



Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Maladie d'Alzheimer Diagnostic et prise en soins en EHPAD

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





- **L'admission** d'une personne dans un établissement d'hébergement nécessite de s'assurer préalablement de **l'adéquation** entre les **attentes** et les **besoins** de la personne (projet de vie et projet de soins) et le **projet d'établissement**
 - La décision d'entrer en institution devrait être l'aboutissement d'un processus élaboré au fil de l'évolution de la maladie (sans attendre une situation d'urgence ou un épuisement de l'aidant)
 - Ses objectifs doivent être clairement définis



- **La préparation à l'admission (pré-admission)**
 - **Prise de contact**
 - **Évaluation multidimensionnelle des besoins et attentes de la personne**

Le diagnostic de déclin cognitif doit être au moins partiellement posé dès la visite de pré-admission

- **Après l'admission**
 - **Poursuite de la démarche diagnostique**
 - **Élaboration du projet de soins et de vie personnalisé**



- Une première prise de contact est l'occasion d'un **entretien** avec la personne et sa famille, d'une **visite** de l'établissement et de la présentation du **projet d'établissement** (fonctionnement général, modalités d'accueil, limites de la prise en charge, etc.)
 - Cette première étape permet de rechercher le consentement de la personne et de ses proches et leur adhésion au projet d'établissement
 - Elle peut être l'occasion de proposer une prise de contact progressive avec l'établissement (accueil de jour, participations ponctuelles à des activités, des repas, visites successives, etc.)



- **L'évaluation multidimensionnelle des besoins et des attentes de la personne**
 - Elle entre dans le cadre d'une **démarche diagnostique**
 - **Elle permet de confronter les besoins, les attentes et les capacités de l'établissement à y répondre**
 - **Elle comprend une évaluation gériatrique**, réalisée dans l'établissement par le médecin coordonnateur en partenariat avec le médecin traitant, ou en externe (consultation mémoire, hôpital de jour, etc.)
 - **Évaluation de l'état de santé physique** (état nutritionnel, comorbidités, soins spécialisés, etc.)
 - **Évaluation des capacités cognitives (MMSE) et sensorielles**
 - **Évaluation des capacités fonctionnelles et de l'autonomie** (toilette, habillage, repas, motricité, etc.). Cette évaluation sera renouvelée après deux semaines de vie dans l'établissement
 - **Évaluation d'éventuels troubles psychologiques et comportementaux** (agitation, cris, déambulation, opposition/refus ou négociation de soins)



- **L'évaluation multidimensionnelle des besoins et des attentes de la personne**
 - Elle comprend un recueil de données dans le dossier de soins infirmiers
 - La participation d'un psychologue est souhaitable



- **Le directeur de l'établissement décide de l'admission de la personne en fonction de sa volonté et des évaluations effectuées, et en tenant compte de l'avis du médecin coordonnateur**
 - En cas de refus de la personne, il peut être nécessaire d'évaluer le rapport bénéfice/risque des différentes alternatives. La moins mauvaise solution est parfois l'institutionnalisation de la personne contre sa volonté
- **Après l'admission, la démarche diagnostique engagée en pré-admission est poursuivie**
 - Attention de laisser à la personne accueillie le temps de retrouver un équilibre de vie au sein de l'établissement (environ 1 mois)
- **L'admission de la personne dans l'établissement engage ce dernier à élaborer un projet de soins et de vie personnalisé**
 - Le projet de soins et de vie est la formalisation des réponses de l'établissement aux besoins et attentes de la personne : il requiert l'avis de la personne sur les réponses proposées



- **La démarche diagnostique est engagée dès la pré-admission**
- **Le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou apparentée nécessitent des compétences pluridisciplinaires**
 - Médecin traitant, médecin coordonnateur, gériatre, neurologue, psychiatre
 - Divers et nombreux autres professionnels (neuropsychologue, psychologue, psychomotricien, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, assistant social, infirmier, aide-soignant, aide médico-psychologique, assistant de soins en gérontologie, animateur, etc.), dont ceux de la coordination (IDE coordinatrice de services de soins infirmiers à domicile, gestionnaires de cas des MAIA, coordonnateurs des réseaux de santé et CLIC...)
- **Il est recommandé que le diagnostic soit posé dès les premiers symptômes**
 - Les critères diagnostiques sont ceux du **DSM-IV-TR** ou du **NINCDS-ADRDA**



