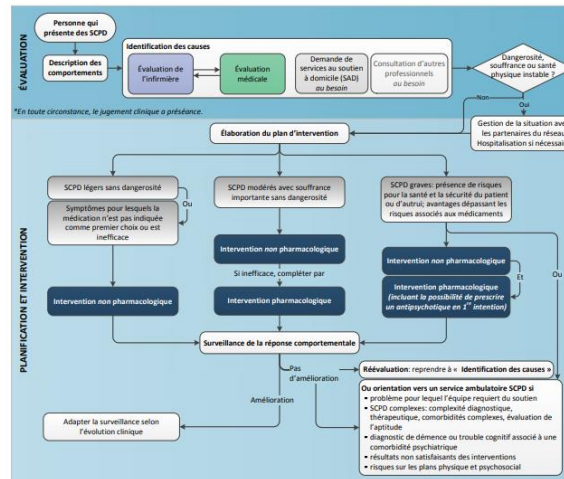
Organismes
communautaires



Soutien à
domicile

ÉVALUATION EN CONTEXTE DE SCPD

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



Le conjoint de Mme Tremblay vous appelle. Il vous mentionne que Sa conjointe est agitée depuis quelques jours.

Que faites vous ?

MISE EN
SITUATION



DÉCRIRE LE SCPD

Il est important de bien documenter et décrire le ou les SCPD mais également de les "mesurer" afin de voir évolution/amélioration des comportements avec les stratégies tentées.

- Outils pertinents à utiliser
 - Cohen manfield
 - NPI

COHEN MANFIELD

Tableau 24-3 Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield

Indiquez, pour chaque résident, la fréquence à laquelle s'est manifesté chacun des comportements suivants durant votre quart de travail au cours des deux dernières semaines. Encerchez le chiffre correspondant à la meilleure réponse en vous reportant aux définitions suivantes:

1 = Ce comportement ne s'est jamais manifesté.
 2 = Ce comportement s'est manifesté moins d'une fois par semaine.
 3 = Ce comportement s'est manifesté une ou deux fois par semaine.
 4 = Ce comportement s'est manifesté plusieurs fois par semaine.
 5 = Ce comportement s'est manifesté une ou deux fois par jour.
 6 = Ce comportement s'est manifesté plusieurs fois par jour.
 7 = Ce comportement s'est manifesté plusieurs fois par heure.

1. Fait les cent pas	1	2	3	4	5	6	7
2. S'habille ou se déshabille de façon inappropriée	1	2	3	4	5	6	7
3. Crache	1	2	3	4	5	6	7
4. Sacre, ou agresse verbalement	1	2	3	4	5	6	7
5. Demande constamment de l'attention	1	2	3	4	5	6	7
6. Répète les mêmes phrases ou questions	1	2	3	4	5	6	7
7. Frappe les autres	1	2	3	4	5	6	7
8. Donne des coups de pied	1	2	3	4	5	6	7
9. Empoigne les autres	1	2	3	4	5	6	7
10. Pousse les autres	1	2	3	4	5	6	7
11. Émet des bruits étranges	1	2	3	4	5	6	7
12. Crie	1	2	3	4	5	6	7
13. Égratigne	1	2	3	4	5	6	7
14. Essaie de se rendre ailleurs	1	2	3	4	5	6	7
15. Est généralement turbulent	1	2	3	4	5	6	7
16. Se plaint	1	2	3	4	5	6	7
17. Fait preuve de négativisme	1	2	3	4	5	6	7
18. Manipule des choses incorrectement	1	2	3	4	5	6	7
19. Cache des choses	1	2	3	4	5	6	7
20. Amasse des choses	1	2	3	4	5	6	7
21. Déchire ou arrache des choses	1	2	3	4	5	6	7
22. Fait preuve de manéisme répétitif	1	2	3	4	5	6	7
23. Fait des avances sexuelles verbales	1	2	3	4	5	6	7
24. Fait des avances sexuelles physiques	1	2	3	4	5	6	7
25. Chute intentionnellement	1	2	3	4	5	6	7
26. Lance des choses	1	2	3	4	5	6	7
27. Mord	1	2	3	4	5	6	7
28. Mange des substances inappropriées	1	2	3	4	5	6	7
29. Se mutilé	1	2	3	4	5	6	7
Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grand total	<input type="text"/>						

Source : S. Deslauriers, P. Landreville, L. Dicaire et R. Verreault (2001). Validité et fidélité de l'Inventaire d'Agitation de Cohen-Mansfield. *Canadian Journal of Aging / La revue canadienne du vieillissement*, 20 (3), p. 384.



