

La prise en soins de personnes atteintes de démence vivant dans un cadre institutionnel

Recommandations à l'attention des établissements médico-sociaux

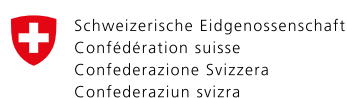
Juin 2020



Un projet de :



Sur mandat de :



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

Pourquoi cette publication?

Les présentes recommandations décrivent les conditions optimales de prise en soins des personnes atteintes de démence dans les établissements médico-sociaux. Elles permettent d'examiner précisément les structures et le potentiel existants. Elles visent aussi à donner des impulsions pour la réalisation de projets et la mise en place de nouveaux processus. Leur mise en œuvre dépend des possibilités spécifiques dans chaque établissement. Les formations continues et le recours à des collaborateurs disposant de connaissances et d'expériences spécialisées sont cruciaux pour que les recommandations soient appliquées avec succès. De plus, il est indispensable que tous les collaborateurs adoptent une approche centrée sur la personne lors de l'accompagnement de personnes atteintes de démence.



A

Principes fondamentaux de prise en soins des personnes atteintes de démence

Table des matières

| | |
|---|----|
| Contexte | 4 |
| A Principes fondamentaux de prise en soins des personnes atteintes de démence | 5 |
| 1 Collaboration avec les proches | 7 |
| 2 Prise en soins interdisciplinaire | 8 |
| 3 Infrastructure | 15 |
| 4 Ressources humaines | 16 |
| 5 Autodétermination des personnes atteintes de démence | 18 |
| 6 Alimentation | 19 |
| Exemples de mise en œuvre des recommandations | 21 |
| Annexe | 24 |

Contexte

Dans le cadre du projet 3.5 issu de la Stratégie nationale en matière de démence 2014-2019 (SND), l'OFSP a chargé Alzheimer Suisse de formuler des recommandations visant l'optimisation qualitative de la prise en soins, terme qui englobe les soins, les traitements, l'accompagnement et l'encadrement, des personnes atteintes de démence dans les établissements médico-sociaux. À cette fin, Alzheimer Suisse s'est appuyée sur les recommandations DemCare®, qui ont été élaborées en 2013 dans le cadre de plusieurs ateliers réunissant des professionnels de la démence des différents établissements de soins de la ville de Zurich (PZZ), ainsi que divers représentants des professions concernées, en présence d'une collaboratrice scientifique du Centre de gérontologie de l'Université de Zurich. Ces recommandations reposent sur les connaissances techniques et l'expérience pratique approfondie de tous les participants. Sur cette base, Alzheimer Suisse a organisé un atelier réunissant les différentes parties prenantes, lors duquel des représentants de tout le pays ont discuté intensément de la forme et du fond de ces recommandations. Ces dernières ont ensuite été développées sur la base d'une procédure de consultation supplémentaire, qui a été organisée pour la première fois à l'échelle suisse et qui a impliqué 40 acteurs issus d'EMS, de hautes écoles spécialisées, de départements cantonaux de la santé et d'autres organisations. Le présent document réunit donc les connaissances qui existent en Suisse dans le domaine de la démence.

Nous tenons à remercier ici tous les acteurs qui ont contribué à l'élaboration des présentes recommandations, que ce soit lors de l'atelier des parties prenantes organisé par Alzheimer Suisse ou de la procédure de consultation consécutive. Les organisations suivantes ont apporté leur pierre à l'édifice :

- Alters- und Pflegeheim Krone Rehetobel
- Alterswohnheim Walzenhausen
- Amt für Gesundheit, Basel Landschaft
- Amt für Gesundheit, Schwyz
- Amt für Gesundheit, Thurgau
- Amt für Soziales, Appenzell Ausser-rhoden
- Curaviva, domaine Personnes en situation de handicap dans les institutions
- Domicil Bern
- Domicil Bethlehemacker
- Domicil Elfenau
- Domicil Oberried
- Fachhochschule St. Gallen, Fachstelle Demenz
- Fokus, Leben mit Demenz
- Fondation Primeroche
- Fondation Saphir
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
- Haute école Arc (HeArc)
- Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
- Soins de longue durée Suisse
- Lindenfeld – Spezialisierte Pflege und Geriatrie
- Logis Plus, Köniz
- Pflege Eulachtal
- Résidence Les Pins
- Reusspark, Zentrum für Pflege und Betreuung
- Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)
- Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée (SPPA)
- Spital Limmattal
- Stadtgarten Frauenfeld
- Swiss Nurse Leaders
- Verband Zürcher Krankenhäuser
- Zentrum Schoenberg
- Haute école zurichoise des sciences appliquées (ZHAW), institut des soins infirmiers

A Principes fondamentaux de prise en soins des personnes atteintes de démence

A.1

—
L'attitude fondamentale adoptée par l'institution se fonde sur une approche centrée sur la personne. Selon Kitwood (1997 : 31), une personne se définit par un état ou un statut qui lui est conféré par autrui dans le cadre des relations sociales et qui implique la reconnaissance, le respect et la confiance¹. L'approche centrée sur la personne influence le style et la structure de l'organisation. Elle porte non seulement sur la personne atteinte de démence, mais aussi sur son entourage². Cette attitude empreinte d'empathie et respectueuse de la part de tous les collaborateurs³ des secteurs stationnaire et ambulatoire constitue un prérequis essentiel pour accompagner la personne atteinte de démence⁴. Les conditions-cadres institutionnelles s'articulent autour de l'expérience vécue par la personne atteinte de démence.

A.2

—
Le comportement et le ressenti de la personne atteinte de démence sont acceptés comme une normalité individuelle, jugés valides et respectés.

A.3

—
L'objectif consiste à promouvoir la qualité de vie de la personne atteinte de démence ainsi que la capacité d'action de ses proches et d'identifier ensemble une voie commune dans le cadre d'un partenariat fondé sur l'approche des soins centrés sur la famille.⁵

A.4

—
La prise en soins⁶ de la personne atteinte de démence est conçue de manière interdisciplinaire et en fonction de la gravité de la maladie (soins, physiothérapie et ergothérapie, activités d'animation, conseil social, gérontopsychologie, accompagnement spirituel, service médical, intendance, etc.). L'approche interdisciplinaire permet d'adopter différentes perspectives et de mener une réflexion approfondie sur l'action des professionnels. Le suivi continu par un médecin (p. ex. médecin attitré de l'établissement) permet de soutenir ce processus.

1 Kitwood, Tom. Demenz. 1997. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Version allemande publiée sous la direction de Christian Müller-Hergl et Helen Güther. 7^e édition révisée et complétée. Berne : Hogrefe.