- **Entretien avec la personne et un accompagnant fiable (1)**
 - **Antécédents médicaux personnels et familiaux**
 - Antécédents familiaux de maladie d'Alzheimer
 - Antécédents et facteurs de risque cérébro-vasculaire
 - Antécédents psychiatriques
 - Antécédents traumatiques
 - Prise de médicaments (traitements antérieurs et actuels), d'alcool ou de toxiques
 - Syndrome confusionnel antérieur
 - **Histoire personnelle, mode et lieu de vie**
 - Niveau socio-culturel, activité professionnelle, statut marital, environnement social et familial, type d'habitat avant l'admission dans l'établissement, etc.



- **Entretien avec la personne et un accompagnant fiable (2)**
 - **Histoire de la maladie**
 - **Mode de début insidieux, évolution progressive des troubles**
 - **Recherche de symptômes évoquant une détérioration intellectuelle**
 - Troubles de la mémoire, troubles de l'orientation temporo-spatiale, troubles des fonctions exécutives, du jugement et de la pensée abstraite, troubles du langage, difficultés à réaliser des gestes et actes de la vie courante malgré des fonctions motrices intactes (apraxie), difficultés à reconnaître des personnes ou des objets malgré des fonctions sensorielles intactes (agnosie)
 - **Changement de comportement**
 - **Retentissement des troubles sur les activités quotidiennes**



- **Évaluation cognitive globale**

- **MMSE (30 items)**

- Résultats interprétés selon l'âge, le niveau socio-culturel, l'activité professionnelle et sociale, l'état affectif (dépression, anxiété) et le niveau de vigilance
- Score $\leq 24/30$: il existe des troubles cognitifs

- **Il existe d'autres tests de repérage complémentaires**

- Épreuve de rappel des 5 mots, test de l'horloge, tests de fluence verbale, etc.



- **Évaluation fonctionnelle** (retentissement des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne)
 - Échelle *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL)
 - Échelle *Activities of Daily Living* (ADL)
 - **Échelle simplifiée comportant les 4 items les plus sensibles** (utilisation du téléphone, des transports, prise des médicaments, gestion des finances)



- **Évaluation thymique et comportementale**

- **Compléter et formaliser l'impression clinique en utilisant le *NeuroPsychiatric Inventory*, version équipe soignante (NPI-ES)**
 - Ou l'échelle de dysfonctionnement frontal (EDF)
- **Rechercher et évaluer plus spécifiquement une dépression (critères DSM-IV-R) avec l'échelle *Geriatric depression scale* (GDS) ou la mini GDS**
- **Recensement des réponses apportées en cas de troubles antérieurs**



- **Examen clinique**

- **État général** (poids, état nutritionnel et hydratation) **et cardio-vasculaire** (hypertension artérielle, troubles du rythme)
- **Degré de vigilance** (recherche d'une confusion mentale)
- **Déficits sensoriels** (visuel, auditif) **et moteurs**
- **Recherche de signes neurologiques** faisant évoquer un autre diagnostic que celui de maladie d'Alzheimer ou l'existence d'une comorbidité

- **Recherche de signes évolutifs d'une pathologie associée**
(diagnostiquée ou non)

- **Dépression, anxiété, maladie psychiatrique antérieurement diagnostiquée**
- **Maladie cardio-vasculaire, insuffisance rénale, troubles métaboliques, apnées du sommeil, complication iatrogène, prise de toxique, etc.**



3 situations possibles

- 1. L'évaluation initiale est en faveur d'un déclin cognitif**
Diagnostic et prise en charge assurés conjointement par le médecin traitant, le médecin coordonnateur et le spécialiste
- 2. Il persiste un doute sur l'intégrité des fonctions cognitives ou des atypies dans la présentation des troubles**
Réaliser un examen neurologique, neuropsychologique et psychiatrique approfondi
- 3. Les fonctions cognitives, les comportements, l'humeur et l'autonomie sont normaux**
Proposer une nouvelle évaluation cognitive 6 à 12 mois plus tard



