



## PROCEDURE DE DEPISTAGE ET DE PRISE EN CHARGE DES SYMPTÔMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX DE LA DEMENCE

Nb de pages : 17

Date de création

06 / 02 / 2014

Rédaction :  
*Dr Robert ABADIE*

Vérification :  
*Dr Thierry VOISIN*

Validation :  
*Groupe FMC Gériatrie & Médecin-Co 31*

Référence :  
HAS, NPI

Date d'application

Version  
**PROC / 01 / V1**

Dates de révision

## 1- CARACTERISTIQUE COMMUNES AUX SYMPTÔMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX DE LA DEMENCE

Ils sont définis comme : « **les signes et les symptômes des troubles de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement, observés avec une grande fréquence chez les patients déments** »

Il s'agit de comportements, d'attitudes ou d'expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui, qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées.

**Ce sont des symptômes variés dans leur nature mais qui ont des caractéristiques communes :**

- Ils sont **fréquents** au cours de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées ;
- Ils peuvent signaler **une rupture par rapport au fonctionnement antérieur** du patient ;
- Ils sont **souvent fluctuants** en intensité ou dans le temps ;
- Ils sont interdépendants, **souvent associés** ;
- Ils peuvent être précédés par des changements minimes de comportement.

**Ils peuvent avoir des conséquences importantes en termes de :**

- Qualité de vie et adaptation des patients à leur environnement ;
- Qualité de la prise en charge, **exposant au risque de maltraitance** ou de négligence ;
- Pronostic fonctionnel de la maladie ;
- **Prescriptions médicamenteuses inappropriées** ;
- Risque accru **d'hospitalisation** ;
- Qualité de vie et état de santé physique et psychique des aidants (**Retentissement sur les aidants**).

## 2- DEFINITION DES PRINCIPAUX SYMPTÔMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX DE LA DEMENCE

### 2.1- Les symptômes psychotiques

- **Idées délirantes** : Perceptions ou jugements erronés de la réalité, **non critiqués par le sujet**. Les thèmes les plus fréquents sont la persécution (vol, préjudice), la non-identification (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie.  
« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse. »
- **Hallucinations** : Perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles. Elles sont le plus souvent visuelles.  
« Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? »

## 2.2- Les symptômes d'hyper activité

- **Agitation / Agressivité :** Comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié. Comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient.  
« Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »
- **Exaltation de l'humeur / Euphorie :** « Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Il s'agit de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »
- **Désinhibition :** Comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales: remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant.  
« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Fait-il/elle des choses qui sont embarrassantes pour vous ou pour les autres ? »
- **Irritabilité / Instabilité de l'humeur :** « Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? »
- **Comportements moteurs aberrants :** Activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié : déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.  
« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ou enrouler de la ficelle ou du fil ? »

## 2.3- Les symptômes psycho-affectifs

- **Dépression / Dysphorie :** Elle se caractérise par une humeur triste, durable et/ou une perte d'élan, de l'intérêt et du plaisir pour la plupart des activités, un pessimisme et parfois des idées suicidaires.  
« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? »
- **Anxiété :** Elle se caractérise par une peur sans motif apparent.  
« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

## 2.4- Les symptômes déficitaires

- **Apathie / Indifférence :** Trouble de la motivation qui se caractérise par un épuisement affectif, une perte d'initiative et une perte d'intérêt. Manque de ressenti émotionnel rapporté par le sujet ou son entourage. Trouble comportemental le plus fréquent dans la maladie d'Alzheimer.  
« Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ? »

## 2.5- Les symptômes neuro-végétatifs

- **Troubles du rythme veille/sommeil :** Troubles de la durée, de la qualité du sommeil, mais aussi par une inversion du cycle nyctéméral, dépassant le cadre polyphasique du sommeil physiologique de la personne âgée.  
« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou déränge le sommeil des proches ? »

- **Troubles de l'appétit** : Ils ont fréquemment un retentissement sur le poids. Ils peuvent traduire un changement dans les habitudes et/ou les préférences alimentaires. Il s'accompagne d'une perte d'autonomie pour la prise des repas.  
« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

## 2.6- Les autres symptômes non inventoriés dans le NPI

- **Opposition** : Attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité.
- **Cris** : Vocalisations compréhensibles ou non, de forte intensité et répétitives.

**Tableau 1. Types de symptômes**

<b>Opposition</b>	Attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité.
<b>Agitation</b>	Comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié.
<b>Agressivité</b>	Comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient.
<b>Comportements moteurs aberrants</b>	Activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié : déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.
<b>Désinhibition</b>	Comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales : remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant.
<b>Cris</b>	Vocalisations compréhensibles ou non, de forte intensité et répétitives.
<b>Idées délirantes</b>	Perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet. Les thèmes les plus fréquents sont la persécution (vol, préjudice), la non-identification (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie.
<b>Hallucinations</b>	Perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles. Elles sont le plus souvent visuelles.
<b>Troubles du rythme veille/sommeil</b>	Troubles de la durée, de la qualité du sommeil, mais aussi par une inversion du cycle nyctéméral, dépassant le cadre polyphasique du sommeil physiologique de la personne âgée.