2 A savoir ses référents, qui sont des personnes de confiance issues de l'entourage familial ou social.

3 La notion de collaborateurs englobe l'ensemble des intervenants au sein de l'établissement, qu'il s'agisse de bénévoles, d'employés, de cadres, de membres de la direction ou de l'administration.

4 La démence est connue parmi les professionnels sous le nom de troubles neurocognitifs majeurs (DSM-V). Pour des raisons de lisibilité, le terme démence est encore utilisé ici.

5 Wright, Lorraine M. et Maureen Leahey (2014). Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen. Traduit de l'anglais canadien par Heide Börger ; version allemande remaniée et publiée par Barbara Preusse-Bleuler. Berne : H. Huber.

6 Dans un souci de concision, le terme générique « prise en soins » est utilisé dans le présent document pour désigner autant les soins, le traitement, l'accompagnement, l'encadrement et le soutien

- A.5** —
Les Directives de l'ASSM sur la prise en charge et le traitement des personnes atteintes de démence – élaborées dans le cadre de la stratégie nationale en matière de démence 2014-2019 – sont considérées comme des lignes directrices⁷. Elles renseignent notamment pour les questions d'ordre éthique.
- A.6** —
La prise en soins de la personne atteinte de démence se déroule dans un cadre spécialisé et adapté à la gravité de la maladie (p. ex. unités de soins, oasis de soins, cf. 3.3). En règle générale, les personnes atteintes de démence légère reçoivent du soutien à domicile.
- A.7** —
L'institution dispose d'un groupe d'éthique interdisciplinaire qui étudie les questions concernant p. ex. le recours aux mesures de contrainte, l'autodétermination, l'alimentation ou encore le traitement médical dans le contexte des démences.
- A.8** —
Les collaborateurs sont conscients que l'accompagnement d'une personne atteinte de démence peut parfois les mettre face à leurs propres limites. Ils bénéficient d'une aide pour reconnaître à temps et accepter cet état de fait. Des mesures préventives et des stratégies pour y faire face sont discutées et élaborées conjointement (p. ex. groupe d'éthique, discussions de cas, coaching, supervisions et formations continues).
- A.9** —
De manière générale, les compétences (individuelles, sociales, techniques et méthodologiques) mises au service des résidents répondent aux besoins actuels des personnes atteintes de démence.
- A.10** —
Les infrastructures (p. ex. architecturales) répondent dans la mesure du possible aux besoins actuels de la personne atteinte de démence.
- A.11** —
L'alimentation contribue à la qualité de vie et a une valeur sociale importante dans la vie des personnes atteintes de démence. Le plaisir de manger est plus important qu'une alimentation équilibrée.

⁷ https://www.samw.ch/dam/jcr:389a7c7c-316e-4615-badb-05b5255a5302/directives_assm_demence.pdf

1 Collaboration avec les proches

1.1

— La maladie et les symptômes vécus par les personnes atteintes de démence affectent également leurs relations sociales ainsi que la vie de leurs proches. Les proches sont, d'une part, les répondants et les représentants des personnes atteintes de démence et, d'autre part, ils sont souvent aussi directement concernés. Leur connaissance de la maladie, leur compréhension des symptômes et du comportement ainsi que leur implication dans la vie quotidienne contribuent à la qualité de la prise en soins de la personne atteinte de démence et, d'autre part, améliorent aussi la qualité de vie des proches.

1.2

— Un échange constructif et mutuel (p. ex. bilan ponctuels et entretiens de famille) constitue le ciment d'une collaboration réussie. Ces discussions doivent comprendre des informations, voire une formation, sur la maladie et son évolution ainsi que sur les approches en matière de soins, de soutien et de thérapie constituant une prise en soins de qualité. Ces échanges doivent également permettre aux proches de partager leur expertise et leur propre expérience ainsi que de faire part de leur état émotionnel.

1.3

— Les référents en soins infirmiers et d'autres référents internes se font connaître des proches. Les référents en soins infirmiers cherchent de manière proactive à établir un contact et des échanges réguliers.

1.4

— Si la personne atteinte de démence rejette régulièrement des interventions du quotidien, un cheminement viable préservant ses intérêts est recherché avec son représentant thérapeutique.

1.5

— Les proches ou le représentant thérapeutique participent aux décisions clés. Leurs connaissances et leur expérience dans les relations avec leur proche malade font partie intégrante de l'accompagnement.

1.6

— L'institution accorde une grande importance aux manifestations s'adressant aux proches (p. ex. séances d'information, formations continues) et aux possibilités de se rencontrer (discussions, échanges, groupes de conseil et d'entraide, moments de convivialité).

2 Prise en soins interdisciplinaire

2.1

— L'organisation de la journée offre repères et sécurité. Elle repose sur les besoins individuels, la tranche d'âge, le vécu (habitudes et rituels liés aux sens et à l'histoire de vie, expériences et événements vécus marquants sur le plan émotionnel) et les ressources de la personne atteinte de démence. Des activités individuelles porteuses de sens sont mises sur pied et proposées, ce qui favorise la participation à la vie sociale (au sein de l'établissement et de la société).

2.2

— Les relations se construisent et se vivent selon l'approche centrée sur la personne. Ce processus est documenté.

2.3

— La rencontre et le contact à l'échelle individuelle permet à la personne atteinte de démence de faire l'expérience de contacts sociaux et d'un sentiment d'appartenance (p. ex. accompagnement spirituel et offres sensorielles spécifiques).

2.4

— Il convient de respecter les besoins individuels de la personne atteinte de démence en veillant à répartir de façon équilibrée les périodes d'activité et de repos sur 24 heures (en fonction du stade de la démence) en coordonnant son organisation du quotidien avec les différents intervenants.

2.5

— L'évaluation des dangers du quotidien s'applique selon le « principe de normalité ». Les risques particuliers sont discutés et évalués au cas par cas par les collaborateurs et les proches (en tenant compte de la volonté présumée de la personne). Si nécessaire, des mesures sont évaluées et prises au niveau interdisciplinaire.

2.6

— L'utilisation des ressources disponibles qui ont du sens pour la personne atteinte de démence font l'objet d'un soutien ciblé.

2.7

— La personne atteinte de démence a la possibilité de faire au moins une promenade ou sortie en plein air chaque jour.

