



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Évaluations dans les soins de longue durée pour les personnes atteintes de démence

en cas de suspicion de dépression, de délirium ou de symptômes comportementaux et psychologiques

Manuel pour les professionnels

Octobre 2019



En collaboration avec:



Pourquoi ce manuel?

Les instruments d'évaluation spécifiques à la démence sont essentiels pour standardiser l'appréciation et la qualité de l'accompagnement, du traitement et des soins fournis aux personnes atteintes de démence. Ils doivent donc être utilisés de manière systématique tout au long de l'évolution de la maladie, dans le cadre de discussions de cas interprofessionnelles.

Des actions sont nécessaires, en particulier en ce qui concerne la dépression, le délirium et les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), qui sont trois syndromes non seulement fréquemment rencontrés dans les soins de longue durée ambulatoires et stationnaires mais aussi spécialement difficiles à gérer.

Le présent manuel vise à permettre aux professionnels amenés à être en contact avec des personnes atteintes de démence dans leurs métiers et disciplines respectifs de se familiariser avec les instruments d'évaluation spécifiques à la démence et de découvrir les outils qui peuvent être utilisés pour confirmer ou écarter les syndromes précités en cas de suspicion.

Il indique quels éléments caractéristiques de la dépression, du délirium et des SCPD sont déjà recherchés avec les instruments d'évaluation des soins requis employés dans les soins de longue durée ambulatoires et stationnaires (RAI et BESA). Mais il recommande aussi de recourir à des évaluations spécifiques en cas de suspicion, et décrit en outre les outils qu'il est possible d'utiliser pour ces évaluations.

Les recommandations contenues dans le présent manuel sont le fruit d'un travail de projet que la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée (SPPA) et la Société professionnelle suisse de gériatrie (SPSG) ont mené dans le cadre de la Stratégie nationale en matière de démence 2014-2019 en collaboration avec des experts des soins médicaux et infirmiers de différents établissements de soins et centres d'enseignement et de recherche ainsi que des représentants des deux instruments d'évaluation des soins requis RAI et BESA.

Une implémentation qui se prépare

Pour que les instruments d'évaluation soient effectivement utilisés dans les soins de longue durée, et donc que la gestion de la dépression, du délirium et des SCPD puisse être améliorée, il est important que ces instruments soient bien établis dans les institutions concernées. Cela implique que les responsables stratégiques de ces institutions planifient précisément leur implémentation, en tenant compte de la charge organisationnelle et financière liée à leur acquisition, à leur intégration dans les processus et à la formation du personnel.

Table des matières

Pourquoi ce manuel?	2
1. Introduction	4
2. Trois syndromes fréquents chez les personnes atteintes de démence	6
2.1 Dépression	6
2.2 Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)	7
2.3 Délirium	7
3. Instruments d'évaluation utiles et actions recommandées	8
3.1 En cas de suspicion de dépression	8
3.2 En cas de suspicion de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)	10
3.3 Pour prévenir et rechercher le délirium	
4. Modèles d'une sélection d'instruments d'évaluation spécifiques	15
4.1 L'échelle de Cornell pour la dépression en cas de démence	16
4.2 L'échelle de dépression gériatrique	17
4.3 Inventaire neuropsychiatrique	18
4.4 Algorithme d'intervention BPSD-DATE	19
4.5 Confusion Assessment Method (CAM)	20
4.6 Delirium Observation Screening Scale (DOS)	22
4.7 Assessment of Geriatric Delirium Scale (I-AgeD)	24
4.8 4A's Test (4AT)	25
Bibliographie	26

Le présent manuel a été élaboré sur la base du rapport Promotion des évaluations interdisciplinaires dans les soins de longue durée présenté par la SPPA et la SPSG dans le cadre du projet 6.2 de la Stratégie nationale en matière de démence 2014-2019 (cf. groupe de travail p. 27).

1. Introduction

Pourquoi faut-il procéder à des évaluations régulières ?

L'utilisation d'évaluations spécifiques à la démence est nécessaire pour améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes atteintes de cette maladie dans les soins de longue durée et pour standardiser l'appréciation des symptômes et syndromes fréquemment rencontrés chez ces personnes.

La réalisation régulière d'évaluations appropriées permet également aux accompagnants et aux soignants de mieux comprendre la situation des personnes atteintes de démence (un-derstanding diagnostic), de mieux savoir comment s'y prendre, par exemple, lorsque celles-ci refusent qu'on s'occupe d'elles. Elle peut par conséquent réduire le stress psychologique de part et d'autre, ainsi que le temps nécessaire pour les soins. Les accompagnants et les soignants peuvent par ailleurs utiliser les résultats des évaluations dans le cadre de la collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle, en s'appuyant dessus pour motiver, par exemple, le recours à des traitements médicamenteux.

En plus d'améliorer les évaluations elles-mêmes, l'application d'instruments, de recommandations et de directives appropriés, mais aussi de processus standardisés pour leur mise en œuvre, permet de favoriser la collaboration interprofessionnelle. En effet, l'évaluation des personnes atteintes de démence et l'élaboration des plans de traitement les concernant se font toujours dans le cadre d'une coopération entre plusieurs groupes professionnels, a fortiori lorsque ces personnes sont âgées et vulnérables.

Il convient de préciser que les évaluations spécifiques à la démence doivent être utilisées conformément aux principes, aux éléments clés et aux exigences de la charte sur la « Collaboration entre les professionnels de la santé », ceci afin de promouvoir la coopération interprofessionnelle et l'instauration de standards d'assurance qualité (cf. ASSM, 2014).

Quand les évaluations doivent-elles être réalisées, et par qui ?

La dépression, le délirium et les SCPD ne sont jamais sans conséquences pour les personnes concernées, même lorsqu'ils sont peu marqués. La bonne approche ne consiste donc pas à se baser sur de quelconques seuils pour savoir quand agir, mais à procéder à des évaluations régulières dès que des changements sont observés au niveau des émotions et de la motivation.

Les évaluations peuvent être effectuées par des soignants qualifiés mais doivent aussi pouvoir être réalisées, lorsqu'aucun n'est disponible, par des assistants ou des auxiliaires. Il faut par conséquent qu'elles soient faciles à comprendre et à exécuter. Le présent manuel s'efforce ainsi autant que possible de renvoyer à des outils simples d'utilisation. Tous requièrent néanmoins un minimum de connaissances.

Afin de ne passer à côté d'aucun patient souffrant de dépression, de délirium ou de SCPD, il convient de toujours montrer les résultats des évaluations au médecin responsable, en particulier ceux des évaluations spécifiques.

Quelle évaluation réaliser dans quel cas ?

Le présent manuel indique quels éléments caractéristiques des trois syndromes fréquents retenus sont recherchés lors des évaluations réalisées avec les systèmes RAI (Resident Assessment Instrument) et BESA (Bewohner/-innen-Einstufungs- und -Abrechnungssystem)¹ – deux des instruments employés dans les soins de longue durée pour déterminer le niveau de soins requis par les patients dans l'optique de la facturation à la caisse-maladie –, et explique aussi quelles évaluations spécifiques les soignants et les accompagnants peuvent effectuer pour confirmer ou écarter ces syndromes en cas de suspicion.