- **Objectif** : rechercher une autre cause aux troubles cognitifs observés et dépister une comorbidité et orienter les choix thérapeutiques
- **Examen cardio-vasculaire**
 - Notamment un **électrocardiogramme** en prévision d'une prescription potentielle d'anticholinestérasique
- **Examens biologiques**
 - **Le bilan** : TSH, hémogramme, ionogramme sanguin, calcémie, glycémie, albuminémie, bilan rénal
 - **Et, selon le contexte clinique** : vitamine B12, folates, bilan hépatique, sérologie syphilitique, VIH ou de la maladie de Lyme



- **Imagerie cérébrale**

- **IRM (ou à défaut scanner) systématique en cas de démence de découverte récente**
- TEMP (voire TEP) en cas de démence atypique, de doute sur une DLFT ou une autre atrophie focale
- Scintigraphie (DATscan®) en cas de doute sur une démence à corps de Lewy

- **Autres examens, selon le contexte clinique**

- Analyse du LCR, EEG, étude génétique, biopsie cérébrale



- **Il est recommandé d'annoncer le diagnostic à la personne et à son entourage si elle est d'accord**
 - Car « **Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé** » (loi du 04 mars 2002, art. L. 1111-2 du Code de la santé publique)
 - En plusieurs étapes selon la réceptivité de la personne, voire de façon répétée à des moments différents
 - En tenant compte de l'histoire de vie de la personne, de sa représentation de la maladie et de ses craintes
 - Y compris à un stade tardif, en prenant en compte ses difficultés de compréhension (choix des mots) et de communication
- **Le médecin qui a établi le diagnostic est responsable de l'annonce**
 - Si possible en concertation entre le médecin spécialiste et le médecin traitant et accompagnée par le médecin coordonnateur en EHPAD
- **Pas d'annonce diagnostique sans prise en charge thérapeutique spécifique**



- En institution, la **prise en charge thérapeutique** de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou apparentée s'inscrit dans le cadre de son **projet de soins et de vie**
- **Elle comprend :**
 - Les traitements médicamenteux spécifiques
 - Les interventions non médicamenteuses
 - Le suivi



- **Le traitement médicamenteux spécifique est une option laissée à l'appréciation du prescripteur : il tient compte des préférences du patient et du rapport bénéfice/risque du traitement envisagé**
 - **Quel que soit son âge et le stade de la maladie auquel le diagnostic est porté** (hormis le stade très sévère, score MMSE < 2)
 - **Lorsque le diagnostic a été annoncé**
 - Et en prenant en compte son rapport bénéfice/risque
 - **Il est instauré par un neurologue, un gériatre ou un psychiatre, conformément à l'AMM**
 - Un électrocardiogramme (ECG) est recommandé avant la prescription d'un inhibiteur de la cholinestérase



- **Au stade léger (MMSE > 20) :**
un inhibiteur de la cholinestérase (donépézil, galantamine, rivastigmine)
- **Au stade modéré (10 < MMSE < 20) :**
un inhibiteur de la cholinestérase ou un antiglutamate (mémantine)
- **Au stade sévère (MMSE < 10) :**
un antiglutamate
- **La bithérapie n'a pas fait la preuve de son efficacité et n'est pas recommandée**



- **Instauration et suivi du traitement (tolérance, efficacité)**
 - **Le traitement est institué à la dose minimale puis la posologie est augmentée progressivement** jusqu'à la dose maximale préconisée et tolérée
 - **Le patient est revu à un mois** pour l'évaluation de la tolérance et un ajustement de la posologie
 - **En cas d'intolérance ou d'impossibilité d'atteindre les doses maximales recommandées** : possibilité de substituer un inhibiteur de la cholinestérase par un autre (forme légère à modérée) ou par l'antiglutamate (forme modérée à sévère)
- **Il n'est pas recommandé d'arrêter les traitements spécifiques sur les seuls critères de score au MMSE, d'âge ou d'entrée en institution**
 - **L'arrêt du traitement est envisagé au cas par cas**
 - En cas d'intolérance et malgré des adaptations thérapeutiques
 - Lorsque l'interaction avec le patient n'est plus évidente, en tenant compte de l'ensemble du contexte et au cas par cas