2.8

— Toutes les interventions sont adaptées aux exigences particulières de l'accompagnement d'une personne atteinte de démence. À citer parmi les aspects essentiels : les rituels, la flexibilité, la patience, la structuration d'une tâche en étapes successives, les consignes claires et les principes de communication spécifiques. Exemples de principes de communication : établir un contact par la parole et le regard, observer et réagir à l'état physique et mental de la personne concernée, utiliser un langage simple, faire des phrases courtes (une idée par phrase), parler clairement, lentement et de manière intelligible, laisser le temps à la personne de répondre (éviter de répondre à sa place), adopter une attitude bienveillante et empathique, être à l'écoute de son vécu émotionnel, reformuler ses propos, allier le geste à la parole, éviter de la questionner sur le sens de

ses actions ou de ses propos, relever ses ressources ainsi que le positif de la situation, prendre du temps pour terminer l'échange et orienter la personne sur ce qui suit.

2.9

L'observation ciblée de signaux non verbaux ou paraverbaux (p. ex. tonus musculaire, respiration, expressions faciales, symptômes dépressifs, apathie) est partie intégrante de la prise en soins.

2.10

L'entourage prend note des changements de la perception de soi d'une personne atteinte de démence et en tient compte dans la prise en soins⁸.

2.11

La validation, l'approche kinesthésique et la stimulation basale s'appliquent de façon individualisée dans la vie quotidienne. L'intégration d'autres concepts (p. ex. méthode Snoezelen, art-thérapie, musicothérapie, zoothérapie) est basée sur des connaissances pratiques et une expérience démontrée du bien-être qu'ils procurent à la personne atteinte de démence.

2.12

Des mesures et moyens auxiliaires ciblés permettent de favoriser l'orientation : orientation temporelle, p. ex. au moyen de rituels et de routine quotidienne, de décorations thématiques : de saison, festives, des calendriers type éphémérides bien visibles ; orientation spatiale, p. ex. au moyen d'éclairages chaleureux, de revêtements muraux sobres ainsi que pour le sol, de couleurs contrastées, d'aménagement de pièces de vie sans obstacles, de poignées ou encore d'une utilisation parcimonieuse de miroirs. Lors d'utilisation de photos, d'inscriptions sur la porte de la chambre, tenir compte du fait que la personne peut ne pas se reconnaître. L'aménagement de sa chambre avec des objets personnels devrait se faire avec sa collaboration pour lui permettre une meilleure intégration. Un autre axe d'orientation est situationnel : il permet à la personne de savoir dans quelle situation elle se trouve et d'adapter son comportement. L'aménagement de l'espace doit être en lien avec l'activité, dans l'idéal éviter d'avoir des activités différentes dans le même lieu. Des moyens auxiliaires appropriés et utilisés, tels que des lunettes et des aides auditives, facilitent également l'orientation.

2.13

La communication avec une personne atteinte de démence repose sur son ressenti ici et maintenant. L'intérêt pour le monde de l'autre, la créativité, l'appréciation et la reconnaissance des capacités de son vis-à-vis constituent l'approche centrée sur la personne.

2.14

En règle générale, le personnel s'adresse à la personne atteinte de démence en employant le vouvoiement et son nom de famille. Il est possible de déroger à cette règle si la personne ne réagit plus à son nom de famille. Cette dérogation doit alors être consignée.

2.15

La motricité est activement stimulée au niveau interdisciplinaire (soins, physiothérapie, ergothérapie, thérapie de stimulation). Elle permet d'améliorer l'image corporelle et l'autonomie, de favoriser la circulation sanguine, le sommeil, l'appétit et la digestion, de prévenir les chutes et la douleur. Elle favorise la sociabilisation, elle est source de joie de vivre. La marche est un besoin fondamental pour de nombreuses personnes atteintes de démence. Par conséquent, le fauteuil roulant est utilisé le plus longtemps possible de manière ponctuelle uniquement. Dans le but de stimuler la mobilité et de varier les perspectives, il convient de favoriser des changements réguliers de position, sur différents types de sièges.

8 Cf. Christoph Held: Was ist «gute» Demenzpflege? Verändertes Selbsterleben bei Demenz, p.43 ss. 2018, Hogrefe

- 2.16** — La démence peut être associée à une série de symptômes psychiatriques (SCPD)⁹. Ceux-ci sont divisés en catégories : agitation/agression, symptômes psychotiques (délire, hallucinations), dépression (apathie, anxiété), troubles du rythme veille-sommeil et vocalisation/désinhibition perturbatrice. Les SCPD doivent être acceptés comme la forme d'expression de la personne atteinte de démence et considérés dans leur contexte individuel (personnalité, biographie, culture, facteurs environnementaux, physiques et psychosociaux). Les collaborateurs sont conscients que les comportements difficiles ne font pas simplement partie de la démence, mais qu'ils ont généralement liés à un déclencheur individuel ou systémique (biologique, social ou psychologique) donc, qu'ils peuvent être provoqués par l'environnement.
- 2.17** — Les SCPD nécessitent une analyse précise dans le cadre d'un colloque interdisciplinaire du cas (STI¹⁰, changement de perspectives, diagnostic de soins compréhensif). Des objectifs et des mesures sont ensuite définis sur cette base et la prise en soins est adaptée en conséquence (contact attentif, gestion stable et fiable de la relation, adaptation de l'environnement et du quotidien). Un accompagnement 1 : 1 est parfois indiqué. Les discussions interdisciplinaires de cas ont lieu tous les 1 à 2 mois, ou plus en fonction des besoins.
- 2.18** — En matière de refus d'interventions de soins, des solutions alternatives seront recherchées et ne seront prises contre la volonté de la personne atteinte de démence que s'il existe une crainte fondée de mise en danger de soi, de mise en danger d'autrui ou de dommage et/ou si l'entourage est affecté de manière disproportionnée.
- 2.19** — La sévérité de la démence, y compris les déficiences et les ressources de la personne atteinte, est régulièrement évaluée et consignée par l'équipe interdisciplinaire à l'aide de tests et d'observations du quotidien (dans le cadre du relevé, requis par la loi, de la charge de travail associée aux soins pour les systèmes BESA, RAI et Plaisir, ou selon les besoins). Cette information sert à adapter la prise en soins.
- 2.20** — Les observations interdisciplinaires font partie de la prise en soins globale et sont prises en compte dans le diagnostic et le plan de soins.
- 2.21** — Une attention particulière est accordée à la perception, à l'interprétation et au traitement de symptômes qui ne peuvent pas être exprimés, en particulier à la gestion de la douleur.
- 2.22** — Des observations ciblées, une documentation cohérente et des échanges interdisciplinaires permettent de consigner les directives anticipées, la volonté présumée ainsi que les besoins individuels, médicaux et infirmiers de la personne atteinte de démence et d'agir en conséquence, notamment en situation de fin de vie.