INVENTAIRE
NEUROPSYCHIATRIQUE
DE CUMMINGS (NPI)

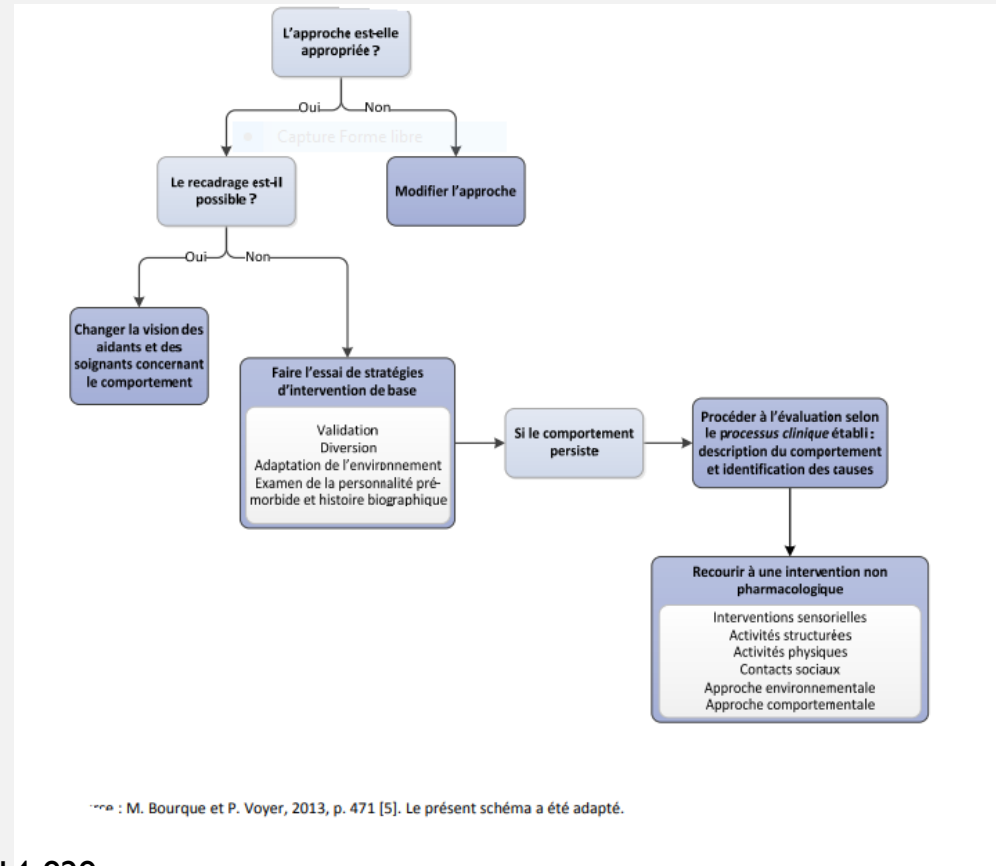
- <https://www.neuromedia.ca/linventaire-neuropsychiatrique/>