- Elles sont un **élément important** de la prise en charge thérapeutique de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou apparentée
 - Elles comprennent l'accompagnement de la personne dans sa vie quotidienne et des activités spécifiques
- Elles s'inscrivent dans le cadre du **projet de soins et de vie** de la personne
 - Elles ont pour objectifs l'amélioration du confort de la personne et la préservation de son autonomie : changement d'état de la personne dans le sens d'une amélioration et maintien de sa qualité de vie, de ses capacités restantes, ralentissement du déclin de ses capacités
 - Elles se distinguent de l'animation qui vise avant tout à donner du plaisir aux personnes sans forcément modifier leur état de santé



- **Les activités spécifiques sont pratiquées par un personnel qualifié et formé**
 - Elles peuvent être proposées à titre individuel ou collectif
 - Elles sont proposées en fonction des capacités, des envies, des centres d'intérêt, etc. de la personne
 - Leur mise en œuvre suit une méthodologie formalisée : bilan initial, choix d'une indication de telle ou telle intervention, mise en place d'un programme séquencé dans le temps et évaluation de l'effet de l'action thérapeutique sur la cible définie



- **Interventions portant sur la qualité de vie**
 - Confort physique et psychique, environnement adapté, personnel suffisant en nombre et formé
- **Prise en charge psychologique et psychiatrique**
 - Faire face aux bouleversements liés à la maladie, maintien d'une image de soi
- **Interventions portant sur la cognition**
 - Réadaptation, revalidation, stimulation cognitive, ateliers mémoire
- **Interventions portant sur l'activité motrice**
 - Kinésithérapie, activité physique et incitation au mouvement, ergothérapie, psychomotricité
- **Prise en charge orthophonique**
 - Langage, communication, troubles de déglutition
- **Interventions portant sur le comportement**
 - Animations flash, musique, danse, massages ou toucher bien-être, thérapie par empathie, aromathérapie, stimulation multisensorielle, thérapie de la présence simulée, thérapie par les animaux familiers, remédiation cognitive, thérapie par reminiscence, luminothérapie, etc.

Toute intervention peut avoir un impact dans plusieurs des domaines listés



- **Le suivi recommandé est pluridisciplinaire, piloté par le médecin coordonnateur en lien avec le médecin traitant, et structuré selon des modalités dépendantes du contexte local et des ressources disponibles**
- **Les différents niveaux de suivi**
 - Le suivi par un spécialiste
 - Le suivi standardisé tous les 6 mois
 - Le suivi rapproché par le médecin traitant, en lien avec le médecin coordonnateur



- **Le suivi par un spécialiste** (gériatre, neurologue, psychiatre)
 - **6 mois après l'annonce du diagnostic** ou pour ajustement des médicaments spécifiques, puis au moins une fois par an
 - **Il réévalue et ajuste le diagnostic**, l'efficacité et la tolérance du traitement médicamenteux, la prise en charge
 - **Si un traitement spécifique a été prescrit, sa poursuite au-delà de 6 mois doit faire l'objet d'une réévaluation attentive** : si les objectifs attendus sont atteints et en l'absence d'effets indésirables graves, le traitement pourra être renouvelé une fois
 - **Après un an, la poursuite du traitement sera décidée avec l'aidant et le patient si possible**, après une **concertation** associant médecin traitant, spécialiste prescripteur, réseau de soins et sous réserve que l'efficacité à un an ait été maintenue



- **Le suivi standardisé tous les 6 mois**
 - Il est piloté ou effectué par le médecin coordonnateur en lien avec le médecin traitant
 - Il comprend :
 - **Une évaluation médicale de l'état physique de la personne**
 - Examen clinique général
 - État nutritionnel
 - Chutes et risques de chute
 - Comorbidités et complications iatrogènes
 - **Une évaluation cognitive globale par le MMSE**
 - **Une évaluation comportementale, au mieux par le NPI-ES**
 - **Une évaluation fonctionnelle des actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, déplacement, etc.)**



- **Le suivi rapproché par le médecin coordonnateur, en lien avec le médecin traitant**
 - **Au minimum tous les 3 mois, et davantage si le contexte le nécessite, notamment en cas de survenue d'un événement intercurrent (comorbidité, trouble psychologique ou comportemental, etc.)**
 - **Il surveille :**
 - **le poids et l'état nutritionnel** (la perte de poids est fréquente et le risque de dénutrition majoré chez la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou apparentée)
 - **le pouls et la tension artérielle**
 - **les comorbidités**
 - **l'observance, la tolérance et l'efficacité des traitements médicamenteux et non médicamenteux**
 - **les traitements (réévaluation de l'ordonnance)**