9 SCPD= symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

10 STI = STI (Serial Trial Intervention) échelle d'évaluation de la démence

2.23 — La prise en soins de la personne atteinte de démence comprend aussi les soins palliatifs, selon les directives nationales en la matière¹¹. Si nécessaire, des professionnels internes et/ou externes sont impliqués.

2.24 — Les besoins spécifiques de la personne atteinte de démence en fin de vie doivent être reconnus, correctement évalués et pris en compte. La personne atteinte de démence ne peut souvent plus exprimer sa peur et son agitation intérieure, (présentes chez nombre de personnes qui sentent la mort approcher). Pendant cette phase terminale, ces personnes montrent fréquemment une agitation inhabituelle et accrue, qu'il convient de reconnaître et d'évaluer correctement dans le cadre des soins de fin de vie.

2.25 — La démence accroît le risque de délires. Des mesures préventives, des tests réguliers, un diagnostic précoce et un traitement médicamenteux ou non médicamenteux sont mis en œuvre de manière systématique¹².

2.26 — Les outils d'évaluation du tableau 1 (page 12) sont recommandés en complément des évaluations RAI, PLAISIR et BESA pour diagnostiquer et enregistrer la situation individuelle. Les résultats sont discutés de manière interprofessionnelle dans chaque cas.

2.27 — Des visites médicales régulières (au moins tous les 1 à 2 mois, ou plus si nécessaire), des consultations interdisciplinaires, des échanges et des discussions de cas sont essentiels pour la bonne prise en soins des personnes atteintes de démence. La clé de cette réussite réside dans un système de gestion des interfaces fonctionnel, éprouvé et consigné par écrit.

2.28 — L'utilisation de psychotropes s'appuie sur les recommandations de la Société professionnelle suisse de gériatrie¹³, qui privilégie une approche non médicamenteuse. L'utilisation de psychotropes pour traiter les SCPD (sauf en cas de symptômes psychotiques ou dépressifs) nécessite le consentement du représentant thérapeutique. Le principe suivant s'applique : aussi peu que possible et autant que nécessaire.

2.29 — L'intensité du traitement médical, consignée dans le plan de soins (p. ex. accord ou non concernant l'hospitalisation ou les antibiotiques¹⁴), fait l'objet de discussions avec les proches, au sein de l'équipe interdisciplinaire et, selon son état, avec la personne atteinte de démence au moment de l'admission et lors de tout changement de l'état de santé ou de la qualité de vie. Les décisions reposent sur l'évaluation de la qualité de vie subjective et sur la consignation systématique et régulière des ressources et des souhaits de la personne atteinte de démence (volonté présumée, directives anticipées, etc.).

11 OFSP (2011). Directives nationales concernant les soins palliatifs.

12 Cf. Savaskan, E. et W. Hasemann (2017). Leitlinie Delir. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Berne: Hogrefe.

13 Savaskan, E. et al. (2014). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). Praxis 103(3) : 135-148.

14 Cf. OFSP et palliative ch (2018) : La planification anticipée concernant la santé, en particulier en cas d'incapacité de discernement (« Advance Care Planning ») : Cadre général pour la Suisse. Berne.

Tableau 1 : outils d'évaluation pour le diagnostic et l'évaluation de la situation individuelle

| Saisie Démence sévère | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|
| Nom de l'outil | Source | Conduite | Interprétation |
| Montreal Cognitive-Assessment (MoCA) | Cf. projet SND 3.1 : recommandations de Swiss Memory Clinics pour le diagnostic des démences | Médecin | Médecin |
| Mini Mental Status Examination (MMSE) | Cf. projet SND 3.1 : recommandations de Swiss Memory Clinics pour le diagnostic des démences | Responsables démence (cf. 4.7) et experts de la démence (cf. 4.8), médecin | Responsables démence (cf. 4.7) et experts de la démence (cf. 4.8), médecin |
| Test de l'horloge (évaluation) | Cf. projet SND 3.1 : recommandations de Swiss Memory Clinics pour le diagnostic des démences | Responsables démence (cf. 4.7) et experts de la démence (cf. 4.8), médecin | Responsables démence (cf. 4.7) et experts de la démence (cf. 4.8), médecin |

| Saisie Fonctions quotidiennes | | | |
|----------------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------|
| Nom de l'outil | Source | Conduite | Interprétation |
| Indice de Barthel (évaluation) | Mahoney et Barthel (1965) ¹⁵ | Degré tertiaire A&B ¹⁶ | Degré tertiaire A&B, médecin |

| Saisie Douleur | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------|------------------------------|
| Nom de l'outil | Source | Conduite | Interprétation |
| Évaluation de la douleur en cas de démence (BESD) | Lagger et al. (2008) ¹⁷ | Degré tertiaire A&B | Degré tertiaire A&B, médecin |
| Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes (ECPA) | Morello et al. (2007) ¹⁸ | Degré tertiaire A&B | Degré tertiaire A&B, médecin |

¹⁵ Mahoney, F.I. und D.W. Barthel (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal 14: 61-65.

¹⁶ Il y a un degré tertiaire A (hautes écoles spécialisées [HES]) et deux degrés tertiaire B (écoles supérieures [ES] et examens professionnels fédéraux et professionnels fédéraux supérieurs).

¹⁷ Lagger, V. et al. (2008). Schmerzmanagement bei Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen. Pflege 21: 149-156.

¹⁸ Morello, R. et al. (2007). A scale to measure pain in non-verbally communicating older patients: The EPCA-2: Study of its psychometric properties.

Saisie
Délirium

| Nom de l'outil | Source | Conduite | Interprétation |
|--|--|---------------------|------------------------------|
| Delirium Observation Screening Scale (DOS) | Cf. projet SND 6.2 : promotion de l'évaluation interdisciplinaire dans les soins de longue durée | Degré tertiaire A&B | Degré tertiaire A&B, médecin |
| Confusion Assessment Method (CAM) | Cf. projet SND 6.2 : promotion de l'évaluation interdisciplinaire dans les soins de longue durée | Médecin | Médecin |
| Assessment of Geriatric Delirium Scale (I-AgeD) | Cf. projet SND 6.2 : promotion de l'évaluation interdisciplinaire dans les soins de longue durée | Médecin | Médecin |
| 4A's Test (4AT) | Cf. projet SND 6.2 : promotion de l'évaluation interdisciplinaire dans les soins de longue durée | Médecin | Médecin |