¹ Le système PLAISIR (Planification informatisée des soins infirmiers requis) étant moins répandu en Suisse, le groupe de travail s'est concentré pour des raisons de ressources sur les systèmes RAI et BESA.

2. Trois syndromes fréquents chez les personnes atteintes de démence

2.1 Dépression

La dépression compte parmi les troubles psychiatriques les plus fréquemment rencontrés dans les soins de longue durée. C'est un syndrome qui survient souvent tôt dans la maladie chez les personnes atteintes d'une démence évolutive, et qui entraîne beaucoup de souffrance aussi bien pour les patients concernés que pour leur entourage. Ces patients peuvent notamment subir une baisse de motivation, et se montrer alors moins coopératifs lors des soins. Il est en outre fréquent qu'ils soient plus facilement irritables et, quand ils sont âgés, qu'ils se plaignent de troubles physiques non spécifiques (vertiges, douleurs abdominales, maux de dos, etc.) conduisant à des examens somatiques lourds et coûteux. Lorsque la démence est à un stade avancé, les accompagnants et les soignants ne peuvent souvent plus s'adresser directement aux patients pour connaître leur humeur. Leurs observations concernant le comportement de ces derniers sont alors particulièrement précieuses. Le niveau de standardisation dans ce domaine laisse cependant à désirer.

2.2 Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

Outre des déficits aux niveaux cognitif et fonctionnel, une grande partie des personnes atteintes de démence présentent aussi, au cours d'une ou plusieurs phases de la maladie, des troubles émotionnels et comportementaux, également appelés symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Ces symptômes – parmi lesquels on peut citer les déambulations, l'agressivité verbale et physique, la désinhibition sexuelle et le refus d'être traité et soigné pour ce qui concerne l'aspect comportemental, les idées délirantes et les hallucinations pour ce qui concerne l'aspect psychologique – sont difficiles et lourds à supporter pour les patients concernés et pour leur entourage social. Ils ne résultent pas exclusivement d'atteintes organiques du cerveau, mais doivent aussi être interprétés comme la possible expression de besoins physiques, psychiques et sociaux entravés. D'où la nécessité de systématiquement chercher à identifier ces besoins individuels lors des évaluations.

Conseils de lecture :

- La publication Savaskan et al. (2014) contient des recommandations sur le diagnostic et le traitement des SCPD et peut aider à l'évaluation de ces symptômes (en allemand uniquement).
- Le point 5.3.1 des directives médico-éthiques Prise en charge et traitement des personnes atteintes de démence de l'ASSM (2017) fait en outre une description des troubles émotionnels et comportementaux des malades.
- Le guide sur la fin de vie et la démence (Lebensende mit Demenz), élaboré dans le cadre de l'étude longitudinale zurichoise sur la vie et la mort des personnes atteintes de démence (étude ZULIDAD, 2012-2016), donne quant à lui dans son livret 5 consacré aux comportements difficiles (Herausforderndes Verhalten) un aperçu de ce que vivent et ressentent ces personnes lorsqu'elles sont à un stade avancé de la maladie (en allemand uniquement).

2.3 Délirium

Le délirium est un état confusionnel aigu, en principe réversible. Les personnes atteintes de démence ont un risque particulièrement élevé de développer ce syndrome lorsqu'elles sont âgées. Elles sont en outre souvent touchées à la suite de modifications dans leur état physique ou après un changement d'environnement. D'où l'importance pour les soignants et les accompagnants de prendre des mesures préventives au moment, par exemple, de l'entrée en institution.

Conseils de lecture :

- La publication Savaskan et al. (2016) contient des recommandations sur la prévention, le diagnostic et le traitement du délirium chez la personne âgée et peut aider à sa recherche (en allemand uniquement).
- C'est aussi le cas de l'ouvrage Savaskan et al. (2017), qui est même plus complet sur le sujet et propose une check-list pour évaluer les facteurs de risque de développer un délirium ainsi que des mesures pour prévenir le syndrome (en allemand uniquement).
- La publication État confusionnel aigu de la personne âgée de Von Gunten et al. (2018) est également un bon ouvrage de référence.
- Le point 5.3.2 des directives médico-éthiques Prise en charge et traitement des personnes atteintes de démence de l'ASSM (2017) comporte en outre des conseils pour la gestion du délirium.

3. Instruments d'évaluation utiles et actions recommandées

3.1 En cas de suspicion de dépression

Symptômes de la dépression (liste non exhaustive)

- Sautes d'humeur
- Baisse de motivation
- Irritabilité accrue
- Troubles physiques non spécifiques tels que vertiges, douleurs abdominales et maux de dos (chez les patients âgés)

Actions recommandées

1. Si les soignants et les accompagnants observent des signes de dépression, ou si l'évaluation de base réalisée avec les instruments d'évaluation des soins requis RAI et BESA donne des résultats évoquant une dépression, alors il est recommandé de recourir à des évaluations spécifiques.
2. Le système RAI peut être utilisé pour rechercher une dépression. Celle-ci ne peut toutefois être confirmée ou écartée qu'avec des outils spécifiques reposant sur une hétéro-évaluation ou une auto-évaluation.
3. Le système BESA n'est pas suffisant pour rechercher une dépression.
4. Le test des deux questions permet d'étayer une suspicion.
5. Il est également recommandé de recourir à des évaluations spécifiques pour confirmer ou écarter la dépression.

Éléments caractéristiques de la dépression recherchés lors de l'évaluation de base réalisée avec les instruments d'évaluation des soins requis

Que peut-on rechercher avec RAI?

Le système RAI peut être utilisé pour rechercher une dépression. Mais pour confirmer ou écarter une suspicion, il est recommandé de réaliser une évaluation spécifique.

Le système RAI contient des questions sur le moral du patient, et donc sur un éventuel état dépressif. La rubrique concernée (E1-Humeur) intègre sept éléments de l'échelle de dépression (Depression Rating Scale). Ces éléments reposent sur les observations des soignants et des accompagnants, ce qui est préférable à des évaluations basées uniquement sur l'auto-appréciation, surtout en cas de démence avancée. Comme les questions portent sur le moral du patient au cours des trois derniers jours, il est nécessaire, pour y répondre, de disposer d'une documentation complète sur cette période.

LTCF-CH: cette nouvelle version du système RAI, attendue pour 2020 en Suisse, comporte des questions supplémentaires sur le moral du patient, notamment une question sur l'absence de joie. Elle comprend en outre une nouvelle rubrique (E2) consacrée à l'humeur auto-déclarée du patient.

Que peut-on rechercher avec BESA ?

Le système BESA est globalement insuffisant pour rechercher une dépression. En cas de symptômes, il convient de procéder à des entretiens ciblés.

Le système BESA permet aux soignants et aux accompagnants d'évaluer les aspects relatifs à l'estime de soi, à l'humeur générale et à l'absence d'anxiété sur la base de leurs propres observations (domaine de soins n°8 – perception de soi). Il contient également des questions sur d'autres éléments, tels que la motivation (1.1), ainsi qu'un questionnaire facultatif d'auto-évaluation du sentiment de considération, d'utilité et de confiance en soi du patient. Le système ne se réfère cependant à aucune échelle établie.