ÉVALUATION DES SCPD

1. Valider l'approche de base
2. Recadrage, si pertinent
3. Évaluation
4. Interventions
5. Réévaluation

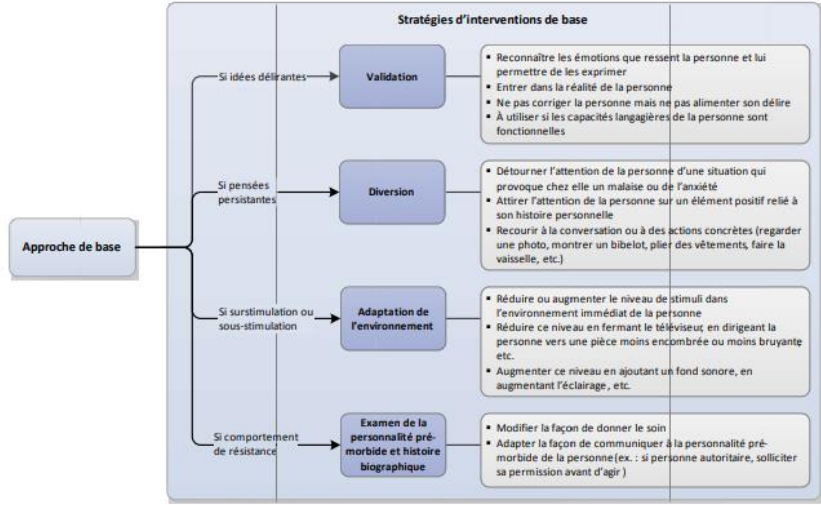
ÉVALUATION INFIRMIÈRE EN CONTEXTE SCPD

- Ne pas oublier
Anamnèse et E/P



APPROCHE DE BASE

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



Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-06W.pdf>

COMMUNICATION
DE BASE

Doit être personnalisée aux déficits cognitifs de la personne

Obtenir son attention

Éviter de la surprendre

Lui demander la permission

Adopter une attitude calme et souriante

Ralentir le débit verbal

Faire une seule demande à la fois

Utiliser des phrases courtes

Encourager la personne.



MISE EN SITUATION

- Mme Tremblay refuse de se laver depuis plusieurs jours. Elle a peur d'entrer dans la salle de bain car elle est convaincue qu'il y a une dame qui l'observe.
- Que faites-vous ?



ENVIRONNEMENT

Modifier l'environnement de façon à ce qu'il corresponde aux besoins de la personne.

Exemples :

- Ranger les médicaments en lieux sûrs
- Camoufler certains objets qui dérangent ex: miroirs
- Serrures aux portes
- Veilleuse
- Etc.

MISE EN SITUATION

- Manon la fille de Mme Durocher vous appelle. Elle ne sait pas quoi faire.
- Depuis une semaine sa mère menace le gestionnaire de la RPA et la traite de voleuse. Elle mentionne qu'elle lui a volé des cannettes de liqueurs.
- Que faites-vous ?

A stylized graphic of a human eye, rendered in white and black outlines against a solid blue background. The eye is looking towards the right. In the center of the eye's iris area, there is a dark gray oval containing the word "VALIDATION" in white, uppercase, sans-serif font.

VALIDATION

Consiste à identifier les émotions exprimées par la personne au moment de l'apparition d'un SCPD, à les reconnaître et à lui permettre de les exprimer.

MISE EN SITUATION

- Mme Daigle est atteinte de TNCM. Elle habite avec sa fille. Son ami de cœur l'a laissé tomber il y a 1 semaine.
- De puis elle demande sans cesse à aller le voir et tente de sortir de la maison.
- Que faites-vous ?



DIVERSION

Vise à détourner l'attention de la personne d'une situation qui provoque chez elle un sentiment d'inconfort ou de l'anxiété.

MISE EN SITUATION

- Mme Moreau 96 ans, atteinte de TNCM. Lorsque vous la rencontrez elle parle sans arrêt, vous ne saisissez pas tout ce qu'elle vous dit. Sa fille vous demande quoi faire dans ces cas là.
- Que lui suggérez-vous ?

