

DÉFICITS COGNITIFS / DÉMENCE

PROBLÈME

Environ 60 % des résidents présentent des signes et symptômes d'affaiblissement intellectuel. Des soins appropriés seront centrés sur l'amélioration de la qualité de vie, l'entretien des capacités fonctionnelles, la réduction des risques d'aggravation et la préservation de la dignité. Pour les résidents atteints de déficiences cognitives, un environnement thérapeutique est celui où l'on soutient la vie plutôt qu'on ne traite une maladie et où le personnel, diplômé ou non, est encouragé (et formé) à comprendre l'expérience de perte que vit le résident. L'équipe peut développer des plans de soins centrés sur trois objectifs principaux : permettre au résident de vivre des expériences positives ; définir pour chaque membre de l'équipe s'occupant du résident un rôle de soutien approprié ; fournir les éléments de base pour que la famille ait des attentes raisonnables concernant les capacités du résident.

SIGNAUX D'ALARME

Un problème de perte cognitive / démence est suggéré si deux ou plus des déficits suivants coexistent :

- Problème de mémoire à court terme [**B2a = 1**]
- Problème de mémoire à long terme [**B2b = 1**]
- Deux ou plus de deux problèmes de capacité de se souvenir [**B3a, B3b, B3c, B3d = moins de trois rubriques cochées**]
- Problème à prendre des décisions courantes [**B4 = 1, 2 ou 3**] - Problème pour comprendre autrui [**C5 = 1, 2 ou 3**]
- Diagnostic de maladie d'Alzheimer [**J1h = coché**] ; démence autre qu'Alzheimer [**J1i = coché**] ; troubles liés au développement mental [**ADMISSION [12b-f = 1 seul coché, quel qu'il soit]**, maladie de Parkinson [**J1m = coché**] ; ou aphasie [**J1j = coché**]

DIRECTIVES

Passez en revue les rubriques du MOS pour rechercher des liens possibles entre ces éléments et les pertes cognitives du résident et sa qualité de vie. Les signaux d'alarmes identifient les différents niveaux de pertes cognitives des résidents. Même pour ceux qui présentent le plus de déficiences, la démarche RAI cherche à identifier les domaines dans lesquels une intervention de l'équipe pourrait être utile. Référez-vous à la "clé de lecture du protocole" pour voir quelles sont

les rubriques spécifiques du MOS et les autres éléments à prendre en compte.

PROBLÈMES NEUROLOGIQUES

Signes et symptômes cognitifs fluctuants/status neurologique

La coexistence d'un état confusionnel aigu et d'une perte cognitive progressive peut conduire à une mauvaise interprétation de la nature des limitations chroniques du résident. Ce n'est que lorsque l'état confusionnel aigu et les problèmes de comportement auront été traités ou quand ce traitement sera jugé aussi efficace que possible, qu'on pourra mesurer exactement les déficits cognitifs chroniques.

Changement récents des signes/symptômes du processus de démentification

Identifier ces changements peut améliorer la sensibilité de l'équipe à la nature des limitations cognitives et fonctionnelles du résident. Cette connaissance peut aider l'équipe à développer des attentes raisonnables vis à vis des capacités du résident et à établir des programmes en vue d'amélioration la qualité de sa vie. Cette connaissance peut aussi encourager l'équipe à identifier les causes potentiellement réversibles de récentes pertes cognitives.

Retard de développement mental, maladie d'Alzheimer, et autres démences s'installant à l'âge adulte

Les diagnostics neurologiques les plus fréquents chez les résidents qui présentent une déficience cognitive sont la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire due à des AVC multiples. Mais les établissements accueillent un nombre croissant de résidents présentant un retard du développement mental, et beaucoup d'adultes souffrant d'un syndrome de Down (mongolisme) semblent développer une démence en vieillissant. Le diagnostic différentiel de ces affections peut être utile pour rappeler à l'équipe de quel type de capacités intellectuelles ces résidents disposent à plus ou moins long terme.