Lorsque des anomalies indiquant une dépression apparaissent, le système BESA propose un entretien ciblé basé sur l'échelle de dépression gériatrique (Geriatric Depression Scale, GDS) (cf. Burrows et al., 2000). Il est toutefois difficile de répondre aux questions prévues pour les personnes en stade avancé de démence.

Test des deux questions pour étayer une suspicion

Il s'agit ici pour le soignant ou l'accompagnant de poser les deux questions suivantes :

1. « Au cours du mois dernier, vous êtes-vous souvent senti abattu, triste, oppressé ou désespéré ? »
2. « Au cours du mois dernier, avez-vous ressenti une perte de plaisir sensible dans des activités que vous appréciez habituellement ? »

Si le patient répond « oui » à au moins une de ces deux questions, cela étaye la suspicion de dépression. Des tests complémentaires restent malgré tout nécessaires pour la confirmer ou l'écarter.

Évaluations spécifiques pour confirmer ou écarter la dépression

Hétéro-évaluation : pour les personnes âgées, atteintes de démence ou non, le moyen indiqué pour valider une suspicion de dépression est l'hétéro-évaluation.

L'échelle de Cornell pour la dépression en cas de démence constitue un bon outil d'hétéro-évaluation (cf. Alexopoulos et al., 1988) → **page 16**. Ce questionnaire structuré, composé de 19 éléments, permet d'évaluer les symptômes associés à la dépression survenus au cours de la semaine écoulée. La suspicion de dépression est considérée comme confirmée à partir d'un score de 8. Toutefois, des actions peuvent être requises même en cas de résultat inférieur.

Auto-évaluation : pour les personnes de plus de 65 ans qui ne sont pas atteintes de démence, le moyen indiqué pour valider une suspicion de dépression est l'auto-évaluation (cf. Gauggel & Brinker, 1999).

L'échelle de dépression gériatrique constitue un bon outil d'auto-évaluation (cf. Yesavage et al., 1982-83). → **page 17**. Elle n'est pas très adaptée en revanche en cas de démence moyennement avancée ou avancée. Une étude montre que, pour les personnes concernées, l'échelle de Cornell est en effet plus appropriée (cf. Kørner et al., 2006).

3.2 En cas de suspicion de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

Symptômes des SCPD (liste non exhaustive)

- Déambulations
- Agressivité verbale et physique
- Désinhibition sexuelle
- Refus d'être traité et soigné
- Idées délirantes
- Hallucinations

Actions recommandées

1. Les instruments d'évaluation des soins requis RAI et BESA permettent de déterminer la présence et la fréquence des SCPD.
2. Pour mesurer la gravité des symptômes, et la charge qu'ils font peser sur l'entourage du patient, il est nécessaire de procéder à des évaluations spécifiques complémentaires à l'aide, par exemple, de l'inventaire neuropsychiatrique.
3. Pour l'identification des causes et des facteurs déclenchants des SCPD, il n'existe encore aucun outil validé. Il est cependant recommandé d'utiliser l'algorithme BPSD-DATE.

Éléments caractéristiques des SCPD recherchés lors de l'évaluation de base réalisée avec les instruments d'évaluation des soins requis

Que peut-on rechercher avec RAI et BESA ?

Les systèmes RAI et BESA permettent de déterminer la présence et la fréquence des SCPD. Les informations fournies sur la gravité des symptômes et la charge qu'ils induisent ne sont cependant pas suffisantes pour établir un plan de traitement et de soins personnalisé. Il est recommandé de procéder à une évaluation spécifique à chaque fois que des changements importants sont constatés dans l'humeur ou le comportement et / ou que l'évaluation réalisée avec RAI / BESA fait apparaître un ou plusieurs éléments caractéristiques des SCPD.

Système BESA : le questionnaire d'observation relatif aux comportements en matière de santé contient des questions qui permettent de détecter les problèmes liés à l'investissement thérapeutique (item 3.2) et à la prise de médicaments (item 3.3), et le questionnaire relatif à la mise en danger de soi / d'autrui des questions qui permettent de rechercher d'autres éléments caractéristiques des SCPD (items 7.1 à 7.8).

Système RAI : dans le MDS, le point E3 contient des questions sur des symptômes comportementaux tels que les déambulations, la violence verbale, la violence physique, le comportement socialement inapproprié ou perturbateur, le comportement sexuel inapproprié et l'exhibitionnisme, et la résistance aux soins, et le secteur J relatif à l'état de santé des questions sur d'autres éléments caractéristiques des SCPD, comme les idées ou bouffées délirantes et les hallucinations.

Évaluations spécifiques pour déterminer la gravité et la charge induite

La réalisation d'une évaluation spécifique est recommandée pour plusieurs raisons, à savoir pour :

- Assurer une saisie fiable et complète des différentes formes de SCPD
- Déterminer la gravité des SCPD et la charge qu'ils font peser sur les soignants et sur les proches
- Garantir l'interprétabilité et la comparabilité des données
- Constituer une base pour évaluer l'évolution de la maladie

Pour l'évaluation spécifique des SCPD, il est conseillé d'utiliser **l'inventaire neuropsychiatrique de Cummings**, qui est l'instrument qui remplit le mieux les critères requis (cf. Reuther et al., 2016) → **page 18** :

- Certification
- Temps nécessaire pour effectuer le test conciliable avec la pratique (max. 15 minutes)
- Outil utilisable par des infirmiers diplômés d'une HES / ES sans formation intensive
- Instrument connu et largement répandu
- Compatibilité avec le modèle biopsychosocial

L'inventaire neuropsychiatrique permet de saisir non seulement la fréquence et la gravité des différentes formes de SCPD mais aussi la charge que ces symptômes font peser sur les soignants. Il en existe une version en allemand.

Évaluation pour rechercher les causes et les facteurs déclenchants

L'évaluation des SCPD est la base du plan de traitement interprofessionnel et personnalisé qu'il s'agit d'établir pour les patients concernés. Il importe de choisir pour sa réalisation un outil qui, en plus de fournir des informations sur la présence et la gravité de tel ou tel symptôme, aide aussi à en rechercher les causes et les facteurs déclenchants (cf. Cummings et al., 1994)

Un groupe de travail formé par des cliniques universitaires suisses (Tible, 2017) recommande d'utiliser **l'algorithme BPSD-DATE** pour évaluer les causes et les facteurs déclenchants des SCPD → **page 19**.

3.3 Pour prévenir et rechercher le délirium

Symptômes du délirium (liste non exhaustive)

- Troubles de l'attention
- Troubles cognitifs tels que troubles de la mémoire à court terme, désorientation et troubles perceptifs (illusions et hallucinations)
- Début aigu et évolution fluctuante des troubles

(cf. Savaskan et al., 2016)

Actions recommandées

1. Dès l'entrée en institution, identifier à l'aide d'une check-list les personnes présentant un risque ou des formes précoces de délirium et nécessitant la prise de mesures préventives.
2. Pour les personnes identifiées comme à risque, procéder à une évaluation du délirium.
3. Rechercher la cause : en cas de changements de comportement, et après avoir écarté tout autre besoin ou trouble pouvant expliquer ces changements (constipation, douleur, etc.), procéder à une évaluation du délirium, en sachant que les observations des soignants et des accompagnants sont d'une importance cruciale dans l'appréciation des modifications d'attitude.