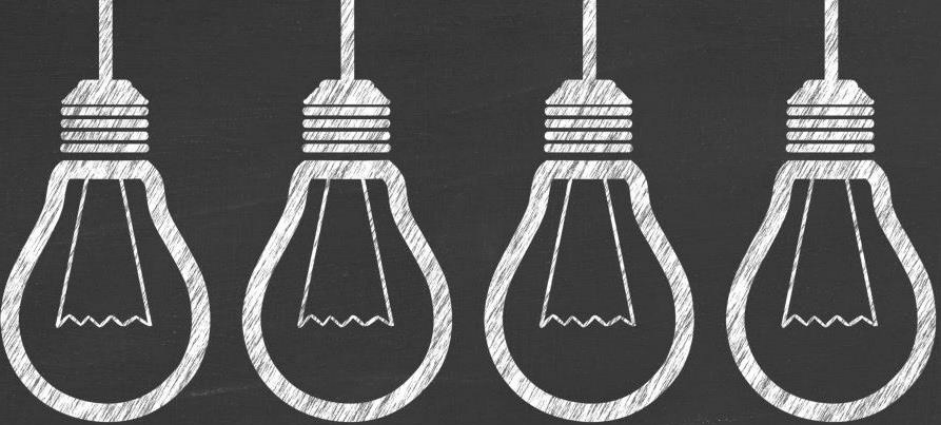


ÉCOUTE
ACTIVE
ADAPTÉE

Vise à favoriser les échanges en évitant la confrontation avec la personne et elle permet à cette dernière de s'exprimer et d'avoir une conversation plaisante

MISE EN SITUATION

- Monsieur Laroche, refuse de prendre sa médication depuis quelques semaines. Il dit toujours que ce n'est pas le moment.
- Sa fille vous interpelle car ne sait plus quoi faire.
- Que faites vous ?



STRATÉGIES
DÉCISIONNELLES



Consiste à offrir à la personne l'occasion de faire des choix dans la mesure de ses capacités.



LE TOUCHER

Peut permettre de créer des liens avec la personne et d'établir une relation de confiance ou encore de la réconforter lorsqu'elle vit des émotions négatives ou de l'isolement.



GESTION DU REFUS

Favorise une résolution respectueuse des situations où la personne offre une résistance verbale ou physique à une intervention.

RÔLES TRAVAILLEURS SOCIAUX

- Contribuer à l'histoire biographique
- Soutien aux familles, revoir l'approche
- Offrir du répit, services
- Participer élaboration PI au besoin



HISTOIRE BIOGRAPHIQUE

Permet de se familiariser avec l'histoire de la personne, ses habitudes et ses préférences.



À
CONSIDÉRER

Une considération dans la gestion des SCPD à domicile

- Ressources des proches
(compréhension, capacité d'adaptation,
moyens financiers)
- Du milieu si RPA (personnel,
formation, disponibilité)



ÉLÉMENTS DE
SURVEILLANCE
POUR LES
PROCHES

- Besoins émotionnels (anxiété, dépression, insomnie, isolement, fatigue, épuisement)
- Besoins instrumentaux (transport, épicerie, financier, entretien maison)
- Besoins informatifs (maladie, soins, médicaments, ressources, services)

CONSEILS
PRATIQUES
POUR LES
PROCHES

Éviter la confrontation

Réagir au contenu émotif du message même si on ne comprend pas

Éviter de vérifier si la personne se rappelle certaines choses

Faire preuve d'humour

Éviter de parler comme si elle n'était pas là

Lui laisser le temps de répondre

MISE EN SITUATION

Dame 96 ans en RPA

Sonne 2 fois la nuit pour demander l'heure car peur de ne pas se réveiller pour le déjeuner

Demande de l'infirmière RPA:
ajout sérax pour la nuit





RECADRAGE

Consiste à analyser une situation et à regarder le SCPD exprimé par la personne sous un angle nouveau en se demandant :

- En quoi le SCPD est-il réellement dérangeant?
- Quelles en sont les conséquences négatives réelles?
- Qui en souffre réellement le plus?
- Une intervention est-elle réellement nécessaire?



RECADRAGE (SUITE)

- Cible le personnel ou l'aidant, pas le patient.
- Se demander si le comportement entraîne un risque pour la personne ou autrui.
- Si pas de détresse ou dangerosité, travailler les perceptions et le malaise des proches / soignants.

ÉVALUATION MÉDICALE ET SCPD

Après évaluation infirmière et essai de stratégies, si échec

Diagnostics différentiels

Delirium et ses causes

Maladies psychiatriques

Dépression majeure / Trouble anxieux généralisé

Troubles de l'humeur / Troubles de la personnalité

Schizophrénie

Maladies physiques

Douleur

Médication

Abus substance

PARFOIS UN EXAMEN PHYSIQUE SUFFIT...