Saisie
Dépression

| Nom de l'outil | Source | Conduite | Interprétation |
|---|--|--|--|
| Échelle de Cornell pour les cas de dépression chez les personnes atteintes de démence (CSDD) | Cf. projet SND 6.2 : promotion de l'évaluation interdisciplinaire dans les soins de longue durée | Responsables démence (cf. 4.7) et experts de la démence (cf. 4.8), médecin | Responsables démence (cf. 4.7) et experts de la démence (cf. 4.8), médecin |
| Geriatric Depression Scale (GDS) | Cf. projet SND 6.2 : promotion de l'évaluation interdisciplinaire dans les soins de longue durée | Responsables démence (cf. 4.7) et experts de la démence (cf. 4.8), médecin | Responsables démence (cf. 4.7) et experts de la démence (cf. 4.8), médecin |

Saisie

Agressivité, agitation et autres troubles du comportement

| Nom de l'outil | Source | Conduite | Interprétation |
|--|--|--|--|
| Inventaire neuropsychiatrique (NPI) | Cf. projet SND 6.2 : promotion de l'évaluation interdisciplinaire dans les soins de longue durée | Responsables démence (cf. 4.7) et experts de la démence (cf. 4.8), médecin | Responsables démence (cf. 4.7) et experts de la démence (cf. 4.8), médecin |
| Algorithme BPSD-DATE | Cf. projet SND 6.2 : promotion de l'évaluation interdisciplinaire dans les soins de longue durée | Responsables démence (cf. 4.7) et experts de la démence (cf. 4.8), médecin | Responsables démence (cf. 4.7) et experts de la démence (cf. 4.8), médecin |
| Évaluation de la démence STI (Serial Trial Intervention) | Fischer et al. (2007) ¹⁹ | Degré tertiaire A&B | Degré tertiaire A&B |
| Présentation semi-visuelle des schémas de comportement | Goldbach (2019) ²⁰ | Degré tertiaire A&B | Degré tertiaire A&B |

19 Fischer, T. et al. (2007). Die «Serial Trial Intervention» (STI). Pflegezeitschrift 7: 370-373.

20 Goldbach, R. (2019). Pflegezentren Zürich, nach einer Idee der Sonnweid AG, Wetzikon (cf. annexe 1)

3 Infrastructure

3.1

L'aménagement de l'environnement permet de créer un cadre de vie qui véhicule un sentiment de sécurité, favorise une sensation de confort ainsi que les compétences individuelles et tient compte des limites de chacun. L'attention accordée à la relation ainsi que les agencements spatiaux et temporels font partie intégrante de la conception de l'environnement. Ces aménagements comprennent des éléments qui favorisent le bien-être, aident à s'orienter, encouragent les activités et l'intégration au sein de la communauté.

3.2

Des possibilités de se retirer sont créées, telles que des îlots de tranquillité dans la salle de séjour avec différentes possibilités de s'asseoir et de s'allonger, des salles ou des coins de repos pour se protéger contre les stimulations extérieures.

3.3

Pour les personnes atteintes de démence avancée il existe l'option des oasis de soins. Il s'agit selon le « Groupe d'experts sur les oasis de soins »²¹ : espace communautaire, résidence permanente pour les personnes atteintes de démence avancée, présence continue d'accompagnants durant la journée et un concept de soins sur mesure qui met l'accent le maintien et l'amélioration de la qualité de vie. Les bénéfices qu'une personne donnée pourrait tirer d'un transfert vers une oasis de soins font l'objet d'une analyse individuelle.

3.4

L'aménagement des espaces intérieurs et extérieurs, y compris l'éclairage, doit correspondre aux connaissances actuelles et aux bonnes pratiques cliniques. Le document « Pour un aménagement extérieur adapté aux personnes atteintes de démence »²² peut par exemple servir de fil rouge en la matière.

3.5

Les unités spécialisées dans l'accueil des personnes atteintes de démence disposent d'un espace extérieur librement accessible et sécurisé.

3.6

Afin de créer le plus grand espace de mobilité possible, il est recommandé de ne pas limiter la protection contre les fugues à une unité spécifique, mais de l'étendre à plusieurs unités ou à l'établissement entier, ou encore d'utiliser un système individuel pour prévenir qu'une personne s'égare (p. ex. GPS).

21 Brandenburg, H. et al. (2014). Lebensqualität von Bewohnerinnen einer Pflegeoase aus der Sicht von Pflegenden und Angehörigen – qualitative Befunde einer Evaluationsstudie. *Pflege* 27(2): 69–80.

22 Office de la vieillesse et des assurances de la Ville de Berne (2006). Pour un aménagement extérieur adapté aux personnes atteintes de démence. Recommandations à l'intention des institutions.

4 Ressources humaines

4.1

Lors de la sélection du personnel appelé à travailler dans une unité dédiée à l'accueil de personnes atteintes de démence, il convient de se focaliser sur des qualités ayant trait aux compétences sociales et personnelles telles que patience, empathie, calme, compassion, capacités relationnelles, tolérance à la frustration, plaisir à accompagner les personnes atteintes de démence, sensibilité pour les notions de proximité et de distance, grande capacité d'observation, vision humaniste, flexibilité, ouverture, humour et envie d'explorer « de nouvelles voies ».

4.2

Les études relatives au relevé de la charge de travail liée aux soins démontrent que la durée des tâches est plus longue avec les personnes atteintes de démence. Il convient d'en tenir compte lors de la planification des effectifs²³.

4.3

La planification des effectifs dans les unités spécialisées dans les démences repose sur les besoins particuliers des personnes atteintes de démence, 24 heures sur 24. La priorité est d'assurer une continuité en termes de personnel.

4.4

Tous les collaborateurs disposent de connaissances techniques spécifiques, approfondies, interdisciplinaires et orientées sur la pratique dans leurs relations avec les personnes atteintes de démence. Les connaissances professionnelles nécessaires (en particulier sur les questions de contact et de communication verbale et non verbale) doivent être acquises et actualisées en permanence par des formations de base et continues. Un approfondissement individuel de certains thèmes est par la suite indiqué. Pour ancrer les connaissances de façon durable, il importe de pouvoir s'appuyer sur des personnes ressources et des experts en matière de démence, du leadership, du travail d'équipe, de la tenue de l'organisation et des discussions interdisciplinaires de cas. Cette dynamique exerce un effet positif sur la qualité de vie des personnes atteintes de démence et constitue le garant d'une professionnalisation croissante des collaborateurs et d'une qualité de service élevée.

4.5

Les collaborateurs de l'intendance qui sont affectés de manière permanente à un secteur résidentiel pour personnes atteintes de démence sont, si nécessaire, inclus dans la planification et dans les discussions inhérentes à la prise en soins.