Facteurs de risque

Les personnes âgées présentent souvent de nombreux facteurs de risque de développer un délirium. L'entrée en institution (et le changement d'environnement qu'il constitue) représente déjà un risque élevé. Si elle s'accompagne d'autres facteurs, celui-ci augmente encore fortement. Il est donc essentiel de savoir repérer les facteurs de risque pour pouvoir prendre les mesures préventives éventuellement possibles. Les facteurs connus sont les suivants :

traumatismes, chutes, fractures, maladie chronique, antécédents de confusion, vie en institution stationnaire, accident vasculaire cérébral, hospitalisations répétées, hypo- ou hypernatrémie / kaliémie / glycémie / calcémie, carence en vitamine B1, rétention urinaire, cathéter, douleurs, constipation, mesures de contention, intoxication, hypo ou hyperthyroïdie, immobilité, insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, hypoxie, hypothermie, hypotonie, anémie, épilepsie, méningite, hématome sous-dural et interventions chirurgicales (cf. Savaskan et al., 2016).

Éléments caractéristiques du délirium recherchés lors de l'évaluation de base réalisée avec les instruments d'évaluation des soins requis

Que peut-on rechercher avec RAI et BESA ?

Les systèmes RAI et BESA ne sont ni l'un ni l'autre conçus pour les événements aigus. Mais si RAI ne contient aucune évaluation spécifique du délirium, BESA intègre deux outils pour rechercher ce syndrome : la Delirium Observation Screening Scale (DOS) et la Confusion Assessment Method (CAM).

Évaluation spécifique à l'aide des échelles de délirium

Il n'existe pas d'échelle universelle, qui puisse être utilisée de manière aussi satisfaisante dans tous les établissements pour dépister ou évaluer le délirium. Toutes les échelles présentent des avantages et des inconvénients, dont il faut tenir compte en fonction du contexte et des besoins. Quatre outils sont recommandés : DOS, CAM, I-AgeD et 4AT. Ce dernier convainc par le fait qu'il exige très peu de formation.

Échelle	Avantages	Inconvénients
Confusion Assessment Method (CAM)		
Méthode développée sur la base du DSM-III-R, avec une version courte comprenant cinq critères et une version longue comprenant dix critères (cf. Inouye et al., 1990 / 2003) → CAM, page 20	Résultat dichotomique : oui il y a délirium, ou non il n'y a pas délirium Deux variantes algorithmiques signalées dans le manuel de la méthode : une variante OU, plus sensible, impliquant la présence du début aigu ou de l'évolution fluctuante ; une variante ET, moins sensible, impliquant la présence des deux critères	Risque d'erreur en l'absence d'appréciation structurée, c'est-à-dire d'évaluation formelle Formation préalable nécessaire
Delirium Observation Screening Scale (DOS)		
Échelle développée pour le personnel soignant sur la base du DSM-IV et décrivant des comportements observables lors des soins quotidiens (cf. Schuurmans et al., 2003) → DOS, page 22	Pas de question pesante Critères liés à la vie quotidienne dans l'établissement	Absence de sensibilité au délirium hypoactif Distinction floue avec la démence Pour la version révisée, sensibilité de 94,4 % et spécificité de 76,7 % (plus faible degré de différenciation entre démence et délirium)

Deux nouveaux instruments actuellement en cours de développement viendront bientôt compléter la procédure d'évaluation (état en octobre 2019) :

Assessment of Geriatric Delirium Scale (I-AgeD)		
Échelle basée sur l'appréciation d'un proche ou de la principale personne de référence (cf. Rhodius-Meester et al., 2013) Actuellement en cours de traduction et de validation → I-AgeD, page 24	Informations fournies par un tiers, constituant à ce titre un bon complément	Aucune version française publiée à ce jour Outil peu répandu
4A's Test (4AT)		
Test dont le développement est soutenu par l'association européenne du délirium (European Delirium Association) (cf. Bellelli et al., 2014) Désormais traduit et en phase de validation → 4AT, page 25	Test pouvant être effectué rapidement, sans formation particulière et même avec les résidents peu coopératifs	Aucune version française validée à ce jour Outil peu répandu

4. Modèles d'une sélection d'instruments d'évaluation spécifiques

Évaluation spécifique de la dépression

- 4.1 L'échelle de Cornell pour la dépression en cas de démence 16
- 4.2 L'échelle de dépression gériatrique 17

Évaluation spécifique des SCPD

- 4.3 Inventaire neuropsychiatrique 18
- 4.4 Algorithme d'intervention BPSD-DATE 19

Évaluation spécifique du délirium

- 4.5 Confusion Assessment Method (CAM) 20
- 4.6 Delirium Observation Screening Scale (DOS) 22
- 4.7 Assessment of Geriatric Delirium Scale (I-AgeD) 24
- 4.8 4A's Test (4AT) 25

4.1 L'échelle de Cornell pour la dépression en cas de démence

Illustration : Exemple de modèle

Dépression
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

OUTIL D'ÉVALUATION



PROMOTION DE L'AMÉLIORATION
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
Dans le cadre du programme MobiQual

3

Échelle de dépression de Cornell

CORNELL SCALE FOR DEPRESSION IN DEMENTIA. BIOL PSYCH 1988; 23:271-84.

Cette échelle a été élaborée pour faciliter le dépistage de la dépression chez des personnes dont le syndrome démentiel est déjà installé, avec un MMS < 15.
L'examineur doit essayer de la poser en interrogatoire direct avec le patient pendant une dizaine de minutes, mais également en hétéro-évaluation avec sa famille pendant une vingtaine de minutes.

Nom du patient :		Prénom du patient :	
Date de naissance du patient :	Sexe : ☐ H ☐ F	Date du test :	
Nom et statut de l'accompagnant :			

Les évaluations doivent être basées sur les symptômes et les signes présents pendant la semaine précédant l'entretien. Aucun point ne devra être attribué si les symptômes sont secondaires à une infirmité ou à une maladie somatique.