- Mme Roger 89 ans

Depuis environ 4-5 mois, elle est impatiente, insulte les gens, frappe. Elle se plaint inconfort région génitale.

Elle a été traitée pour des cystites sans succès. Finalement, à l'examen physique elle présentait un lichen scléreux vulvaire et quand on la questionne elle dit que ça lui "gratte tellement qu'elle se l'arracherait".

Le lichen a été traité et Mme est plus calme et collaborante !

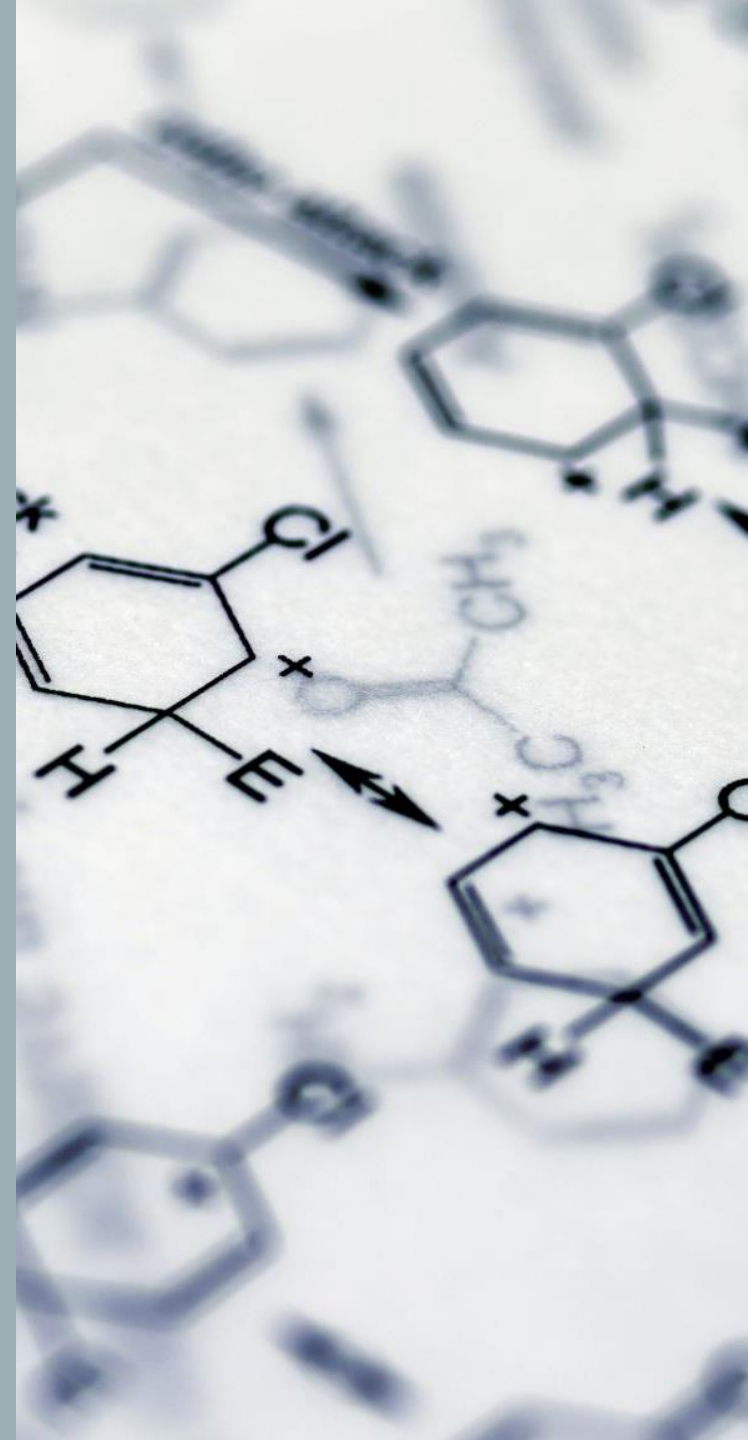
BILAN DE BASE

- FSC
- Ions
- Urée/Créatinine
- Fonction hépatique
- TSH
- Vit B12
- Ca⁺ / Mg⁺/ P
- SMU / DCA



APPROCHE PHARMACOLOGIQUE

Quelle est la place des antipsychotiques
et benzodiazépines ?