4.6

Des structures sont à disposition du personnel pour la discussion de situations complexes, l'échange d'idées, la réflexion sur les attitudes et les valeurs fondamentales. Un lien avec les organes d'éthique est assuré.

²³ Baumann, Alice (2012). CURAtime misst den Aufwand in Pflege, Hauswirtschaft und Hotellerie: Arbeitszeitanalyse zeigt auf einen Blick, ob die Massnahmen Früchte tragen. Curaviva 83 (1).

4.7

— Dans chaque équipe, un collaborateur au bénéfice d'une formation spécifique (degré tertiaire A&B) est disponible en tant que personne-ressource en matière de démence. Ces personnes ressources sont des référents pour les questions et les préoccupations liées aux rapports avec les personnes atteintes de démence. Ils identifient à temps les situations critiques, guident les membres de l'équipe et leur fournissent un retour constructif qui favorise une approche adéquate de la démence et permet ainsi de promouvoir la qualité de vie des résidents. Ils soutiennent la mise en œuvre des recommandations, conduisent les évaluations évoquées plus haut, savent les interpréter, en discuter de manière interprofessionnelle et s'adjoindre d'autres spécialistes.

4.8

— En outre, les institutions disposent d'un-e spécialiste de la démence. Cette personne est au bénéfice d'un diplôme d'infirmière ou d'infirmier ES/HES ainsi que d'une solide expérience pratique et de connaissances théoriques (de l'ordre d'un CAS sur la démence). Cette personne peut être sollicitée par les équipes pour des conseils et un soutien pratique. Elle intervient régulièrement dans la pratique. Son offre de soutien s'adresse au personnel, aux personnes atteintes de démence et aux référents externes. Elle s'étend aux domaines suivants : désescalade lors de situations critiques, accompagnement/formation et soutien pratique lors de comportements difficiles, conduite de discussions de cas et animation d'échanges interdisciplinaires, ou encore formation continue.

4.9

— L'équipe médicale (y compris médecins de famille) dispose de connaissances spécifiques en matière de démence et de soins palliatifs. Elle participe à des formations (cf. 4.4) et respecte les principes de l'institution, sur le plan méthodologique et comportemental.

4.10

— Une consultation gériatrique et/ou gérontopsychiatrique de spécialistes internes ou externes est à disposition du personnel.

5 Autodétermination des personnes atteintes de démence

5.1

— L'autodétermination de la personne atteinte de démence est encouragée et garantie par divers moyens, méthodes et structures (cf. Directives de l'ASSM pour la prise en charge et le traitement des personnes atteintes de démence²⁴).

5.2

— La compétence d'autodétermination dans les différents domaines de la vie est évaluée en fonction de la situation et intégrée à la prise en soins.

5.3

— Le personnel tient compte du droit à l'autodétermination de la personne atteinte de démence, mais est capable de reconnaître lorsque la personne est dépassée par les décisions à prendre. La prise en soins est alors évaluée et adaptée en conséquence.

5.4

— La personne atteinte de démence peut être un danger pour elle-même et pour autrui pour différentes raisons. Si possible, le personnel cherche à y remédier par des mesures peu intrusives. Si elles ne suffisent pas, il est parfois nécessaire de recourir à des mesures limitatives de la liberté de mouvement ou à des traitements médicamenteux. Il s'agit là de mesures de contrainte qui constituent des atteintes graves dans la personnalité. De telles mesures ne doivent pas être prises uniquement parce que la personne concernée perturbe la routine hospitalière ou pour faciliter le travail des soignants. L'administration dissimulée de médicaments fait partie des mesures de contrainte. En cas de mesures de contrainte, quelles qu'elles soient, les exigences légales et les processus recommandés doivent être respectés (cf. Directives de l'ASSM sur la prise en charge et le traitement des personnes atteintes de démence²⁵).

5.5

— Tous les collaborateurs respectent la vie privée de la personne atteinte de démence.

5.6

— La sensualité et la sexualité sont des besoins fondamentaux de tous les êtres humains. Les personnes atteintes de démence ne font pas exception, et il appartient à tous les collaborateurs d'aborder ces situations avec tact. Chaque institution se penche sur cette thématique.

24 https://www.samw.ch/dam/jcr:389a7c7c-316e-4615-badb-05b5255a5302/directives_assm_demence.pdf

25 https://www.samw.ch/dam/jcr:389a7c7c-316e-4615-badb-05b5255a5302/directives_assm_demence.pdf

6 Alimentation

6.1

— Une attention particulière est accordée à l'atmosphère conviviale et chaleureuse des repas. L'expérience d'un repas partagé est également encouragée par des rituels et par la participation active des résidents. Les souhaits exprimés sont spontanément pris en compte et les habitudes (p. ex. manger seul) sont respectées. Les personnes de soutien attirées permettent de créer une ambiance et un accompagnement adaptés à la situation de chacun durant les repas. Elles motivent, guident, dirigent et, si nécessaire, aident le résident à prendre un repas adapté à ses besoins. Dans la mesure du possible, l'accompagnant mange avec la personne atteinte de démence (repas familial, repas agogique).

6.2

— La table à manger doit être aménagée de façon agréable et claire, la disposition des couverts doit faciliter leur utilisation. Aucun objet inutile ne doit y être placé afin d'éviter les distractions pendant les repas.

6.3

— Une alimentation et une présentation des repas compatibles avec la démence sont offerts.

- Aliments lisses (smooth food) : différentes méthodes de préparation permettent de donner aux aliments une consistance lisse sans qu'ils perdent leurs composants ou leur goût.
- Fingerfood : les aliments et certains plats sont spécialement apprêtés pour pouvoir être consommés avec les doigts.
- Petites portions à haute densité énergétique et avec une grande quantité de protéines : l'aliment est enrichi (p. ex. avec du beurre ou de la crème) et riche en calories. En effet, le besoin accru de mouvement nécessite un apport calorique plus important.
- Cuisine dans l'unité ou front cooking régulier : les ingrédients préparés à l'avance sont ensuite apprêtés dans l'unité devant ou avec les personnes atteintes de démence (p. ex. faire revenir des oignons).
- Restauration itinérante : pour les personnes atteintes de démence qui ont un besoin accru de mouvement, les repas sont disposés de telle sorte qu'elles puissent se servir en passant.
- Des repas en libre-service dans des compartiments fermés à clé/des buffets facilitent le choix et permettent de faire des portions individuelles. De plus, ils répondent aux habitudes culturelles, à l'autonomie et à l'autodétermination de nombreuses personnes.

6.4

— Les aliments doivent être facilement reconnaissables. Seuls sont servis les aliments à consommer. Les moyens auxiliaires doivent être utilisés de manière ciblée.

