

Gestion des troubles psycho-comportementaux :

Nom :
Prénom :
Date de naissance : __/__/__

Date : __/__/__

Rédacteur :

Page : 1/4

1 Identifier en équipe les symptômes psycho-comportementaux déjà présents chez le résident

**2 Si aggravation des symptômes
psycho-comportementaux connus
ou si apparition de nouveaux symptômes**

**Collaboration
IDE/AS-AMP**

**Recherche d'une cause physique ou
psychiatrique**

Recherche d'un facteur déclenchant

Rituels respectés ?

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

Recherche d'une cause physique ou psychiatrique

Le résident :

- | | oui | non |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| 1 s'est alimenté sur les 24 dernières heures | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 a bu au cours des 24 dernières heures | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 a uriné dans les 8 dernières heures | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 a eu des selles dans les dernières 72 heures | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5 a dormi comme habituellement | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 marche comme d'habitude | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7 utilise ses bras et ses mains comme d'habitude | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Le résident présente :

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| 8 des brûlures urinaires | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 une constipation | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 des selles liquides | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 une difficulté pour avaler | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 une douleur | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 un essoufflement | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 une toux | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 des crachats | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 des mouvements inhabituels anormaux, | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 une bouche modifiée | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (sèche, rouge, noire, marron, blanche..) | | |
| 18 des troubles de la conscience | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Surveillance des constantes :

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| 19 TA systolique < 9,5 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 TA > 17/9,5 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 Saturation < 91% | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 T>38°C ou < 36,5°C | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 TT> 100 ou < 50 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 si diabète vérifier l'absence d'hypoglycémie, Glycémie<0,50 g/l | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Apparition de nouveaux symptômes :

- | | | |
|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 24 Anxiété, angoisse | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 Hallucinations | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 Idées délirantes | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 Symptômes dépressifs | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Recherche d'un facteur déclenchant

Difficultés avec : **les lunettes, les appareils auditifs, les appareils dentaires...**

Changement de l'environnement du résident : **modification de l'équipe soignante, de l'organisation, des activités, mise en échec, sollicitations trop importantes, agitation des autres résidents...**

Evènement chargé émotionnellement : **visite, conflit, perte d'un proche, date anniversaire.....**

Modification récente du traitement : **préciser la date.**

Rituels respectés ?

Des rituels sont identifiés ? **Préciser lesquels.**

Sont-ils tracés ? **Plan de soins, protocole de gestion des troubles psycho-comportementaux.**

Sont-ils connus de l'équipe ? **Communication+++ , rôle du référent.**

Ont-ils été respectés ? **Si réponse négative rechercher pourquoi.**

Avis médical si un est coché

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

3 Prise en charge non médicamenteuse générale en phase aigüe :

- ✓ Isoler le résident des autres résidents, organiser l'équipe : 1 membre auprès du résident, les autres membres auprès des autres résidents,
- ✓ Eloigner les objets dangereux,
- ✓ Demander de l'aide si besoin,
- ✓ Entendre les émotions, être rassurant, sécurisant,
- ✓ Ne pas générer une ambiance d'urgence,
- ✓ Limiter le bruit, la lumière,
- ✓ Faire parler le résident, l'inviter à s'asseoir,
- ✓ Faire diversion: lui proposer : une boisson, une collation, une promenade....
- ✓ Ne pas se sentir blessé des propos et des comportements tenus.

4 Adaptation comportementale personnalisée au résident et identifiée en équipe :

✓

5 Prise en charge médicamenteuse personnalisée (si besoin)

Collaboration
IDE/AS-AMP

6 Surveillance de l'efficacité clinique du traitement et des effets secondaires

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/__

7 Au quotidien adapter l'environnement pour le rendre compréhensible, objectifs = prévention, autonomisation

Adapter son mode de communication :

Communication verbale :

- attention à l'abstrait, le double sens, l'ironie, l'humour,
- simplifier au maximum la consigne verbale, éviter les doubles consignes,
- ne pas hésiter à répéter, souligner ce qui est important,
- dire au résident ce qu'il doit faire plutôt que ce qu'il ne doit pas faire,
- expliquer son état émotionnel en évitant de s'énerver et de crier, d'utiliser un ton agressif, éviter de parler fort.

Communication non verbale :

- Regard : solliciter le regard du résident en lui parlant, avant de le toucher.
- Toucher : après avoir établi le contact visuel, de manière douce, installer confortablement le résident.

Utiliser des supports visuels :

- aide à comprendre les situations,
- les déroulements d'activité,
- permet une permanence de la consigne.

Structurer l'espace, le temps, les activités :

- Structurer l'espace, limiter les ambiances bruyantes, le trop ou pas assez de lumière,
- Structurer le temps, faire attention lorsqu'on fait référence à un épisode passé ou futur,
- Structurer les activités, mettre en place des relais entre une période d'activité(excitation) et le retour au calme,
- Proposer un accompagnement individualisé, solliciter l'attention conjointe (le regard et l'écoute si possible),
- Féliciter le résident sur ce qu'il réussit bien, ne pas renforcer les comportements non adaptés,
- Donner des responsabilités au résident selon ses capacités,
- A-t-on identifié un positionnement dans la structure qui permet le retour au calme ou qui correspond à une position de confort pour le résident ?

L'amélioration de l'accompagnement au quotidien doit permettre de canaliser les troubles du comportement mais il ne faut pas en attendre leur disparition