APPROCHE
PHARMACOLOGIQUE

S'assurer qu'il n'y a pas de
condition médicale sous-jacente

Tenter d'abord une approche non
pharmacologique appropriée

On s'assure que la médication est
indiquée

On combine **TOUJOURS**
approche non pharmacologie avec
l'approche pharmacologique



LA MÉDICATION EFFICACE OU NON EN SCPD

- Agitation
- Anxiété
- Apathie
- Comportements sexuels inappropriés
- Dépression
- Psychose
- Troubles du sommeil



ANTIPSYCHOTIQUES

Indiqué pour agitation, psychose si détresse psychologique sévère, danger pour elle-même ou autrui

- On favorise les atypiques
- On réévalue 1 mois plus tard
- Après 3 mois si stable on tente le sevrage

- Importance d'obtenir le consentement du patient ou de ses proches



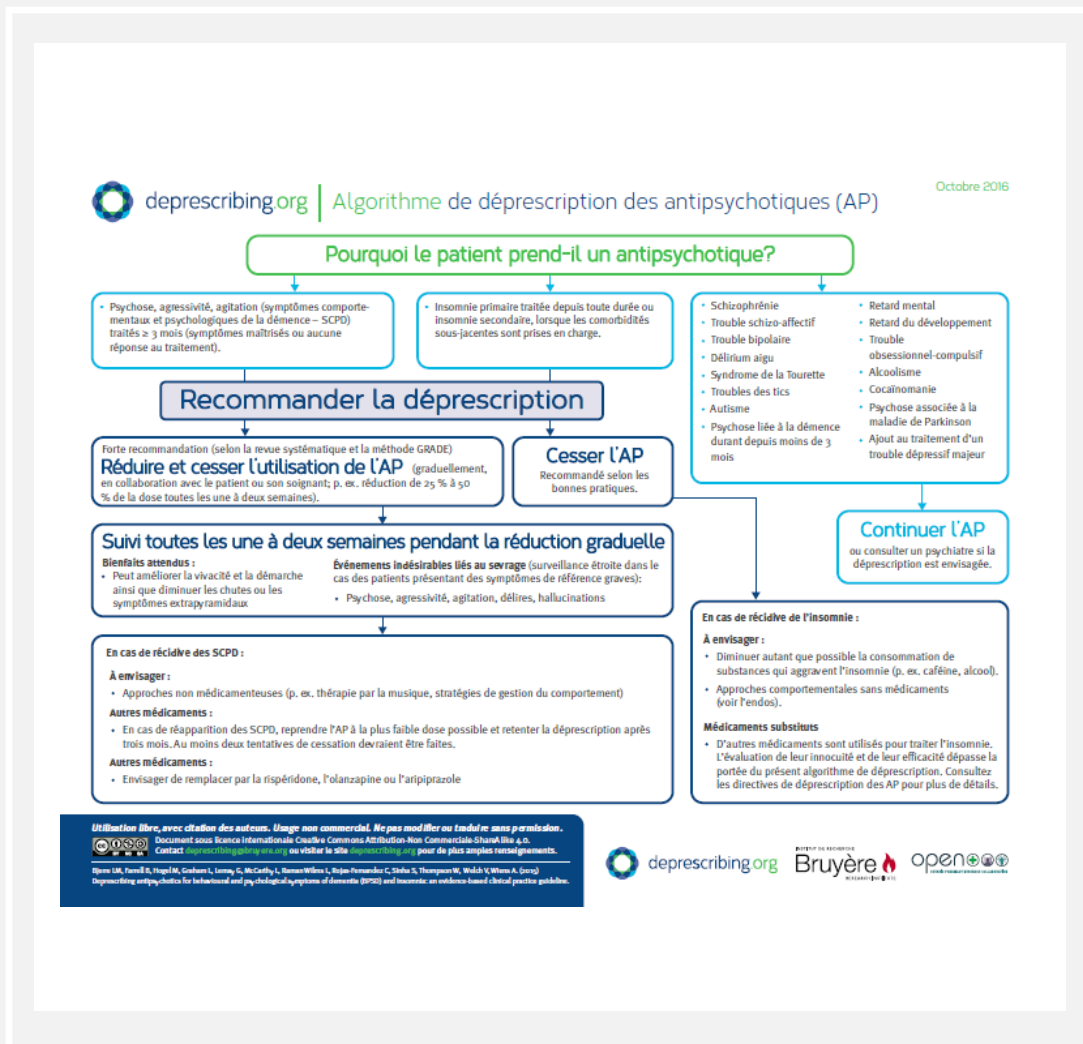
ANTIPSYCHOTIQUES
(SUITE)