Réf : HAS 2009

### 3- ORGANISATION INSTITUTIONNELLE DU DEPISTAGE DE L'ÉVALUATION ET DE LA PRISE EN CHARGE DES SPCD

#### a- Le repérage des SPCD.

- ✚ Nécessite **une formation spécifique** de l'ensemble du personnel pour identifier les SPCD
- ✚ L'identification d'un SPCD doit faire l'objet d'une **transmission ciblée** et d'une **information du médecin traitant**.

#### b- L'évaluation du (des) trouble(s) et sa (leurs) caractérisation(s).

##### Avant l'arrivée du résident et à son admission dans l'EHPAD:

- ✚ Il convient d'identifier correctement la pathologie démentielle et son association à des symptômes psycho-comportementaux.
- ✚ Il est indispensable d'évaluer la capacité de l'EHPAD à gérer la présence des symptômes perturbateurs (Secteur Protégé, PASA, UHR).

##### Pendant la période d'hébergement

Il convient de réaliser un NPI-ES :

- ✚ A la demande après signalement d'un SPCD.
- ✚ Périodiquement notamment pour les patients hébergés en Secteur Protégé, PASA ou UHR et à l'occasion du Projet Personnalisé.

NOTE : **En cas de modification brutale du comportement il convient de réaliser une CAM à la recherche d'une confusion mentale.**

#### c- La prise en charge en EHPAD

##### • Rôle du médecin traitant

- ✚ Confirmer et prendre en charge le **bilan étiologique d'un éventuel syndrome confusionnel ou de la décompensation comportementale**.
- ✚ **Confirmer la présence du SPCD** et le situer dans le contexte du type de la pathologie démentielle.
- ✚ **Mettre en route un traitement médicamenteux** du SPCD après échec des autres tentatives de prise en charge non médicamenteuse des troubles.
- ✚ **Réévaluer périodiquement et sur le court terme** la nécessité ou non de poursuivre le traitement mis en place notamment en ce qui concerne les neuroleptiques.
- ✚ **En cas d'échec** de la prise en charge des SPCD, **demandeur un avis spécialisé** soit par consultation (gériatre, neurologue ou psychiatre) éventuellement par télémedecine soit en demandant une hospitalisation (Unité adaptée : Unité Cognitivo-Comportementale, Unité de Psychogériatrie, Court séjour gériatrique, ...).

##### • Rôle du psychologue

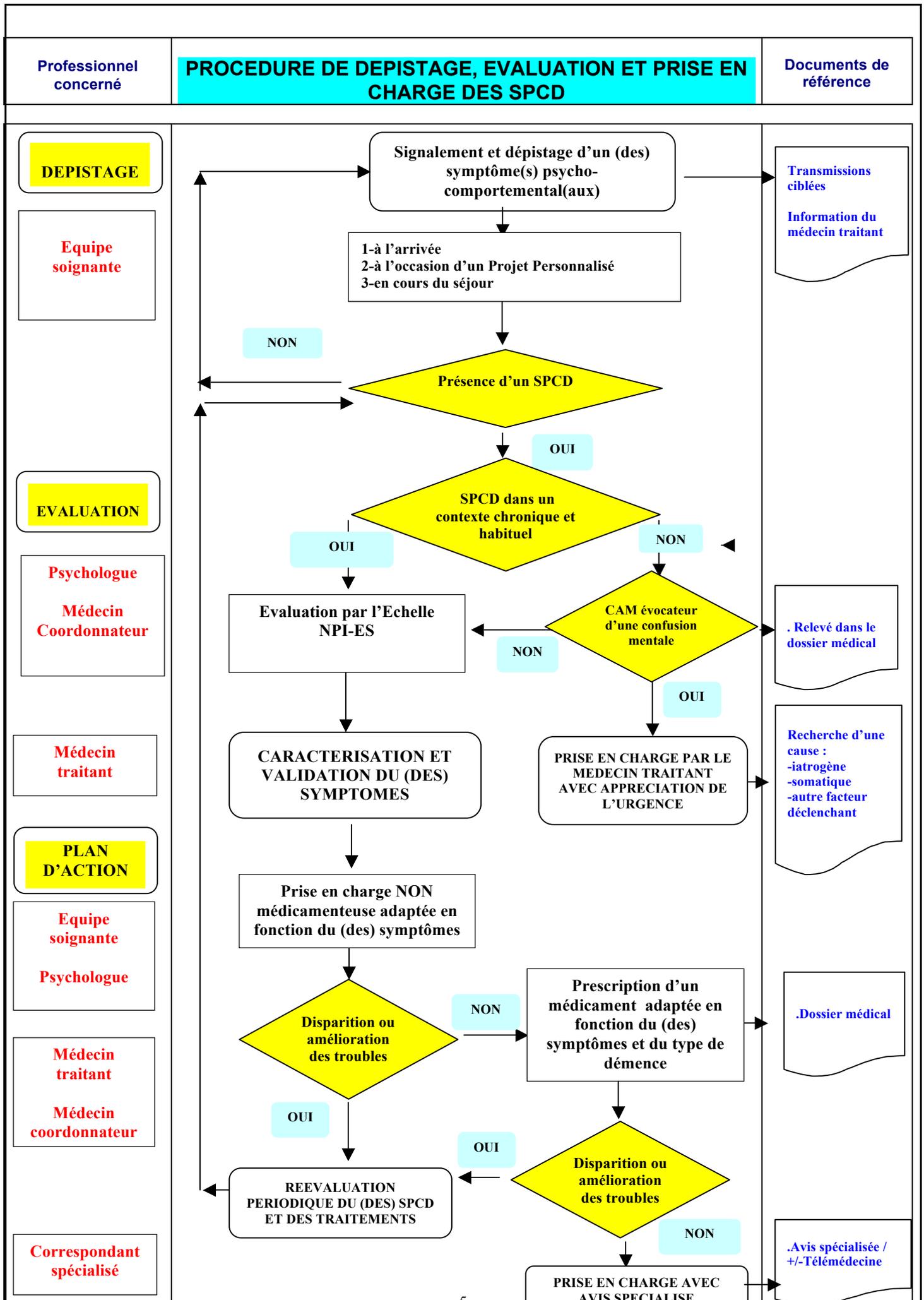
- ✚ **Réaliser les tests d'évaluation** par l'échelle NPI-ES et l'échelle de la CAM.
- ✚ **Participer à la formation du personnel** à la prise en charge non médicamenteuse des SPCD.
- ✚ Réaliser des entretiens personnalisés en fonction des troubles (anxiété, dépression...).