HUMEUR ET COMPORTEMENT

Les traitements spécifiques des troubles du comportement ainsi que le traitement de l'état confusionnel aigu peuvent minimiser ou même faire disparaître un problème de comportement. Pourtant, certains de ces problèmes sont irréversibles, et l'équipe devra être préparée (et encouragée) à apprendre à vivre avec les manifestations de ces troubles. Dans certaines situations, quand les problèmes/troubles de comportement persistent, l'équipe peut évaluer que le comportement ne représente pas de menace pour la sécurité, la santé ou le mode d'activité du résident et ne perturbe pas les autres résidents. À propos du résident qui présente un

affaiblissement intellectuel et un problème de comportement, vous pouvez vous poser les questions suivantes :

- Les facultés intellectuelles ont-elles diminué à la suite de la mise en oeuvre d'un programme de contrôle du comportement (p. ex. : médicaments psychotropes ou contention physique) ?
- L'altération est-elle due au traitement (p. ex. : toxicité du médicament ou réaction négative à l'usage des moyens de contention) ?
- Les facultés intellectuelles se sont-elles améliorées à la suite de la mise en oeuvre d'un programme de contrôle du comportement ?
- L'aide de l'équipe a-t-elle amélioré les modes de fonctionnement du résident ?

PROBLÈMES MÉDICAUX CONCOMITANTS

Problèmes majeurs.

L'état cognitif et la qualité de vie du résident peuvent être améliorés par l'identification et le traitement des problèmes de santé.

Un traitement efficace de l'insuffisance cardiaque, d'une broncho-pneumopathie chronique et de la constipation peut, par exemple, apporter une amélioration de l'état fonctionnel et intellectuel.

Le confort (le soulagement de la douleur) constitue l'objectif le plus important pour maîtriser les affections aiguës et chroniques des résidents qui présentent une déficience intellectuelle.

Les communications verbales du résident devraient être une source d'information (mais non la seule). Certains résidents seront incapables de définir précisément leur douleur.

LIMITES FONCTIONNELLES

Évolution des capacités fonctionnelles du résident

Les changements fonctionnels sont souvent les premiers signaux d'alarmes de l'affaiblissement intellectuel et supposent la nécessité d'en identifier les causes réversibles. Il est utile de vous poser les questions suivantes :

- Dans quelle mesure le résident est-il dépendant pour les déplacements, l'habillement et l'alimentation ? Le résident pourrait-il être plus indépendant ?
- L'état du résident se détériore-t-il (p. ex. : détérioration dans le domaine de la continence urinaire, des déplacements, de l'habillement, de la vision, du temps nécessaire aux AVQ ?). Dans quelle mesure le résident est-il dépendant pour les déplacements, l'habillement et l'alimentation ?

DÉFICIENCES SENSORIELLES

Difficultés de perception

Beaucoup de résidents affaiblis intellectuellement ont des difficultés à identifier de petits objets, à mettre en place une assiette pour manger ou à se mettre en position pour s'asseoir. De telles difficultés peuvent rendre le résident prudent et, à long terme, l'amener à cesser d'accomplir les activités quotidiennes.

Si les problèmes sont liés à la vision, des mesures correctives peuvent être efficaces. Malheureusement, beaucoup de résidents ont de la peine à indiquer que la source de leur problème est d'ordre visuel. Le dépistage d'éventuels troubles visuels peut ainsi souvent s'avérer utile pour les résidents atteints de pertes cognitives.

Capacité de communiquer.

Beaucoup d'individus souffrant de déficits intellectuels semblent incapables de communiquer raisonnablement.

Cependant des comportements apparemment incompréhensibles (p. ex. : cris, comportement agressif dans lesquels ces personnes s'installent peuvent représenter leur seul mode de communication. En observant le comportement et son mode d'apparition on arrive souvent à comprendre les besoins de la personne dément. Par exemple, les résidents qui sont attachés pour garantir leur sécurité peuvent devenir bruyants à cause d'un besoin urgent d'uriner ou d'aller à selle.

- Le résident est-il désireux/capable d'établir une communication sensée ?
- L'équipe utilise-t-elle des techniques de communication non verbale (par ex : le toucher, les gestes) pour encourager le résident à répondre ?