Effets secondaires

- Symptômes extrapyramidaux
- Déclin cognitif
- HTO
- Chute/tr.mobilité

DÉPRESCRIPTION

- Récupéré de <https://deprescribing.org/>





BENZODIAZÉPINES

Indiquées pour trouble du sommeil à court terme (< 30 jours, idéalement <2 sem)

- On choisit courte action avec métabolisme sécuritaire

BENZODIAZÉPINES
(SUITE)

Effets secondaires

- Chutes
- Ataxie
- Altération état de conscience
- Déclin cognitif

ANTIDÉPRESSEURS

- Utiles pour symptômes anxiodépressifs



QUESTIONS

RÉFÉRENCES

Bjerre, LM., Farrell, B., Hogel, M., Graham, L., Lemay, G., McCarthy, L. & All (2016). *Algorithme de déprescription des antipsychotiques*. Récupéré à : <https://deprescribing.org/fr/>

Gerlach, L. B. et Kales, H. C. (2018). «Managing behavioral and psychological symptoms of dementia». *Psychiatric Clinics*, 41(1), 127-139.

Halter, J. B., Ouslander, J.G., Studenski, S., P.High, K., Asthana, S., Supiano, M. A., Ritchie C. (2017). *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology* (7^e ed.). New-York : McGraw-Hill Education Medical.

International Psychogeriatric Association (IPA). (2012). *The IPA Complete Guide to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Specialists Guide*, Northfield (IL), IPA

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2017). *Fiche d'accompagnement en soutien aux outils de déprescription et d'usage approprié des antipsychotiques chez les personnes qui ont des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et qui résident en CHSLD*. Récupéré à : <https://www.inesss.qc.ca/nc/publications/publications/publication/usage-optimal-des-antipsychotiques-et-la-prise-en-charge-non-pharmacologique-des-symptomes-comportem.html>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2017). *Usage approprié des antipsychotiques chez les personnes qui ont des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et qui résident en CHSLD*. Récupéré à : <https://www.inesss.qc.ca/nc/publications/publications/publication/usage-optimal-des-antipsychotiques-et-la-prise-en-charge-non-pharmacologique-des-symptomes-comportem.html>

Lignes directrices de pratique clinique canadiennes sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) (2024) récupéré de https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/05/DIGITAL_CCSMH_BPSD-Clinical-Guidelines_May2024_FR.pdf

RÉFÉRENCES

Lussier et Massoud (2022) Précis de gériatrie Arcand et Hébert. 4e éd. EDISEM

Ministère de la santé et des services sociaux (2014). *Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Récupéré à :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001082/>

Voyer, P.(2017). *Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Notions avancées*. Formation offerte par le CEVQ, reçu à Québec, Québec.

Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie(2^e ed.)*. Québec, Canada: Éditions du nouveau pédagogique inc

Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, Nincic V, Khan PA, Ghassemi M, et al (2020). Safety of pharmacologic interventions for neuropsychiatric symptoms in dementia: a systematic review and network meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2020 Jun 16;20(1):212. doi: 10.1186/s12877-020-01607-7.. <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-020-01607-7>