##### • Rôle de l'équipe

- ✚ **Participer au dépistage** des SPCD.
- ✚ Identifier et signaler toute modification récente du comportement habituel du résident.
- ✚ Prévenir l'apparition des SPCD en adoptant un comportement et une communication adaptés.
- ✚ **Participer à la prise en charge non médicamenteuse** des SPCD en ayant des actions adaptées en fonction du trouble.

##### • Rôle du médecin coordonnateur

- ✚ Mettre en place une procédure de dépistage et de prise en charge des SPCD.
- ✚ Réaliser des formations spécifiques à la l'identification des SPCD et leur prise en charge spécifique.
- ✚ Repérer les éventuelles causes iatrogéniques des SPCD.
- ✚ Faciliter le recours du médecin traitant aux unités spécialisées et/ou de la Télémedecine.
- ✚ Communiquer au médecin traitant les différents éléments afin d'optimiser la prise en charge du résident.



## ANNEXE-1- Attitudes comportementales préconisées vis-à-vis d'une personne présentant une démence.

- ✚ Le soignant doit **toujours frapper à la porte de la chambre** d'un résident avant d'entrer.
  - Si le résident 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 le résident des raisons de sa visite. Une invasion trop rapide de l'espace personnel est un facteur reconnu pour favoriser les SPCD.
- ✚ L'intervenant **s'abstient d'utiliser des propos infantilisants** et s'assure d'appeler le résident par son nom de famille à moins d'indication contraire de ce dernier. Le vouvoiement est la règle générale sauf exception contraire après décision d'équipe en accord avec la famille.
- ✚ **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 le résident 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 au résident 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 le résident 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, le résident 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 signaler la situation par une transmission.
- ✚ Lors du refus du résident à acquiescer à la demande du soignant, il est aussi possible **qu'un simple changement de personne intervenant 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.

## ANNEXE-2- Stratégies d'intervention comportementale non spécifiques pour les soignants vis-à-vis des SPCD

- ✚ **Le recadrage** : consiste à regarder les SPCD 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'aide-soignant informe la personne âgée que le savon sent la vanille ou encore l'aide-soignant décrira le contenu du déjeuner et fera remarquer la texture d'un fruit.
  
- ✚ **La diversion** : 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.
  
- ✚ **La 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.

## ANNEXE-3- Classification des différents types d'intervention non pharmacologiques vis-à-vis des SPCD

### 1. Interventions visant la stimulation cognitive

Selon l'HAS, les capacités cognitives peuvent être stimulées lors d'une prise en **charge orthophonique**, mais également au travers d'autres approches.

#### - La psychothérapie

Elle est le plus souvent proposée au début de la maladie, **à un stade où les troubles cognitifs sont légers** et n'entravent pas le désir de coopérer du patient. En effet, l'aggravation des troubles complexifie la réalisation de cette intervention, même si elle reste réalisable.

Son objectif est de redonner confiance au patient tout en échangeant avec lui à propos de sa maladie, des changements qu'elle occasionne et des sentiments qu'il ressent.

Elle peut être réalisée par des psychologues, des psychothérapeutes ou des psychiatres. Ces derniers sont les seuls à pouvoir, le cas échéant, rédiger une prescription médicale.

#### - La revalidation cognitive

Il s'agit d'une méthode de rééducation neuropsychologique, consistant à **contourner les déficits cognitifs** du patient faisant obstacle à la réalisation d'une tâche, en **exploitant ses capacités cognitives résiduelles** (INSERM, 2007). Elle est essentiellement proposée **au stade léger de la maladie**. Les patients sont pris en charge individuellement par des professionnels qualifiés. Ces derniers sont le plus souvent des neuropsychologues, mais aussi des ergothérapeutes et des orthophonistes.