MÉDICAMENTS

Les médicaments psychotropes peuvent entraîner une altération des facultés intellectuelles. Si nécessaire, passez en revue la liste de ces médicaments. Utilisez la "clé de lecture du protocole".

PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS

Occasions d'activités indépendantes

L'équipe peut encourager les résidents à participer aux nombreuses occupations proposées et être attentive à ne pas avoir une attitude sur-protectrice envers eux. L'altération des capacités fonctionnelles dans un domaine n'implique pas la nécessité pour le personnel d'assumer toutes les responsabilités dans ce domaine et ne devrait pas être interprétée comme le signe d'un inévitable déclin dans les autres domaines. Passez en revue les informations du recueil de données pour les questions suivantes :

- Y a-t-il des facteurs qui suggèrent que le résident pourrait participer davantage à ses soins (p. ex. : circonstances dans lesquelles il pourrait être plus indépendant, désir d'être plus indépendant, capacité d'apprendre maintenue, conservation du contrôle du tronc, des membres et/ou des mains) ?
- Le résident pourrait-il participer d'avantage aux décisions touchant à sa vie quotidienne ?
- Le résident a-t-il conservé quelque capacité à prendre une décision ?
- Le résident est-il passif ?
- Le résident s'oppose-t-il aux soins ?
- Les activités sont-elles segmentées en tâches partielles qu'il peut exécuter ?

Degré d'implication dans les activités de la vie quotidienne

Des programmes centrés sur les aspects physiques de la vie du résident peuvent atténuer les symptômes perturbants liés à l'affaiblissement intellectuel de certains résidents.

Posez-vous les questions suivantes :

- Les résidents qui ont conservé des compétences intellectuelles et n'ont pas de problème majeur de comportement sont-ils associés à la vie de l'établissement et du monde environnant ?
- Pourraient-ils tirer bénéfice d'une modification de la manière de leur demander leur participation, ou d'un changement du cadre dans lequel ils accomplissent certaines tâches ?
- Encourage-t-on les activités en petit groupe ?
- Existe-t-il des stimuli (repères) particuliers dans l'environnement (p. ex. : fléchage, éclairage particulier) ?
- L'équipe assiste-t-elle régulièrement les résidents de manière à leur permettre de conserver leur plus haut niveau de capacité fonctionnelle (p. ex. : rappels verbaux, stimulation physique et supervision régulière pour aider le résident à accomplir les activités de la vie quotidienne, segmentation des tâches en donnant au résident suffisamment de temps pour répondre aux stimulations, dialogue agréable, encourageant) ?
- Le résident a-t-il subi une perte récente (p. ex. : décès du conjoint, changement du personnel directement impliqué dans les soins, admission récente dans l'établissement, espacement des visites de sa famille ou de ses amis) ?

EN L'ABSENCE DE RÉSULTATS.

L'affaiblissement intellectuel d'un résident peut atteindre un stade tel que les problèmes de santé et neurologiques cumulés comportent pour lui des risques de complications cliniques (p. ex. : escarres) et de décès.

À ce stade, l'équipe peut passer en revue les points suivants :

- Les facteurs émotionnels, sociaux et/ou environnementaux jouent-ils un rôle important ?
- Si le résident ne mange pas, cela est-il dû à un problème d'humeur réversible, à un problème de sa personnalité de base, à une réaction négative à l'environnement et à l'atmosphère des repas, ou à une déficience neurologique telle qu'un trouble de la déglutition ou l'impossibilité de coordonner les mouvements des mains ?
- Pourrait-on remédier à un problème identifié par une meilleure formation de l'équipe, par un essai de médication antidépressive, par l'appel à un ergothérapeute, par un programme d'assistance ?
- Si des causes ne sont pas identifiées, quelles complications cliniques réversibles peuvent-elles être prévues à l'approche de la mort (par ex : fécalomes, infection urinaire, diarrhée, fièvre, douleur, escarres) ?
- Quelles interventions sont-elles ou pourraient-elles être mises en oeuvre pour atténuer ces complications ?

23 juin 2009
Éditique : Dr Lucien Mias