Il faut coter chaque item et en faire l'addition selon le score suivant :

a = impossible à évaluer	0 = absent	1 = modéré ou intermittent	2 = sévère.
---------------------------------	-------------------	-----------------------------------	--------------------

A. SYMPTÔMES RELATIFS À L'HUMEUR

1. Anxiété, expression anxieuse, ruminations, soucis	a	0	1	2
2. Tristesse, expression triste, voix triste, larmoiement	a	0	1	2
3. Absence de réaction aux événements agréables	a	0	1	2
4. Irritabilité, facilement contrarié, humeur changeante	a	0	1	2

B. TROUBLES DU COMPORTEMENT

5. Agitation, ne peut rester en place, se tortille, s'arrache les cheveux	a	0	1	2
6. Ralentissement, lenteur des mouvements, du débit verbal, des réactions	a	0	1	2
7. Nombreuses plaintes somatiques (coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs)	a	0	1	2
8. Perte d'intérêt, moins impliqué dans les activités habituelles (coter seulement si le changement est survenu brusquement, il y a moins d'un mois)	a	0	1	2

C. SYMPTÔMES SOMATIQUES

9. Perte d'appétit, mange moins que d'habitude	a	0	1	2
10. Perte de poids (coter 2 si elle est supérieure à 2,5 kg en 1 mois)	a	0	1	2
11. Manque d'énergie, se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (coter seulement si le changement est survenu brusquement, c'est-à-dire il y a moins d'un mois)	a	0	1	2

D. FONCTIONS CYCLIQUES

12. Variations de l'humeur dans la journée, symptômes plus marqués le matin	a	0	1	2
13. Difficultés d'endormissement, plus tard que d'habitude	a	0	1	2
14. Réveils nocturnes fréquents	a	0	1	2
15. Réveil matinal précoce, plus tôt que d'habitude	a	0	1	2

E. TROUBLES IDÉATOIRES

16. Suicide, pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir	a	0	1	2
17. Auto-dépréciation, s'adresse des reproches à lui-même, peu d'estime de soi, sentiment d'échec	a	0	1	2
18. Pessimisme, anticipation du pire	a	0	1	2
19. Idées délirantes congruentes à l'humeur, idées délirantes de pauvreté, de maladie ou de perte	a	0	1	2

ÉCHELLE DE DÉPRESSION DE CORNELL

Nombre de a :

Sous-total :

Le score seuil pour penser à un syndrome dépressif est de 10.

TOTAL : /38

OUTIL
D'ÉVALUATION

Lien : www.mobiqual.org/depression → Évaluer → Evaluation de la dépression

Source: Alexopoulos, et al. (1988)

4.2 L'échelle de dépression gériatrique

Illustration : Exemple de modèle

Date	Nom	Timbre
------	-----	--------

Échelle de Dépression Gériatrique (GDS)

Cocher la réponse qui convient

1.	Etes-vous dans l'ensemble satisfait de votre vie ?	Oui [0] ☐ Non [1] ☐
2.	Avez-vous renoncé à nombre de vos activités et intérêts ?	Oui [1] ☐ Non [0] ☐
3.	Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui [1] ☐ Non [0] ☐
4.	Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui [1] ☐ Non [0] ☐
5.	Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Oui [0] ☐ Non [1] ☐
6.	Avez-vous peur qu'il ne vous arrive quelque chose de mauvais ?	Oui [1] ☐ Non [0] ☐
7.	Êtes-vous heureux/-se la plupart du temps ?	Oui [0] ☐ Non [1] ☐
8.	Vous sentez-vous souvent faible et dépendant ?	Oui [1] ☐ Non [0] ☐
9.	Préférez-vous rester chez vous, plutôt que de sortir et faire quelque chose de nouveau ?	Oui [1] ☐ Non [0] ☐
10.	Estimez-vous avoir plus de troubles de la mémoire que la plupart des gens ?	Oui [1] ☐ Non [0] ☐
11.	Vous dites-vous qu'il est merveilleux d'être vivant en ce moment ?	Oui [0] ☐ Non [1] ☐
12.	Vous sentez-vous inutile tel que vous êtes aujourd'hui ?	Oui [1] ☐ Non [0] ☐
13.	Vous sentez-vous plein d'énergie ?	Oui [0] ☐ Non [1] ☐
14.	Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui [1] ☐ Non [0] ☐
15.	Croyez-vous que la plupart des gens soient plus à l'aise que vous ?	Oui [1] ☐ Non [0] ☐

Total points:

0 - 5 points : normal
5-10 points : dépression légère à modérée
11-15 points: dépression grave

Source : Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., Leirer, O. (1983) : Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J of Psych Res* 17, 37-49.

www.addictions-et-veillissement.ch
Un projet d'Infodrog, en collaboration avec d'autres partenaires.

**Vieillessement
et addictions**

Lien :

https://www.addictions-et-veillissement.ch/files/content/pdf-fr/echelle-depression-geriatrique-gds_f.pdf

Source : Yesavage J.A. et al. 1982-1983

4.3 Inventaire neuropsychiatrique

La version originale ainsi que les traductions non-validées en allemand, français et d'autres langues peuvent être obtenues par le lien suivant:

Lien : <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/neuropsychiatric-inventory#languages>

Auteurs

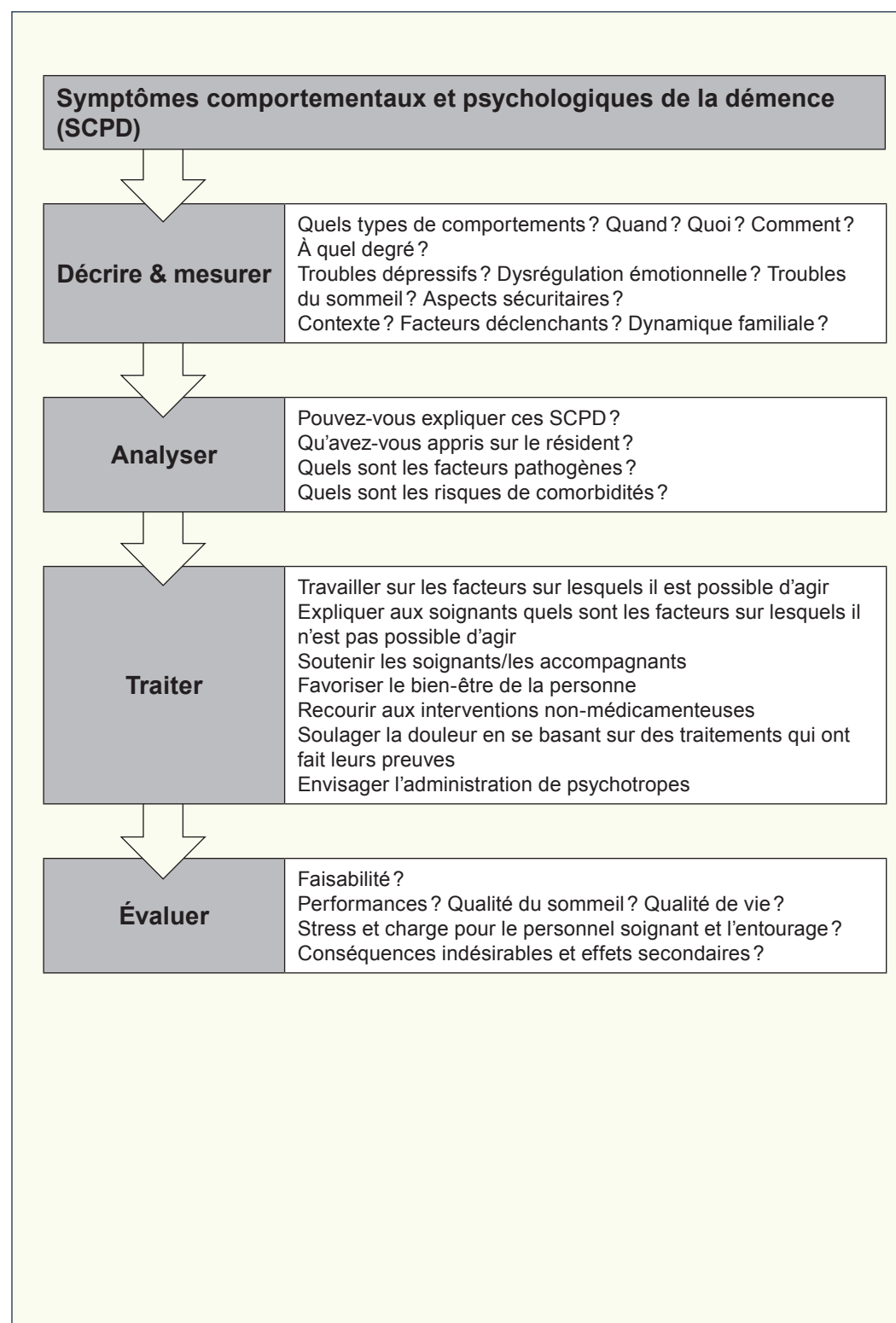
Cummings J.L., Mega M., Gray K., Rosenberg-Thompson S., Carusi D.A., Gornbein J.