#### - La rééducation de l'orientation (Reality Orientation Therapy)

Cette approche a été initiée en 1958 aux États-Unis. On en distingue deux formes :

- La première, pendant laquelle les membres de l'équipe fournissent des informations immédiates sur le moment, le lieu, les personnes ou encore les événements aux patients et répondent à chacune de leurs questions, à l'occasion de toute interaction. Ils structurent l'environnement à l'aide d'indications pour aider la personne à se réorienter.
- La seconde, correspondant à des sessions intensives de rééducation, organisées quotidiennement, durant de trente minutes à une heure, auxquelles participent des groupes de trois à six patients.

Le bénéfice observé serait en partie expliqué par le renforcement de la communication, des contacts sociaux et de l'attention sur le comportement (ANAES, 2003).

#### - Thérapie par empathie (Validation Therapy)

Cette thérapie a été mise au point aux États-Unis en 1963. Elle est fondée sur **l'effort de compréhension des manifestations du patient et sur le principe de communication par la reconnaissance et le soutien** de ses sentiments, quelle qu'en soit la réalité. Le principe de base consiste à reconnaître les émotions que le patient essaie de faire passer et à les entériner, verbalement et non verbalement. Cette technique peut être appliquée individuellement et/ou en groupe. Les techniques spécifiques comprennent de nombreux aspects de communication non verbale surtout en phase avancée de la maladie (toucher, contact visuel, etc.). Elles utilisent aussi la musique, les rituels et les jeux de rôle (ANAES, 2003).

#### - L'évocation du passé (Reminiscence Therapy)

**L'évocation du passé, des souvenirs** est une méthode introduite depuis 1961. Son principal objectif est d'améliorer la communication et la socialisation des patients et de leur procurer du plaisir. Elle peut s'effectuer en utilisant des supports (photographies, objets, enregistrements, musique, généalogie, etc.) (ANAES, 2003).

### 2. Interventions visant la stimulation de l'activité motrice

La stimulation motrice aurait un effet bénéfique sur les capacités physiques, cognitives et également sur le comportement.

#### - L'ergothérapie

L'ergothérapeute est un partenaire important de l'orthophoniste. Les activités proposées par l'un et l'autre sont complémentaires dans le suivi d'une personne présentant des troubles praxiques, gnosiques et des troubles de la mémoire (dictionnaire d'orthophonie, 2004). Il aide à conserver ou à réapprendre les gestes de la vie quotidienne. Il observe le patient dans les activités de la vie courante, puis apporte les **aides techniques facilitant l'autonomie de la personne**. Il permet également au patient un maintien du contact par le biais de

travaux manuels (exemples : pâte à modeler, dessin, collage, cuisine...). Le toucher permet bien souvent de préserver une communication non-verbale avec l'entourage.

#### - La psychomotricité

Selon Manuila *et al.* (1970-1975), «la psychomotricité est l'étude de l'ensemble des fonctions motrices intégrées dans l'activité psychique et adaptées aux besoins de la vie relationnelle». Les axes de la prise en charge portent sur un travail du corps et de resocialisation, sur la concentration et l'attention, les sens, le repérage spatio-temporel et le plaisir (Szekely et Ouvrard, 2004).

#### - La kinésithérapie

La kinésithérapie permet de **retarder les conséquences de la dépendance et des handicaps** liés à la maladie en favorisant le maintien et l'amélioration de l'état physique du patient. L'objectif est de permettre au patient de conserver le plus longtemps possible le schéma corporel de la marche et éviter ainsi la grabatisation (Szekely et Ouvrard, 2004).

### 3- Interventions visant la stimulation des sens

Certaines interventions peuvent réduire les troubles du comportement lorsque ceux-ci apparaissent.

#### - La musicothérapie

Le fait d'entendre des airs de musique familiers peut aider le patient. Il peut ainsi se remémorer des souvenirs (Kamami, 2002). En effet, l'écoute de la musique stimule les régions cérébrales qui régissent l'attention, la mémoire, les fonctions motrices et les émotions. Selon Goddaer et Abraham (cités par Dorenlot, 2006), l'écoute de musique douce au cours des repas entraînerait une diminution des comportements d'agitation verbale et physique.

#### - L'aromathérapie

On observe une baisse des symptômes comportementaux, notamment l'agitation, après application d'huiles essentielles par massages. On ne sait toutefois pas si cet effet renvoie à la stimulation olfactive, tactile ou plus simplement à l'attention renforcée du personnel (Thorgrimsen et al. cités par Dorenlot, 2006). Dans une revue portant sur trois essais randomisés, Burns et al. (cités par Dorenlot, 2006) ont également montré un effet significatif de l'aromathérapie sur l'agitation.

#### - La luminothérapie

Selon l'HAS (2008), l'exposition à une lumière vive favoriserait l'amélioration des troubles du comportement.

#### - Stimulations multi-sensorielles de type Snoezelen

Ces interventions, alliant musique, stimulation tactile, visuelle et olfactive entraîneraient **une diminution de l'apathie** chez des patients atteints de démence. Toutefois, cet effet ne semble perdurer que sur la durée de l'intervention (Dorenlot, 2006).