- **Le suivi au quotidien est assuré par l'équipe soignante**
 - **Au plus près des personnes, les soignants repèrent et signalent tout événement « anormal »**
 - « Je repère, j'en parle, nous agissons »
 - **Ils sont attentifs**
 - À des changements de comportement ou d'humeur
 - À l'appétit et à la consommation alimentaire
 - À tout signe pouvant faire évoquer une douleur, un inconfort, un trouble digestif, une infection, etc.



- **En cas de changement comportemental récent, il est recommandé d'en rechercher la cause et en priorité :**
 - **Une comorbidité** : un fécalome, une infection (notamment urinaire ou dentaire), une rétention urinaire, un trouble métabolique, une mycose (surtout buccale), une décompensation d'une pathologie chronique, une comorbidité neurologique (AVC, hématome sous-dural, crise comitiale non convulsivante, etc.)
 - **Une cause iatrogène**
 - **Une douleur**
 - **Un syndrome dépressif**
 - **Une modification ou une inadaptation de l'environnement** (changement d'équipe, de mode de prise en soins, survenue d'événements familiaux)



- **Évaluer la gravité et le caractère d'urgence et rechercher les signes d'appel**
 - **Examen clinique dans une atmosphère calme**
 - **Examens complémentaires recommandés**
 - Hémogramme ; ionogramme, urée et créatinine sanguins ; bilan hépatique ; C-réactive protéine (CRP) et vitesse de sédimentation (VS) ; calcémie, créatine phosphokinase (CPK), troponine ; glycémie ; bandelette urinaire, et examen cyto bactériologique des urines (ECBU) si résultat positif
 - Selon les signes d'appel :
 - Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP), radiographie des poumons, voire scanner cérébral
 - Électrocardiogramme
 - Albuminémie



- **La prise en charge**

- **Traiter les causes curables intercurrentes**

- Traiter les pathologies aiguës ou les décompensations de pathologie chronique
- Soulager une douleur éventuelle, un inconfort

- **Proposer des interventions non médicamenteuses appropriées**

- Rechercher un sens au trouble du comportement, en équipe
- Prise en charge par un psychologue

- **Apporter les modifications environnementales nécessaires**

- Dans la vie quotidienne, en fonction des circonstances de survenue du trouble du comportement
- Éventuellement proposer un accueil dans un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) ou dans une unité d'hébergement renforcée (UHR)

- **Si les mesures non médicamenteuses sont insuffisantes et après évaluation du rapport bénéfice/risque, proposer un traitement médicamenteux (antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques)**



- **Assurer un recueil formalisé des informations concernant cet événement et son évolution**
 - **Dans le dossier de la personne**



- **Hospitaliser si nécessaire**

- **En évitant autant que possible le passage par les urgences**
- **En adressant la personne directement dans un service adapté** (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale en SSR, service de psycho-gériatrie, etc.)
- **Au mieux, l'établissement a établi des conventions avec ces services, dans le cadre du projet d'établissement**
- **Sauf exception, l'établissement s'engage à accueillir à nouveau la personne à la fin du séjour hospitalier**



- **Critères d'hospitalisation en urgence**

- Pathologies intercurrentes aiguës graves menaçant le pronostic vital ou fonctionnel
- Dangerosité de la personne pour elle-même ou son entourage

ATTENTION - Une hospitalisation en urgence ne se justifie PAS au seul motif d'un changement d'institution, de « fugue » ou de déambulation, d'opposition, d'agitation, de cris ou de troubles du caractère

- **Critères d'hospitalisation programmée**

- Nécessité d'examens complémentaires non réalisables en ambulatoire
- Environnement jugé temporairement non favorable
- Existence d'un nouveau problème médical susceptible d'entraîner des troubles psychologiques ou comportementaux ou une confusion et devant être diagnostiqué



- **La maladie d'Alzheimer ne peut être le prétexte d'aucune discrimination**
 - La dignité humaine n'est pas remise en cause par la démence
 - La loi n°99-477 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et la loi n°2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie s'appliquent à tous, y compris aux personnes atteintes d'une démence à un stade sévère...
- **Jusqu'au bout, l'expression de la personne doit être recherchée**
 - Expression de la volonté relayée par les proches, la personne de confiance, le mandataire, inscrite dans les directives anticipées, etc.



