

Le présent document est fourni à titre indicatif et ne remplace pas l'utilisation d'autres définitions plus détaillées. Ces définitions ont été élaborées en collaboration avec des cliniciens et des experts québécois. Pour plus de détails ou pour accéder aux outils de déprescription et d'usage approprié des antipsychotiques, consulter [iness.qc.ca](https://iness.qc.ca).

**Les troubles neurocognitifs (TNC) majeurs**, auparavant appelés *démence*, se caractérisent par un déclin cognitif, marqué par rapport au niveau antérieur de fonctionnement, qui compromet l'autonomie de la personne au quotidien. Les principaux sous-types de TNC majeurs sont le TNC dû à la maladie d'Alzheimer, le TNC frontotemporal, le TNC avec corps de Lewy, le TNC vasculaire et TNC dû à la maladie de Parkinson.

Au-delà des besoins de base, les personnes qui ont des TNC majeurs et qui présentent un bas niveau de fonctionnement cognitif ont parfois des besoins en contacts sociaux qu'elles n'arrivent pas toujours à exprimer.

Adapté de : [American Psychiatric Association, 2013]

**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 qui apparaissent fréquemment chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs. Parmi ces troubles, on trouve notamment les hallucinations, les illusions, les idées délirantes, l'anxiété et la dépression ou encore l'errance, l'agitation verbale et motrice, les comportements agressifs ou la résistance aux soins. Les SCPD occasionnent généralement un grand sentiment d'inconfort chez la personne qui les vit et ils constituent une source d'incompréhension et de détresse pour les proches et les intervenants. Une personne peut présenter plusieurs SCPD (p. ex. désorganisation de la pensée et insomnie) qui se manifesteront en même temps ou à des moments différents.

Adapté de : [Finkel et Burns, 1999]

**L'approche de base** consiste à adapter les stratégies de communication verbale et non verbale, l'environnement physique ou social et le rythme des soins aux besoins et déficits cognitifs d'une personne qui présente un trouble neurocognitif majeur (TNC). Cette approche inclut notamment les principes de communication de base et des stratégies telles que la validation, la diversion, l'écoute active adaptée, la stratégie décisionnelle, le toucher et la gestion du refus.

Pour mieux comprendre certaines stratégies propres à l'approche de base :

- **Les principes de communication de base** adaptés aux déficits cognitifs de la personne visent à favoriser la collaboration et l'établissement ou le maintien d'une relation harmonieuse (p. ex. obtenir l'attention de la personne avant de lui parler, éviter de la surprendre, lui demander la permission, avoir une attitude calme et souriante, ralentir le débit verbal, faire une seule demande à la fois, utiliser des phrases courtes et encourager la personne).
- **L'adaptation de l'environnement physique** vise à modifier (ajouter, déplacer ou retirer) un élément de l'environnement immédiat de façon qu'il corresponde aux besoins de la personne (p. ex. diminuer le son du téléviseur ou adapter la luminosité).
- **La validation** consiste à identifier les émotions exprimées par la personne au moment de l'apparition d'un symptôme comportemental et psychologique de la démence (SCPD), à les reconnaître et à lui permettre de les exprimer. Cette stratégie vise à rejoindre la réalité de la personne et la rassurer (p. ex. une personne se présente souvent au poste de garde pour dire qu'elle ne veut pas manquer son train. Vous pourriez lui dire : *Ne vous inquiétez pas, votre train passera dans 2 heures. Nous irons vous chercher, on ne vous oublie pas.*).
- **La diversion** cherche à détourner l'attention de la personne d'une situation qui provoque chez elle un sentiment d'inconfort ou de l'anxiété. Cette stratégie redirige son attention vers un élément positif lié à son histoire personnelle (p. ex. pointer une photographie en disant : *Cette photo montre bien à quel point votre fille est jolie.*). La diversion repose sur la conversation ou diverses actions. Utiliser un objet tangible augmente généralement l'impact de la diversion.
- **L'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. L'écoute active adaptée se concentre sur la forme plutôt que sur le contenu du dialogue (p. ex. chaque fois que la personne cesse de parler, pour l'encourager à continuer de s'exprimer, vous pourriez lui dire : *Vous m'en direz tant!, Je suis bien d'accord avec vous!*).

- **La stratégie décisionnelle** consiste à offrir à la personne l'occasion de faire des choix dans la mesure de ses possibilités (p. ex. *voulez-vous porter la robe bleue ou la verte ?*).
- **Le toucher** peut permettre de créer des liens avec la personne et d'établir une relation de confiance ou encore de la reconforter lorsqu'elle vit des émotions négatives ou de l'isolement. Il peut constituer un des seuls moyens d'entrer en communication avec certaines personnes lorsque le déficit cognitif est grave.
- **La gestion du refus** favorise une résolution respectueuse des situations où la personne offre une résistance verbale ou physique à une intervention. Différentes stratégies peuvent être utilisées pour faciliter l'acceptation de l'intervention par la personne (p. ex. changer la formulation de la demande, faire des pauses, changer d'intervenant). La gestion du refus exige souvent une discussion en équipe avant de sélectionner une solution optimale.