6.5

— Des îlots de restauration et d'alimentation sont disposés à certains endroits de l'institution et des petites collations invitent à manger en marchant. Les médicaments sont donnés séparément du repas (si nécessaire) afin de ne pas altérer le goût des aliments ou interrompre la concentration du résident sur son repas.

6.6

—
La malnutrition est retardée autant que possible.

6.7

—
Si la personne atteinte de démence ne boit et ne mange pas, il faut en premier lieu exclure les causes somatiques et psychiatriques possibles et se montrer inventif pour proposer à manger et à boire à toutes les occasions qui s’y prêtent. Il convient de renoncer à la contrainte et à l’alimentation artificielle.

Exemples de mise en œuvre des recommandations

Recommandation A.2

Madame M. possède une imposante garde-robe qu'elle réorganise plusieurs fois par jour. À chaque occasion, elle change de tenue et combine ses vêtements de façon originale. Les soignants l'encouragent dans cette action, car ils estiment que le fait de se changer et ranger ses vêtements constitue une ressource pour elle (leur expression et leur gestuelle sont en accord avec leurs paroles). Les proches de Madame M. sont préoccupés (quantité de lessive importante et apparence osée). Les soignants discutent de la stratégie adoptée avec la famille.

Recommandation A.2/2.6/2.10

Madame F. a été vendeuse dans un magasin d'articles ménagers durant 50 ans. Aujourd'hui, elle aime accumuler des objets, surtout s'ils brillent et qu'ils peuvent (à l'occasion) être réutilisés. Les fourchettes l'attirent tout particulièrement. Elle en ramasse tous les jours et les met dans son grand sac à main. Elle s'oppose avec véhémence à toute demande de rendre ces fourchettes. La seule stratégie efficace consiste à lui proposer de faire un inventaire en sa présence. Il est ainsi possible de compter les fourchettes (également celles qui se trouvent dans son sac), de les nettoyer puis de les ranger dans le tiroir.

Recommandation A.8

Pendant trois jours, l'infirmier M. a accompagné Madame O. et lui a prodigué des soins. Elle crie presque sans arrêt « Aiuto, aiuto, o Mamma mia » (elle fait la même chose avec d'autres professionnels). Le quatrième jour, il exprime le souhait de ne pas s'occuper de Madame M. L'équipe comprend sa demande et y adhère.

Recommandation A.1/A.2./2.1

Monsieur S. dort parfois 48 heures d'affilée, puis reste éveillé pendant 72 heures. L'équipe a adapté toutes les interventions (p. ex. repas durant la nuit, hygiène corporelle, administration de médicaments) à son rythme.

Recommandation 2.1/2.5./2.13

Madame B. aborde toutes les personnes qu'elle croise et leur demande à manger. Elle mange tout ce qui se trouve à sa portée. Elle est déjà en surpoids (25 kilos) et souffre de diabète. Son surpoids affecte sa mobilité et sa capacité respiratoire. Si son envie de manger n'est pas satisfaite/si elle essuie un refus, elle s'accroche aux soignants, insiste, élève le ton, s'approche de son interlocuteur d'un air menaçant et le secoue. Lors du colloque, il est décidé de ne plus utiliser le mot « non » lorsqu'un refus lui est adressé. L'équipe choisit plutôt de lui dire : « Bien sûr, à chaque heure pleine vous recevez quelque chose à manger ». Cette approche a des effets positifs sur le sentiment de satisfaction de Madame B.

Recommandation 2.9

Lorsque le personnel pénètre dans sa chambre de Monsieur L. (peu importe qui et pourquoi), il réagit par des cris, des coups, il repousse et pince le soignant, sa fréquence respiratoire augmente, et une expression tendue se lit sur son visage. Une adaptation de l'approche ainsi qu'une acceptation de ce comportement ont permis d'éviter la récurrence de ces incidents. Ainsi, après avoir frappé, la porte est entrouverte, un contact visuel avec le résident est recherché. Si son visage et sa gestuelle expriment un refus, personne n'entre. La personne venue le voir lui dit alors : « Je ne veux pas vous déranger, je reviendrai plus tard. Est-ce que cela vous convient ? ».

Recommandation 2.10/2.18/4.6

Depuis trois mois, Monsieur K. refuse catégoriquement toute hygiène corporelle. Il affirme s'en occuper lui-même tous les jours et ne pas avoir besoin de l'aide d'un tiers pour prendre sa douche. Lors du colloque, il est décidé de privilégier la relation de confiance. En parallèle, d'autres mesures d'hygiène sont proposées à Monsieur M. (p. ex. bain de pieds), elles permettent également d'évaluer ses habitudes. Ces mesures sont discutées avec les proches.

Recommandation 2.12

Monsieur X. ne trouve pas les WC et urine dans la poubelle ou dans la douche. Pour l'aider à s'orienter, la lunette des WC est changée. De couleur rouge, la nouvelle lunette est bien visible car elle contraste fortement avec les autres objets qui se trouvent dans la salle de bains. Désormais, Monsieur X. la reconnaît et peut utiliser les WC de manière autonome.

Recommandation 2.13

Madame K. est très agitée et interpelle plusieurs fois par jour différents collaborateurs : « Aidez-moi, on a volé mes sous-vêtements, tout a disparu ! ». Au sein de l'équipe interdisciplinaire, il est décidé de valider ses préoccupations en lui répondant : « Je vois que vous êtes fâchée et que cela vous préoccupe. Le vol est quelque chose de grave. Il est donc important que nous soyons honnêtes les uns avec les autres. Mais comme dit le proverbe : bien mal acquis... » et Madame K. de terminer « ne profite jamais ».

Recommandation 2.14

Monsieur G. est un homme très soigné, également dans ses contacts avec autrui. Atteint de diarrhée, il a à plusieurs reprises urgemment besoin d'aide pour aller aux toilettes. Alors que la soignante est en train de l'assister, Monsieur G. lui dit : « C'est moi, Jean, tu peux m'appeler Jean, on est entre nous, hein ? ». La soignante éprouve une certaine gêne à s'adresser à Monsieur G. par son prénom et continue d'utiliser son nom de famille. Monsieur G. lui dit alors : « Mais enfin, je te l'ai déjà dit, c'est moi Jean, tu peux m'appeler Jean. » Au vu de cette situation d'intimité particulière, la soignante accède à son souhait et appelle le résident par son prénom, tout en continuant à le vouvoyer. En dehors de cette situation, la soignante n'appelle plus Monsieur G. par son prénom, car la situation ne s'y prête plus. Une fois ces problèmes de diarrhées terminés, Monsieur G. n'a plus réitéré sa demande.