### 4- L'humanité

C'est une méthode proposée par Ginest et Marescotti en 1995, basée sur les **concepts de bientraitance**. Elle permettrait de rapprocher le soignant et le patient, et d'accompagner ce dernier dans le respect et la tendresse. Il est pris en charge individuellement. Les mots sont choisis, le langage est doux et les soins s'effectuent avec tendresse, les yeux dans les yeux et sans lutte. Cette méthode apporterait de la sérénité aux malades et faciliterait leur autonomie.

# ANNEXE-4- Les stratégies d'intervention comportementale spécifique en cas de SPCD perturbateur

## 1- L'agitation verbale : Cris, demandes répétées

### CAUSES

- **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 ou excessive, absence de repères temporels et spatiaux, contentions physiques.
- **Interrelationnelles** : activités et communication non adaptées.

### PRISE EN CHARGE COMPORTEMENTALE

- **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'aîné 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'aîné 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'aîné 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'aîné remarquera l'attention dont il bénéficie, et le nombre de ses demandes devrait diminuer.
- **Musicothérapie**

## 2- L'Errance

### CAUSES

- **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.

### PRISE EN CHARGE COMPORTEMENTALE

- **Exercice physique**
- **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'aîné 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'aîné 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.

### 3- L'agressivité

#### CAUSES

- **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.

#### PRISE EN CHARGE COMPORTEMENTALE

- **Interventions complémentaires visant la douleur.**
- **Niveau de stimulation adapté** (voir *Errance*).
- **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'aîné 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* et la *méthode discontinue* 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 portative) et couvrant la totalité du spectre lumineux.

### 4- L'agitation motrice

#### CAUSES

- **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

#### PRISE EN CHARGE COMPORTEMENTALE

- **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**
- **Zoothérapie**
- **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 hautparleurs 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**