L'approche de base demande aux intervenants, à la famille et aux proches aidants de s'adapter aux déficits cognitifs et aux besoins de la personne qui a un TNC majeur. Dans leurs interactions avec elle, et dans le but de surmonter une situation qui pourrait devenir problématique, ils adaptent leur façon d'être et de faire pour stimuler son ouverture, sa collaboration et toutes ses ressources personnelles. Dans leurs interactions et la dispensation des soins, les intervenants tiennent compte des valeurs, préférences, croyances, besoins et capacités de la personne. En réalité, les intervenants et les proches tentent de saisir toutes les occasions d'interactions pour en faire des moments significatifs.

Sources : [www.capsulescpd.ca](http://www.capsulescpd.ca), [www.oiiq.org](http://www.oiiq.org), [Voyer et al., 2009], [Bourque et Voyer, 2013], [Voyer et al., 2013], [Voyer, 2017]

**Le recadrage** consiste à analyser une situation et à regarder le symptôme comportemental et psychologique de la démence (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 (la personne ou son entourage) ?
- et, une intervention est-elle *réellement* nécessaire ?

Dans le cas où le SCPD exprimé peut être recadré de façon à ne plus être perçu comme un problème par les intervenants, la famille, les proches aidants et les autres résidents, aucune intervention n'est alors nécessaire. Dans le cas contraire, des interventions non pharmacologiques individualisées sont envisagées afin de prendre en charge le SCPD exprimé.

Le recadrage nécessite de la part des intervenants, de la famille et des proches aidants qu'ils modifient la vision qu'ils portent sur le SCPD exprimé (p. ex. *le voir tirer la langue est tolérable, finalement...*).

Cette modification de la perception quant au SCPD exprimé peut requérir de l'entourage qu'il revoie ses attentes, par exemple quant au respect des conventions sociales.

Sources : [www.capsulescpd.ca](http://www.capsulescpd.ca), [Voyer et al., 2009], [Bourque et Voyer, 2013], [Voyer, 2017]

**Les interventions non pharmacologiques individualisées** ont pour objectif de favoriser la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) quand l'approche de base et le recadrage ne sont pas efficaces ou suffisants. Pour être individualisées, les interventions non pharmacologiques telles que la musicothérapie ou les thérapies comportementales doivent notamment tenir compte de l'histoire biographique, des valeurs, des préférences et des croyances de la personne qui présente le SCPD. Les interventions non pharmacologiques individualisées prennent également en considération les causes sous-jacentes, les besoins compromis, les capacités de la personne et les objectifs cliniques ciblés. La famille et les proches aidants peuvent être appelés à servir de guide dans le choix des interventions non pharmacologiques. Ces dernières peuvent favoriser la communication, l'interaction avec la personne et la compréhension de sa réalité. Enfin, elles peuvent viser la personne elle-même, le personnel, les proches ou l'environnement.

Le choix des interventions non pharmacologiques individualisées est fait à l'occasion de réunions interprofessionnelles et, si possible, en consultation avec la famille, les proches aidants ou le représentant légal de la personne qui présente le SCPD. Elles nécessitent d'être individualisées en fonction de la personne, des causes du ou des SCPD et des objectifs visés (diminution et prévention des SCPD, amélioration ou maintien de la qualité de vie, maintien de la personne dans une zone de confort, etc.). Plusieurs interventions non pharmacologiques individualisées peuvent être nécessaires et réalisées conjointement (p. ex. musicothérapie et jardinage). Certaines auront un effet immédiat sur les SCPD alors que d'autres pourront avoir une portée préventive contre la récurrence de ces symptômes.

#### RÉFÉRENCES :

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®) : American Psychiatric Pub; 2013.
- Bourque M et Voyer P. La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Dans : Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie (2ème édition). Saint-Laurent : ERPI; 2013 : 451-78.
- Finkel SI et Burns A. BPSD Consensus Statement. 1999.
- Voyer P. L'examen clinique de l'aîné, 2ème édition. Saint-Laurent : ERPI; 2017.
- Voyer P, Danjou C, Nkogho Mengue PG. Les démences. Dans : Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie (2ème édition). Saint-Laurent : ERPI; 2013 : 51-82.
- Voyer P, Gagnon C, Germain J. Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : Aide-mémoire à la prise de décision. Québec : Regroupement des médecins oeuvrant en gériatrie dans la région 03; 2009.