Copyright

NPI © Dr. Cummings, 1994, All rights reserved.

4.4 Algorithme d'intervention BPSD-DATE

Illustration : Algorithme d'intervention BPSD-DATE



Source : traduction française du document stratégique par le groupe de travail (cf. p. 27), sur la base de Tible et al. 2017

4.5 Confusion Assessment Method (CAM)

La version originale ainsi que les traductions en allemand, français et d'autres langues peuvent être obtenues par le lien suivant :

Lien : <https://www.hospitalelderlifeprogram.org/delirium-instruments/>

Exemple de modèle : Kharat, A. & Louis Simonet, M. (2013). Outils diagnostiques de l'état confusionnel aigu. Rev. Med Suisse, 9: 203-206 – Tableau 2 «Algorithme diagnostique du Confusion Assessment Method»

Lien :

<https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-370/Outils-diagnostiques-de-l-etat-confusionnel-aigu>

4.6 Delirium Observation Screening Scale (DOS)

Illustration : Exemple de modèle

**ECHELLE DE DETECTION ET D'OBSERVATION DU DELIRE
(EDOD)
(version 0 – 1)**

date:

nom du patient:

OBSERVATIONS Le patient:		service de jour «			service tard «			service de nuit «			TOTAL SCORE CETTE JOURNEE (0 - 39)
		noit	parfois - toujours	Ne sais pas	jamais	parfois - toujours	Ne sais pas	jamais	parfois - toujours	Ne sais pas	
1	S'assoupit (somnole) pendant une conversation ou des activités	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
2	Est facilement distrait par les stimuli extérieurs	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
3	Prête attention à la discussion ou aux actions	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
4	Pose une question ou ne répond pas complètement	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
5	Donne des réponses qui ne correspondent pas à la question	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
6	Réagit lentement aux ordres	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
7	Pense se trouver ailleurs	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
8	Réalise quand même dans quelle partie de la journée on se trouve	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
9	Se souvient des événements récents	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
10	Tripote à tout (chiffonne les draps, les vêtements, ...), est désordonné, agité	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
11	Est relié à une perfusion, une sonde, un cathéter, etc.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
12	S'émeut facilement ou subitement	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
13	A des hallucinations/entend des voix	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
SCORE TOTAL PAR SERVICE (0 – 13)											
DOS ECHELLE SCORE FINAL = SCORE TOTAL CETTE JOURNEE / 3											

↓

score ECHELLE DOD	< 3	Pas de délire
	≥ 3	Délire probable

© M.J. Schuurmans, UMC Utrecht, 2001

1/3

EXPLICATIONS

Source: Schuurmans M.J., Shortridge-Baggett L.M. & Duursma S.A. (2003b) The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. (un instrument de dépistage du délire) Research and Theory for Nursing Practice 17, 31-50. Pour de plus amples informations, vous pouvez vous adresser à Marieke Schuurmans, Haute Ecole d'Utrecht, Section Infirmières, chambre 3.100, Bolognalaan 101, 3584 CJ Utrecht, par e-mail à l'adresse suivante: M.Schuurmans@fg.hvu.nl

Introduction

Le délire est une des formes les plus fréquentes de psychopathologie que l'on rencontre chez les patients d'un certain âge et chez les patients se trouvant en phase finale de leur vie. Ce qu'il y a de caractéristique pour le délire, c'est l'apparition rapide et l'alternance des symptômes. L'Echelle de Détection et d'Observation du Délire comprend 13 observations de comportement (verbal et non-verbal) qui représentent les symptômes du délire. Ces observations peuvent être effectuées pendant les contacts réguliers avec le patient. Afin de bien reconnaître le délire, il est important de mettre par écrit l'observation du comportement par service/shift. Si toutefois vous n'êtes en contact avec le client qu'une seule fois par jour (ex. soins à domicile), une observation unique suffit.

Evaluation

jamais	L'observation décrite n'a été rencontrée aucune fois lors des contacts avec le patient pendant ce service (ENTOUREZ LE NOMBRE DANS CETTE COLONNE)
parfois - toujours	L'observation décrite a été rencontrée une ou plusieurs fois ou même à chaque fois lors des contacts avec le patient pendant ce service (ENTOUREZ LE NOMBRE DANS CETTE COLONNE)
Ne sais pas	L'observation décrite n'a pas été rencontrée lors des contacts avec le patient pendant ce service parce que le patient dormait toujours ou n'établissait aucun contact verbal ou parce que l'évaluateur ne s'estime pas en mesure d'évaluer la présence ou l'absence (ENTOUREZ)

Explication/exemples supplémentaires

Une personne **est facilement distraite par les stimuli extérieurs** lorsqu'il/elle réagit de façon verbale ou non-verbale aux bruits ou mouvements qui ne se rapportent pas à lui/elle et dont la nature fait qu'on ne devrait pas s'attendre à une réaction de sa part (par exemple, il est normal qu'une personne réagisse aux hurlements dans le couloir mais par contre, il n'est pas normal qu'une personne réagisse à une question posée calmement à un autre patient). Une personne **prête attention à la discussion ou aux actions** quand il/elle fait montre, de façon verbale ou non-verbale, de suivre la discussion ou l'action. Une personne **réagit lentement aux ordres** lorsque les actions sont ralenties et/ou quand il y a des moments de silence/d'inactivité avant de d'exécuter l'action. Une personne **pense se trouver ailleurs** quand il/elle le fait paraître dans ses paroles ou ses actes (quelqu'un qui vous demande par exemple de prendre quelque chose qui se trouve sur le dressoir ou quelqu'un qui interprète l'environnement d'une autre manière qu'un hôpital).