Recommandation 2.15

Madame R. éprouve un important besoin de mouvement. Toutefois, comme Madame R. a des difficultés à coordonner ses mouvements, elle chute presque quotidiennement. La physiothérapeute et l'experte en démence proposent à Madame R. de s'asseoir au sol avec elles. Cette mesure conduit au fil du temps à une amélioration significative de son humeur, et lui permet de réaliser ses mouvements sans risque de chute (entraînement à la mobilité assise en physiothérapie). Une possibilité de se mouvoir au sol est également aménagée dans la chambre de Madame R.

Recommandation 5.1

Madame J. éprouve un important besoin de bouger et déambule toute la journée dans l'unité. Elle aime les belles chaussures, chaque matin c'est le même rituel : après sa toilette matinale et son petit-déjeuner, Madame J. part à la recherche « de jolies chaussures » à son goût (en dépit de ses propres chaussures qu'elle enfle immédiatement après sa toilette). Elle jette régulièrement son dévolu sur les chaussures portées par d'autres résidentes ou collaboratrices. Dès qu'elle a trouvé des chaussures qui lui plaisent, elle les retire à sa propriétaire (avec brusquerie en cas de résistance) et les porte jusqu'au coucher. Son comportement provoque évidemment un sentiment d'inconfort et de malaise chez les personnes avec qui elle est en contact. Il est alors décidé d'installer dans la chambre de Madame J., dans un endroit bien visible, une étagère sur laquelle sont placées ses propres chaussures préférées. Désormais, elle se lève le matin, choisit une paire de jolies chaussures et délaisse le rituel adopté précédemment.

Recommandation 5.3

Madame V. se tient debout devant son armoire, effleure ses vêtements et rayonne. Lorsqu'on lui demande lesquels elle aimerait porter, des signes de stress apparaissent (tension corporelle, visage crispé et fréquence respiratoire élevée). Le personnel soignant laisse Madame V. observer et toucher ses vêtements. Puis il lui propose de s'asseoir et de boire un café. Pendant ce temps, le personnel sélectionne quelques vêtements qu'il présente ensuite à Madame V., qui peut alors faire son choix.

Instructions

Source : Goldbach, R. (2019). Établissements de soins de Zurich, d'après une idée de Sonnweid AG, Wetzikon

Instructions concernant la présentation semi-visuelle : observation de l'évolution des schémas de comportement

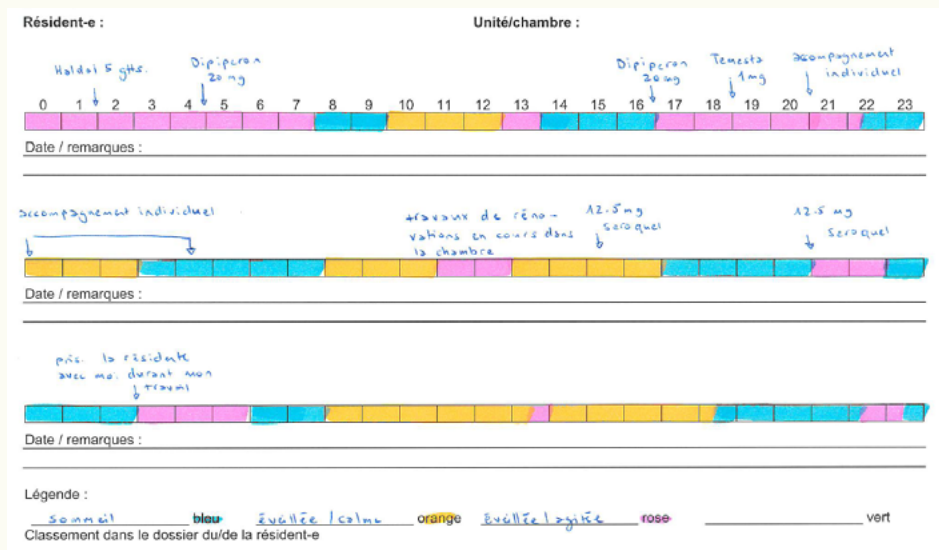
La présentation semi-visuelle des schémas de comportement sert à avoir un rapide aperçu des moments de la journée lors de situations pendant lesquelles des schémas de comportement donnés (perturbés ou souhaités) surviennent.

Tenir une fiche permet de recenser des schémas de comportement prédéfinis sur une période de trois jours. Au minimum, le schéma de comportement perturbé ainsi que des informations sur le résident éveillé devrait être documenté sur 24 heures. Il convient d'utiliser des marqueurs de différentes couleurs : p. ex. bleu pour les cris, orange pour les comportements calmes et adéquats, rose pour les fortes agitations motrices et vert pour le sommeil.

De plus, utiliser des flèches sur la ligne du temps pour signaler les moments où des mesures ont été prises, mesures qui visent à influencer le comportement du résident : p. ex. visites, mesures d'encadrement, protection contre les stimuli, administration d'un médicament de réserve.

Il est également possible de relever les particularités de la journée (p. ex. travaux de construction, fête de Noël) ou de compléter brièvement la représentation visuelle des schémas de comportement (p. ex. en ce qui concerne l'intensité du comportement).

Exemple de documentation des schémas de comportement (exemple : trouble de sommeil)



Source : Goldbach, R. (2019). Établissements de soins de Zurich, d'après une idée de Sonnweid AG, Wetzikon

IMPRESSUM

Éditeur

Alzheimer Suisse
Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Auteurs

Collaboratrices d'Alzheimer Suisse
Bieri, Gaby (établissements de soins de la ville de Zurich, service gériatrique)
Silva-Lima, Silvia (établissements de soins de la ville de Zurich, centre de soins d'Entlisberg)
Widmer, Beatrice (établissements de soins de la ville de Zurich, centre de formation sur la santé, Zurich)

Contact

Alzheimer Suisse
Gurtenstrasse 3
3011 Berne
058 058 80 20
info@alz.ch

Date de publication

Juin 2020

Commande d'exemplaires supplémentaires

OFCL, Vente des publications fédérales, CH-3003 Berne
www.publicationsfederales.admin.ch
Numéro d'article OFCL: 311.807.f

Versions linguistiques

Cette publication est disponible en français, en allemand et en italien.

Version numérisée

Disponible en format PDF dans toutes les langues
www.strategienationaledemence.ch

Vous trouverez ici les différentes publications et les informations complémentaires

www.strategienationaledemence.ch

Mise en page

moxi ltd.

Élaboré dans le cadre de:



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