## 6- Les symptômes psychotiques : Idées délirantes, Hallucinations

PRISE EN CHARGE COMPORTEMENTAL EN ASSOCIATION OU NON A UN TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

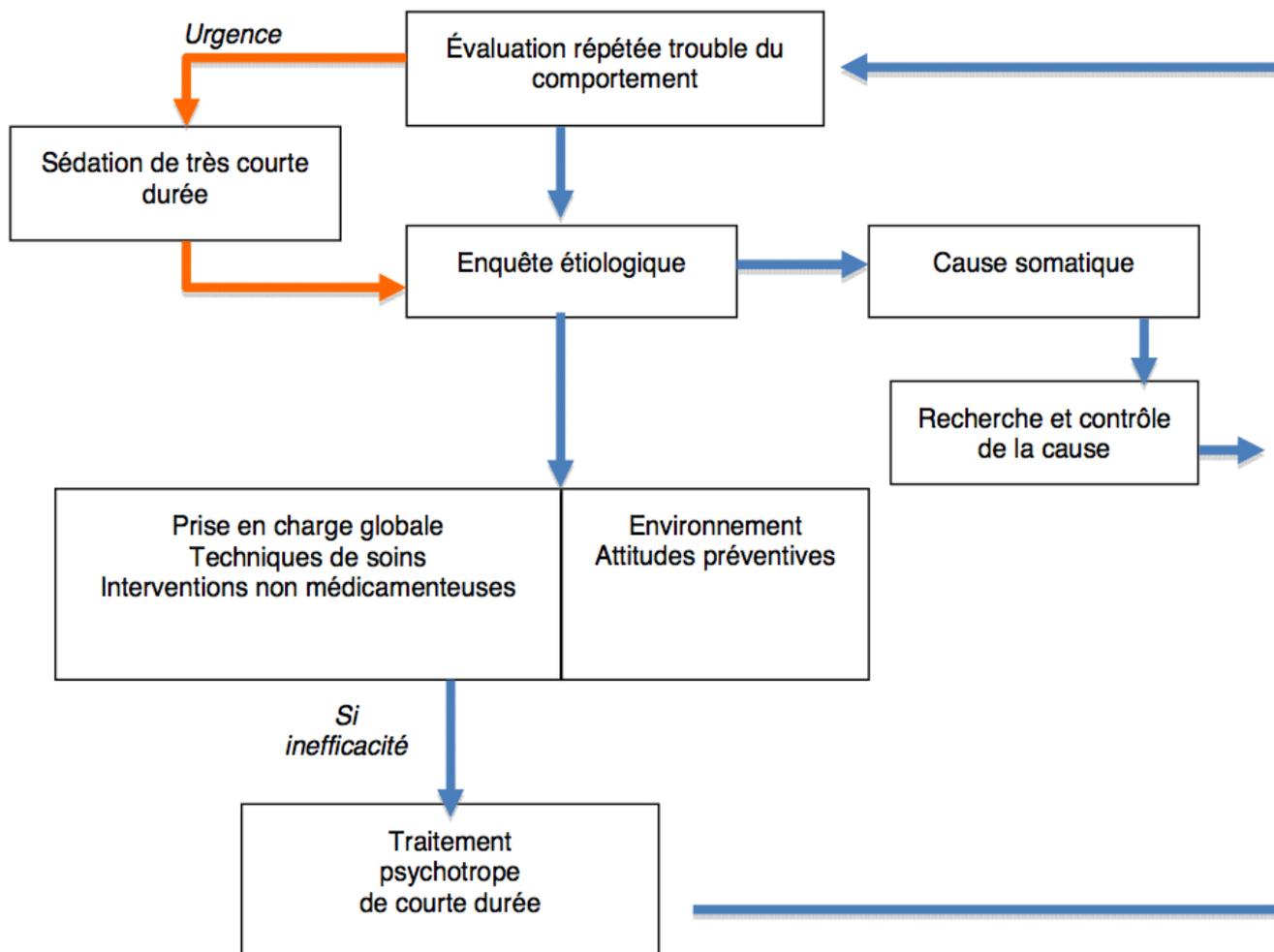
### CAUSES FREQUENTES

- **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.**
- **Diversions.**
- **Thérapie occupationnelle.**
- **Enrichir l'environnement physique** : intégrer des objets familiers.
- **Thérapie comportementale** (voir *Agressivité*).
- **Réminiscence** (voir *Agressivité*).

## ANNEXE-5- Les stratégies de prise en charge médicamenteuse des SPCD



Réf. HAS 2009

## ANNEXE-6- L'échelle CAM pour le dépistage de la confusion mentale

### Confusion Assessment Method (CAM)

Nom et Prénom Résident:

Date de la passation :

Identification Examineur :

#### Critère 1 *Début soudain et fluctuation des symptômes*

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

Oui

Non

#### Critère 2 *Inattention*

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

Oui

Non

#### Critère 3 *Désorganisation de la pensée*

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

Oui

Non

#### Critère 4 *Altération de l'état de conscience*

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

Oui

Non

#### Interprétation des résultats

La CAM comporte 4 critères. Pour porter le diagnostic de confusion, les deux premiers (« Début soudain » et « Inattention ») sont nécessaires de même que la présence d'au moins un des 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> critères (« Désorganisation de la pensée » et/ou « Altération de l'état de conscience »)

**Le diagnostic de l'état confusionnel aigu du CAM requiert la présence d'au moins 3 critères :**

**1) La présence des critères 1 et 2 obligatoirement**

**2) La présence d'un des critères 3 ou 4**

↪ Le résident présente-il un état confusionnel aigu ?

Oui

Non

#### Description

La CAM est sensible, spécifique, reproductible et facile à utiliser pour poser le diagnostic de confusion. Sa sensibilité et sa spécificité sont de plus de 90% même chez les patients ayant une altération cognitive.

#### Directives

Une CAM sera réalisée par les soignants les plus proches du résident. Le temps de passation est d'environ 10 minutes.

#### Références:

- Laplante J, Cole M, McCusker J, Singh S, Ouimet MA. Confusion assessment method : validation d'une version française. *Perspective Infirmière* 2005 ; 3 : 13-22.  
- Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990; 113: 941-8.

## DÉLIRES, HALLUCINATIONS

### À FAIRE

- 1 Indiquer au résident que nous n'entendons/voyons pas ce qu'il entend/voit, mais que nous le croyons.
- 2 Avoir des propos rassurants.
- 3 Essayer de changer de conversation, d'orienter le résident vers une autre idée.
- 4 Si le trouble déclenche la peur, intervenir pour assurer la protection du résident et de l'entourage.
- 5 Assurer une présence régulière.
- 6 Appeler le médecin.

### À NE PAS FAIRE

- 1 Paniquer.
- 2 Tenter de raisonner le résident.
- 3 Éviter l'infantilisation, ridiculiser.
- 4 Nier le délire.
- 5 Entretenir une conversation sur le délire.
- 6 Créer des situations complexes ambiguës.
- 7 Utiliser des moyens de contention.

## CRIS

### À FAIRE

- 1 Parler.
- 2 Capter le regard.
- 3 Tenir la main.
- 4 Créer une ambiance apaisante, de détente.
- 5 Proposer une collation ou une boisson.

### À NE PAS FAIRE

- 1 Crier plus fort que le résident (ne pas essayer de couvrir la voix du résident).
- 2 Générer une ambiance anxiogène (bruit, lumière...).
- 3 Minimiser la douleur.
- 4 Utiliser des moyens de contention.

## COMPORTEMENTS

**DANS TOUS LES CAS :** vérifier au préalable que l'apparition du trouble du comportement n'est pas la conséquence d'un trouble somatique ou d'une cause environnementale.

Relever les circonstances favorisant l'apparition d'un trouble du comportement. Connaître la personnalité antérieure du résident ainsi que son histoire.

L'agitation/agressivité est une situation d'urgence où toute autre affaire doit cesser.

### OPPOSITION - REFUS DE SOIN

#### À FAIRE

- 1 Être doux et adapter son comportement.
- 2 Essayer de décaler les soins autant que possible.
- 3 Être à l'écoute et prendre le temps de connaître la raison du refus.
- 4 Solliciter l'aide du patient, privilégier l'autonomie.
- 5 Demander à un autre membre du personnel d'assurer le soin.
- 6 Négocier afin d'assurer les soins prioritaires.

#### À NE PAS FAIRE

- 1 Infantiliser.
- 2 Faire la morale au résident.
- 3 Parler de façon autoritaire.
- 4 Réprimander.
- 5 Forcer le résident.
- 6 Utiliser des moyens de contention.

### COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

#### À FAIRE

- 1 Vérifier qu'il porte des chaussures convenables pour la marche.
- 2 Faciliter la déambulation du résident tout en veillant à assurer la sécurité générale et le bien-être des autres résidents.
- 3 Assurer une présence régulière auprès du résident.
- 4 Marcher avec le résident et le raccompagner à sa chambre, au salon.

#### À NE PAS FAIRE

- 1 Barrer la route, l'empêcher d'avancer.
- 2 Obliger à s'asseoir même pendant les repas.
- 3 Laisser des obstacles sur le passage (sol humide...).
- 4 Laisser les portes des locaux techniques ouvertes.
- 5 Laisser les portes permettant l'accès vers l'extérieur ouvertes.

### AGITATION

#### À FAIRE

- 1 Être doux.
- 2 Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson.
- 3 Être rassurant, sécurisant.
- 4 Essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée.
- 5 Faire diversion.
- 6 Proposer une activité ou une promenade.
- 7 Établir des routines quotidiennes.
- 8 Repérer les moments de fatigue et d'agacement.
- 9 Limiter le nombre et la durée des visites.
- 10 Assurer une présence permanente au moment du crépuscule.
- 11 Isoler le patient.

#### À NE PAS FAIRE

- 1 Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang froid).
- 2 Générer une ambiance anxiogène (bruit, lumière...).
- 3 Solliciter de façon incessante.
- 4 Utiliser des moyens de contention.

### AGRESSIVITÉ

#### À FAIRE

- 1 Être doux.
- 2 Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson.
- 3 Être rassurant, sécurisant.
- 4 Essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée.
- 5 Faire diversion.
- 6 Proposer une activité ou une promenade.
- 7 Proposer une collation ou une boisson.
- 8 Enlever les objets dangereux.
- 9 Assurer un périmètre de sécurité.
- 10 Demander de l'aide si besoin.
- 11 Isoler le patient.
- 12 Appeler le médecin.

#### À NE PAS FAIRE

- 1 Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang froid).
- 2 Générer une ambiance anxiogène (bruit, lumière...).
- 3 Se sentir blessé des propos tenus.
- 4 Montrer sa peur.
- 5 Infantiliser.
- 6 Adopter un ton supérieur ou autoritaire.
- 7 Tenter de raisonner le résident.
- 8 Faire des remarques humiliantes, mettre en échec.
- 9 Punir.
- 10 Utiliser des moyens de contention.

**TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE**  
de la maladie d'Alzheimer  
et des pathologies apparentées

**APPLICATION AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT EN EHPAD**

## ANIMATIONS FLASH

### RECOMMANDATIONS GENERALES

- Prévoir une boîte à multiples tiroirs de rangement. Un tiroir = une animation flash.
- Faire la liste des centres d'intérêt des résidents en les classant par ordre alphabétique (cf. histoires et habitudes de vie). Feuille à glisser dans le premier tiroir.

### LIEU

Chambre ou salle d'activité disponible (au calme).

### DUREE

15 minutes maximum déplacement compris.

### OBJECTIF

Faire chuter les troubles du comportement en moins de 15 mn.

#### A FAIRE

- Respecter.
- Entendre les émotions.
- Susciter.
- Faire parler...

#### A NE PAS FAIRE

- Imposer les animations.
- Mettre en échec les résidents.

Document élaboré à l'initiative de la Direction Générale de la Santé



MINISTRE DE LA SANTE  
MINISTRE DE LA JUSTICE  
MINISTRE DE LA CULTURE  
MINISTRE DE LA FAMILLE  
MINISTRE DE LA SOLIDARITE  
ET DU TERRITOIRE

Avec le soutien de



UNION EUROPEENNE  
LEADER  
FRANCE 2014-2020



CHU UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX  
CHU UNIVERSITAIRE DE LYON  
CHU UNIVERSITAIRE DE NANTES  
CHU UNIVERSITAIRE DE STRASBOURG

Mise en œuvre :

CHU UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX - FRANCIS  
EHPAD

**TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE**  
de la maladie d'Alzheimer  
et des pathologies apparentées

**APPLICATION AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT EN EHPAD**

## ANIMATIONS FLASH

### ACTUALITE

Matériel :

- Journal local du jour.

Description de l'activité :

- Inviter le résident à s'asseoir.
- Choisir un article en fonction des centres d'intérêt du résident.
- Lecture de l'article (quelques lignes).
- Faire associer des souvenirs.
- Quand le résident est apaisé, le raccompagner au salon, l'inviter à s'asseoir et proposer un magazine.

**TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE**  
de la maladie d'Alzheimer  
et des pathologies apparentées

**APPLICATION AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT EN EHPAD**

## ANIMATIONS FLASH

### MUSIQUE

Matériel :

- Lecteur CD portable, CD de musiques de style divers (ambiance, classique, d'époque...).

Description de l'activité :

- Inviter le résident à s'asseoir confortablement dans un fauteuil.
- Lui proposer de fermer les yeux et mettre un CD de musique douce (ambiance) pour commencer.
- Lui faire ensuite choisir un morceau qu'il apprécie.
- Engager une discussion sur les souvenirs se rapportant à cette musique.
- Quand le résident est apaisé, le raccompagner.

**TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE**  
de la maladie d'Alzheimer  
et des pathologies apparentées

**APPLICATION AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT EN EHPAD**

## ANIMATIONS FLASH

### ACTIVITE MANUELLE

Matériel :

- Pâte à modeler et emporte-pièce, feutres lavables et feuilles.

Description de l'activité :

- Inviter le résident à s'asseoir confortablement dans une chaise face à une table.
- S'asseoir face ou à côté de lui.
- Mettre à disposition le matériel.
- Commencer l'activité.
- Quand le résident est apaisé, le raccompagner.

**TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE**  
de la maladie d'Alzheimer  
et des pathologies apparentées

**APPLICATION AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT EN EHPAD**

## ANIMATIONS FLASH

### PHOTOS SOUVENIR

Matériel :

- 1 - Planches de photographies de stars, acteurs, hommes politiques, sportifs, intellectuels, artistes... des années 1920 à nos jours.
- 2 - Planches de photographies relatives à des monuments et des sites historiques, des publicités anciennes...

Description de l'activité :

- Inviter le résident à s'asseoir.
- Prendre l'album photo.
- Montrer les photos et demander au résident de nommer l'image.
- Faire associer des souvenirs.
- Quand le résident est apaisé, le raccompagner.

**TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE**  
de la maladie d'Alzheimer  
et des pathologies apparentées

**APPLICATION AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT EN EHPAD**

## ANIMATIONS FLASH

### BIEN-ÊTRE

Matériel :

- Lingettes rafraichissantes, crème hydratante et parfumée pour les mains.

Description de l'activité :

- Inviter le résident à s'asseoir confortablement dans un fauteuil.
- Passer la lingette délicatement sur les mains puis appliquer lentement la crème sur les mains par mouvements circulaires.
- Accompagner le massage par des paroles apaisantes et valorisantes.
- Quand le résident est apaisé, le raccompagner.

**A FAIRE**

S'installer assis face à la personne et capter son regard.

**A NE PAS FAIRE**

Massage sur le visage.

**TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE**  
de la maladie d'Alzheimer  
et des pathologies apparentées

**APPLICATION AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT EN EHPAD**

## ANIMATIONS FLASH

### PROMENADE

Matériel :

- Tenue vestimentaire adaptée à la saison (chapeau, parapluie...), chaussures adaptées à la marche.

Description de l'activité :

- Inviter le résident à faire une promenade en lui donnant le bras et en échangeant quelques mots.
- Quand le résident est apaisé, le raccompagner.

# SAVOIR-ÊTRE ET SAVOIR-FAIRE

pour limiter les troubles du comportement dans les moments forts de la journée.

## REVEIL / PETIT DEJEUNER

- Se présenter.
- Souhaiter une bonne journée.
- Respecter le rythme du patient autant que possible.
- Éviter d'être brutal et de parler fort.
- Ne pas générer une ambiance "d'urgence".

## TOILETTE

- Prévenir le patient que le moment de la toilette va arriver.
- Choisir le type de toilette adapté au résident.
- Lui demander son accord.
- Privilégier l'autonomie du patient.
- Éviter d'être intrusif.
- Assurer l'intimité de la personne (porte fermée...).
- Essayer de décaler les soins autant que possible en cas de refus.
- Être doux dans ses gestes et sa voix.
- Expliquer au résident ce qui va être fait au fur et à mesure.
- Négocier les soins.
- Discuter avec le résident pendant la toilette.

## REPAS

- Respecter le choix du patient de manger en groupe, seul ou dans sa chambre (quand cela est possible).
- Vérifier la température de la nourriture.
- Privilégier l'autonomie ou l'entraide entre les résidents en proposant un accompagnement en cas de besoin.
- Créer une ambiance calme.
- Éviter la brutalité dans les gestes.
- Donner des responsabilités au résident selon ses capacités (valorisation).
- Respecter le rythme du résident dans sa prise du repas.
- Connaître les goûts et dégoûts.
- S'asseoir à la même hauteur que le résident pour le faire manger.
- Nommer les plats.
- Ne présenter qu'un plat à la fois.
- Enchaîner les plats.
- Adapter la texture des aliments aux capacités du résident.
- Adapter les ustensiles et couverts aux capacités des résidents.

## VISITE

- Proposer un lieu calme pour les visites.
- Privilégier la communication entre soignants et familles.
- Donner des conseils aux visiteurs.
- Informer les visiteurs de l'importance de leur venue et des possibles conséquences.
- Annoncer la venue de quelqu'un au résident (si possible).
- Prendre le relai auprès du patient pendant quelques minutes après le départ du visiteur.

*Éviter les visites pendant les repas ou les moments intimes du résident.*

## COUCHER

- Générer une ambiance calme et rassurante avant le coucher.
- Favoriser les discussions pendant la mise au lit.
- Respecter l'heure d'endormissement de la personne.
- Adapter la qualité de la protection de manière à réduire le nombre de changes la nuit.
- Respecter l'heure de la prise du traitement.
- Ne pas réveiller systématiquement.

## NUIT

- Réduire le niveau sonore (appel sonore, nettoyage...).
- Orienter dans le temps.
- Rassurer, calmer par une voix douce.
- Utiliser le contact, le toucher.
- Veiller au calme des lieux.
- N'utiliser que les veilleuses lors des changes.