Une personne **se rend compte dans quelle partie de la journée on est** quand il/elle le fait paraître dans ses paroles ou ses actes (quelqu'un qui se lève par exemple en plein milieu de la nuit pour prendre une douche n'a généralement pas notion de la partie de la journée dans laquelle on se situe. Une personne **se souvient des événements récents** quand par exemple il/elle peut raconter avec exactitude s'il/si elle a reçu une de la visite et ce qu'il/elle a mangé. Une personne **s'émeut facilement ou subitement** quand il/elle manifeste des émotions fortes sans raison ou lorsque l'intensité de l'émotion ne semble pas correspondre à ce qui l'a provoquée (par exemple quelqu'un qui commence à pleurer sans raison apparente ou qui se montre très anxieux à l'idée de devoir se laver ou qui se fâche si le thé est froid. Une personne a des hallucinations/entend des voix quand il/elle le fait paraître de façon verbale (vérifier !) ou non-verbale (par exemple qui veut déplacer des objets qui ne sont pas visibles ou qui réagit à la présence de personnes ou d'animaux qui ne sont en réalité pas présents).

Score

Dans le cas de plusieurs observations par jour

- Un score total est calculé par service en faisant l'addition du nombre de uns entourés; le **score total par service** est de minimum 0 et maximum 13
- Les scores totaux des trois services sont additionnés jusqu'à obtenir le **score total de la journée**; le score total de la journée est de minimum 0 et de maximum 39
- Le **Score final à l'Echelle DOD** est calculé en divisant le score total de la journée par 3; le score final DOD se situe entre 0 et 13

© M.J. Schuurmans, UMC Utrecht, 2001

2/3

- un Score final à l'Echelle DOD < 3 signifie que le patient ne délire probablement pas, un Score final à l'Echelle DOD ≥ 3 signifie qu'il est bien probable que le patient soit atteint de délire

*dans un groupe de 92 patients qui souffrent d'une fracture de la hanche, dont 18 sont atteints de délire, 94,4% (Echelle de sensibilité DOD) des patients délirants ont obtenu un score supérieur ou égal à 3 et 76,6% (Echelle de spécificité DOD) des patients non-délirants ont obtenu un score inférieur à 3 (0-2) Cela veut dire que les patients ayant obtenu un score supérieur ou égal à 3 ne sont pas tout à fait délirants tandis qu'il est pratiquement certain que les patients ayant obtenu un score inférieur à 3 ne sont pas atteints de délire (Schuurmans, 2001)

Dans le cas d'une seule observation par jour

- Un score total est calculé en additionnant le nombre de uns entourés: Le score total de ce service est de minimum 0 et de maximum 13 et est également le score final à l'Echelle DOD
- un Score final à l'Echelle DOD < 3 signifie que le patient ne délire probablement pas, un Score final à l'Echelle DOD ≥ 3 signifie qu'il est bien probable que le patient soit atteint de délire

Lien: http://www.best.ugent.be/BEST3_FR/francais_echelles_différentes_echelles_doss_doss1.html

Source: Schuurmans, M. J. (2001). Delirium Observatie Screening (DOS) Schaal (versie 0 - 1). Universitair Medisch Centrum, Utrecht.

4.7 Assessment of Geriatric Delirium Scale (I-AgeD)

Aucune version française validée à ce jour.

Renseignements : www.delir.info

4.8 4A's Test (4AT)

La version originale ainsi que les traductions non-validées en allemand, français et d'autres langues peuvent être obtenues par le lien suivant : <https://www.the4at.com>

Illustration : Exemple de modèle

	Nom du patient : (étiquette)	
	Date de naissance :	
	Numéro de dossier :	
Test d'évaluation du délirium et des troubles cognitifs	Date :	Heure :
	Évaluateur :	
[1] ÉTAT DE CONSCIENCE		ENCERCLER
<i>Cela inclut les patients qui peuvent être nettement somnolents (par exemple, difficiles à réveiller et/ou visiblement endormis lors de l'évaluation) ou agités/hyperactifs. Observez le patient. S'il est endormi, essayez de le réveiller en lui parlant ou en touchant doucement son épaule. Demandez au patient de dire son nom et son adresse pour aider l'évaluation.</i>		
	Normal (alerte, mais pas agité, tout au long de l'évaluation)	0
	Somnolence légère <10 secondes après le réveil, puis normal	0
	Clairement anormal	4
[2] AMT4		
<i>Âge, date de naissance, endroit (nom de l'hôpital ou du bâtiment), année courante.</i>		
	Aucune erreur	0
	1 erreur	1
	2 erreurs ou plus/ne peut être testé	2
[3] ATTENTION		
<i>Demandez au patient : « Pouvez-vous me dire les mois de l'année dans l'ordre inverse, en commençant par décembre. » Pour aider à la compréhension, il est permis de dire une seule fois : « quel est le mois avant décembre? »</i>		
	Mois de l'année à l'envers	0
	Réussit à nommer 7 mois ou plus	0
	Commence, mais réussit <7 mois ou refuse de commencer	1
	Ne peut être testé (ne peut pas commencer, car ne se sent pas bien, somnolent ou inattentif)	2
[4] CHANGEMENT AIGU OU ÉVOLUTION FLUCTUANTE		
<i>Preuve de changements significatifs ou de fluctuation de l'état de conscience, cognition, autre fonction mentale (ex. paranoïa, hallucinations) apparus au cours des 2 dernières semaines et encore apparents dans les dernières 24 heures.</i>		
	Non	0
	Oui	4
4 ou plus : délirium possible +/- troubles cognitifs		SCORE DU 4AT
1-3 : troubles cognitifs possibles		
0 : délirium ou troubles cognitifs sévères peu probable (mais délirium encore possible si information incomplète à [4])		
INSTRUCTIONS		
Version 1.2. Informations et téléchargement: www.the4AT.com		
Le 4AT est un instrument de dépistage conçu pour l'évaluation initiale rapide du délirium et des troubles cognitifs. Un score de 4 ou plus suggère un délirium, mais n'est pas un diagnostic : une évaluation plus détaillée de l'état mental peut être nécessaire pour parvenir à un diagnostic. Un score de 1 à 3 suggère un trouble cognitif : des tests cognitifs plus détaillés ainsi que la réalisation de l'anamnèse selon un proche aidant sont nécessaires. Un score de 0 n'exclut pas définitivement la présence d'un délirium ou de troubles cognitifs : une évaluation plus détaillée peut être nécessaire en fonction du contexte clinique. Les items 1 à 3 sont évalués <i>uniquement sur l'observation du patient au moment de l'évaluation</i> . L'item 4 nécessite des informations provenant d'une ou plusieurs sources, par exemple, votre propre connaissance du patient, d'autres membres du personnel qui connaissent le patient (ex. les infirmières de l'unité), une lettre du médecin traitant, les notes au dossier, les soignants. L'évaluateur doit prendre en compte des difficultés de communication (déficience auditive, dysphasie, langue) lors de la réalisation de l'évaluation et de l'interprétation du score.		
État de conscience : L'altération de l'état de conscience est très susceptible d'être un délirium dans le milieu hospitalier. Si le patient montre une altération significative de son état de conscience lors de l'évaluation au chevet, indiquer un score de 4 pour cet item. Changement aigu ou évolution fluctuante : la fluctuation est observée dans certains cas de démence sans présence de délirium, cependant une fluctuation prononcée indique généralement un délirium. Pour aider à cerner la présence d'hallucinations et/ou de pensées paranoïdes, poser des questions au patient telles que, « Êtes-vous préoccupé par quelque chose qui se passe ici? » ; « Avez-vous peur de quelque chose ou de quelqu'un? » ; « Avez-vous vu ou entendu des choses inhabituelles? »		
Voyer, P., Wilchesky, M., Richard, H., Pelletier, I., Ballard, S., Lundu, O. (2016). 4AT French version 1.0. Université Laval, Québec, Canada. © 2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash		

Source : Voyer, P., Wilchesky, M., Richard, H., Pelletier, I., Ballard, S., Lundu, O. (2016).