- **Les troubles cognitifs et les troubles de la communication verbale rendent difficiles l'évaluation de la souffrance, des symptômes et des besoins de la personne**
 - **Les soignants sont formés à la communication non verbale et aux soins relationnels** (attention, respect, empathie, disponibilité, utilisation de la voix, du regard, du toucher et des attitudes, etc.)
- **Les situations difficiles impliquant des prises de décision complexes sont fréquentes et nécessitent une réflexion en équipe multidisciplinaire**
 - **Une situation complexe est une situation qui nécessite une décision dont les enjeux sont complexes, du fait d'un équilibre précaire entre les bénéfices et les risques**



Le projet de soin et de vie (1)



Diagnostic et prise en soins en EHPAD

- **En institution, la prise en charge spécifique de la personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée s'inscrit dans le cadre plus large du projet de soins et de vie personnalisé**
- **Le projet de soins et de vie comporte deux volets indissociables**
 - **Assurer les soins nécessaires au maintien d'un bon état de santé physique**
 - Traitement de la maladie d'Alzheimer ou apparentée (médicamenteux et non médicamenteux)
 - Traitement des comorbidités
 - Maintien d'un bon état nutritionnel
 - **Assurer une bonne qualité de vie (quotidienne, sociale et citoyenne)**
 - Apporter à la personne un confort psychique et physique
 - Favoriser le maintien de son autonomie
 - Maintenir le lien social



- **L'élaboration du projet de soins et de vie**
 - **Le projet de soins et de vie est élaboré avec la personne accueillie et sa famille si besoin, coordonné par le médecin coordonnateur en lien avec le médecin traitant et en concertation avec l'ensemble de l'équipe**
 - Il est élaboré dans un délai de 3 mois suivant l'admission, au plus tard dans les 6 mois
 - Il est utile de désigner un soignant référent, interlocuteur privilégié de la personne et de ses proches
 - **Le volet soins s'appuie sur l'évaluation gériatrique globale**
 - **Le volet qualité de vie s'appuie sur le recueil formalisé d'informations diverses concernant la personne**
 - Éléments pertinents de l'histoire de vie et du parcours de soins
 - Informations sur les volontés de la personne (directives anticipées, personne de confiance, mandataire, etc.)
 - Goûts, habitudes, centres d'intérêt, croyances
 - Vie affective, environnement familial et socio-culturel



- **Les principaux axes du projet de soins et de vie**
 - **Une prise en charge thérapeutique médicamenteuse spécifique de la maladie d'Alzheimer ou apparentée**
 - **Une prise en charge non médicamenteuse et un accompagnement**
 - **Choisir des objectifs simples et à court terme** : stimuler sans disqualifier, favoriser un climat de bien-être, maintenir les relations sociales
 - **Les moyens** : accompagner la personne dans les gestes du quotidien chaque fois que nécessaire (toilette, habillage, repas, déplacements, etc.) ; proposer des activités et des techniques de soins spécifiques ; proposer un soutien psychologique
 - **Repérer précocement les événements « anormaux »**
 - **Traitement et suivi des comorbidités**
 - **Éventuellement, prévoir des mesures juridiques de protection de la personne et de ses biens**



Le projet de soin et de vie (4)



Diagnostic et prise en soins en EHPAD

- **Le projet de soins et de vie est ajusté en fonction de l'évolution des besoins et des attentes de la personne**
 - Il est réévalué au moins tous les 6 mois et chaque fois que survient un événement intercurrent
 - La réévaluation du projet de soins et de vie est réalisée en cohérence avec le **suivi recommandé par la HAS en cas de maladie d'Alzheimer ou apparentée**
 - L'établissement doit tolérer certains comportements jugés dérangeants pour les autres résidents et le personnel

**Les troubles du comportement peuvent être un véritable moyen d'expression de la personne, notamment en cas de troubles de la communication verbale.
Il faut en rechercher le sens et parfois les respecter**