4AT French version 1.0. Université Laval, Québec, Canada; basé sur MacLulich, Ryan, Cash (2011–2014)

BIBLIOGRAPHIE

- Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C., & Shamoian, C.A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological Psychiatry*, 23(3), 271-284.
- Bellelli, G., Morandi, A., Davis, D. H., Mazzola, P., Turco, R., Gentile, S., ... & Del Santo, F. (2014). Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age and ageing*, 43(4), 496-502.
- Burrows A.B., Morris J.N., Simon J.P., Hirdes S.E., & Phillips C. (2000). Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age and Ageing*, 29(2).
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308-2314.
- Eicher S., Geschwindner H., Wolf H., & Riese F. [Hrsg.] (2018). Lebensende mit Demenz. Ein Leitfaden für Angehörige – gemeinsam erarbeitet von Angehörigen, Praktikerinnen/Praktikern und Forschenden. Universität Zürich, Zürich, Heft 5.
- Fischer T. (2012) Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz, Das Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit schwerer Demenz (BISAD), Huber, Bern.
- Gauggel, S. & Birkner, B. (1999). Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28, 18-27.
- Inouye, S.K. (2003). The Confusion Assessment Method (CAM): training manual and coding guide. New Haven: Yale University School of Medicine, 2(3), 4.
- Inouye, S.K., van Dyck, C.H., Alessi, C.A., Balkin, S., Siegel, A.P., & Horwitz, R.I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method: a new method for detection of delirium. *Annals of internal medicine*, 113(12), 941-948.
- Kørner, A., Lauritzen, L., Abelskov, K., Gulmann, N., Marie Brodersen, A., Wedervang-Jensen, T., & Marie Kjeldgaard, K. (2006). The geriatric depression scale and the cornell scale for depression in dementia. A validity study. *Nordic journal of psychiatry*, 60(5), 360-364.
- Reuther, S., Dichter, M. N., Bartholomeyczik, S., Nordheim, J., & Halek, M. (2016). Construct validity and internal consistency of the neuropsychiatric inventory-nursing home (NPI-NH) in German nursing homes. *International psychogeriatrics*, 28(6), 1017-1027.
- Rhodus-Meester, H.F.M., van Campen, J.P.C.M., Fung, W., Meagher, D.J., van Munster, B.C., & de Jonghe, J.F.M. (2013). Development and validation of the informant assessment of geriatric delirium scale (I-AGEd). Recognition of delirium in geriatric patients. *European Geriatric Medicine*, 4(2), 73-77.
- Savaskan E., & Hasemann W. [Hrsg.] (2017). Leitlinien Delir. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Hogrefe, Bern.
- Savaskan E., Baumgartner M., Georgescu D., Hafner M., Hasemann W., Kressig R.W., ..., & Verloo H. (2016). Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. *Praxis*, 105(16), 941-952.
- Savaskan E., Bopp-Kistler I., Buerge M., Fischlin R., Georgescu D., Giardini U., ..., & Wollmer M.A. (2014). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis*, 103(3).
- Savaskan E., Bopp-Kistler I., Buerge M., Fischlin R., Georgescu D., Giardini U., ..., & Wollmer M.A. (2014). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis*, 103 (3), 135-148.
- Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L.M., & Duursma, S.A. (2003). The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. *Research and theory for nursing practice*, 17(1), 31-50.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2017). Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz. Medizin-ethische Richtlinien. SAMW, Basel.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2014). Charta: Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen. SAMW, Basel.
- Tible, O. P., Riese, F., Savaskan, E., & von Gunten, A. (2017). Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Therapeutic advances in neurological disorders*, 10(8), 297-309.
- Von Gunten A., Baumgartner M., Georgescu D., Hafner M., Hasemann W., Kressig R.W., ..., & Savaskan E. (2018). Etat confusionnel aigu de la personne âgée. *Swiss Medical Forum*, 18(12), 277-284.
- Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M., & Leirer V.O. (1982-1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 17(1), 37-49.

IMPRESSUM

Éditeurs

Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée (SPPA)
Société professionnelle suisse de gériatrie (SPSG)
Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Groupe de travail

Dan Georgescu, Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée (SPPA): direction du projet
Egemen Savaskan, Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée (SPPA): direction du projet
René Kuhn, Société professionnelle suisse de gériatrie (SPSG): direction du projet
Gabriela Egeli, Q-Sys AG
Esther Indermaur, Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)
Silvia Silva Lima, centres de soins de la ville de Zurich (Pflegezentren der Stadt Zürich, PZZ)
Anja Ulrich, Association suisse pour les sciences infirmières (APSI), société scientifique, soins en gériatrie
Samuel Vögeli, Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)
Ursula Wiesli, Association suisse pour les sciences infirmières (APSI), société scientifique, soins en gériatrie
Laurent Zemp, BESA Care SA
Franziska Zúñiga, Association suisse pour les sciences infirmières (APSI), société scientifique, soins en gériatrie
Stefan Klöppel, Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée (SPPA): direction du projet

Contact

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Case postale
CH-3003 Berne
demenzstrategie@bag.admin.ch
www.ofsp.admin.ch

Date de publication

Octobre 2019

Possibilité de commander gratuitement des exemplaires supplémentaires à

OFCL, Vente des publications fédérales, CH-3003 Berne
www.publicationsfederales.admin.ch
Numéro de commande OFCL: 311.804.f

Versions linguistiques

Le présent manuel est disponible en français, allemand et italien.

Version numérique

Les différentes versions linguistiques sont téléchargeables au format PDF à l'adresse
www.strategienationaledelemence.ch

Publications complémentaires

Georgescu, D. et al. (2019). Promotion des évaluations interdisciplinaires dans les soins de longue durée.
Projet 6.2 de la Stratégie nationale en matière de démence 2014-2019.
Klöppel S. et al. «Erkennung psychiatrischer Symptomen basierend auf den Bedarfsabklärungsinstrumente in der stationären Langzeitpflege» in Praxis (2019)
Autres publications disponibles à l'adresse www.strategienationaledelemence.ch

Publication conçue, rédigée et mise en page en collaboration avec
advocacy ag, moxi ltd.

Elaboré dans le cadre de :



Nationale Demenzstrategie
Stratégie nationale en matière de démence
Strategia nazionale sulla demenza
2014-2019

