

Continuum des soins pour les troubles cognitifs



Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke

**Évaluation, Diagnostic
& Prise en charge des
troubles cognitifs en
première ligne**

Boîte à outils



Cette initiative a été rendue possible grâce à un partenariat en matière de santé entre la Clinique de mémoire du CSSS-IUGS et Pfizer Canada inc.

Le présent document a été réalisé grâce à un partenariat impliquant les organisations suivantes :

- Clinique mémoire du Centre de santé et de services sociaux –Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS);
- Pfizer Canada inc.

Cette Boîte à outils a été rendue possible grâce à la collaboration de plusieurs personnes :

- Dr Guy Lacombe, gériatre et professeur titulaire Faculté de médecine, Université de Sherbrooke
- Dr Christian Bocti, neurologue et professeur adjoint Faculté de médecine, Université de Sherbrooke
- Mme Claire Létourneau, infirmière clinicienne, Cliniques ambulatoires gériatriques du CSSS-IUGS
- M. Jacques Thibault, Maîtrise en intervention et changement organisationnel, infirmier clinicien, chef d'unité, Cliniques ambulatoires gériatriques du CSSS-IUGS
- Mme Claire Bonin, Infirmière clinicienne

Avec la participation de :

- Mme Diane Fortier, gestionnaire de comptes-Réseaux de santé, Pfizer Canada inc.

Centre de santé et services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2015).
Boîte à outils : Évaluation, Diagnostic & Prise en charge des troubles cognitifs en première ligne.
Sherbrooke : Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document sont autorisées pourvu que la source soit mentionnée. Toute reproduction et utilisation à des fins lucratives sont interdites. Toute modification ou adaptation des documents doivent faire l'objet d'une entente avec le CSSS-IUGS.

Distribuée par le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS)

© CSSS-IUGS, 2015- Tous droits réservés

ISBN : 978-2-924330-46-3 (version imprimée)

ISBN : 978-2-924330-47-0 (version pdf)

Dépôt légal-Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Continuum des soins pour les troubles cognitifs

Préambule

La clinique de mémoire fait partie du programme des cliniques ambulatoires gériatriques de la Direction des services aux aînés et du soutien à l'autonomie du CSSS-IUGS. Cette clinique a vu le jour en 1995 et elle offre :

- Un service de consultations spécialisées pour les patients présentant une atteinte cognitive complexe nécessitant la contribution de plusieurs professionnels.
- Un soutien clinique et d'enseignement aux intervenants de la région afin de favoriser une prise en charge des personnes avec troubles cognitifs simples et aider à documenter adéquatement la problématique cognitive complexe lors d'une référence à la clinique.
- Une mission d'enseignement et de recherche contribuant ainsi au développement des connaissances dans le domaine de la cognition.

La clinique de mémoire du CSSS-IUGS est formée d'une équipe multidisciplinaire qui travaille en interdisciplinarité et est ralliée autour d'une philosophie d'intervention commune.

L'équipe étant soucieuse de développer les connaissances des intervenants de l'Estrie et de partager son savoir concernant l'évaluation cognitive, plusieurs formations ont été données aux intervenants de la région. Récemment, une entente formelle a été conclue entre la clinique de mémoire et un GMF de Sherbrooke afin d'offrir un soutien clinique médico-infirmier concernant l'évaluation des troubles cognitifs simples. Parallèlement, un projet déposé par le CSSS-IUGS au ministère de la Santé et des Services sociaux a été accepté afin que trois autres GMF de la région puissent bénéficier d'un même soutien de la part de la clinique de mémoire.

Dans un tel contexte, l'équipe a décidé de confectionner et de proposer cette boîte à outils qui, nous l'espérons, vous aidera à évaluer les patients présentant des troubles cognitifs simples.

Je suis extrêmement fier du travail de cette équipe et je vous présente les membres de la clinique de mémoire qui ont participé à l'élaboration de cet outil :

Dr Guy Lacombe, gériatre et professeur titulaire Faculté de médecine, Université de Sherbrooke
Dr Christian Bocti, neurologue et professeur adjoint Faculté de médecine, Université de Sherbrooke
M^{me} Claire Létourneau, infirmière clinicienne, Cliniques ambulatoires gériatriques du CSSS IUGS
M. Jacques Thibault, Maîtrise en intervention et changement organisationnel, infirmier clinicien, chef d'unité, Cliniques ambulatoires gériatriques du CSSS IUGS
M^{me} Claire Bonin, infirmière clinicienne, CSSS-IUGS

Avec la participation de :

M^{me} Diane Fortier, gestionnaire de comptes - Réseaux de santé, Pfizer Canada inc.

Jacques Thibault, Maîtrise en intervention et changement organisationnel
Infirmier clinicien, Chef d'unité, Cliniques ambulatoires gériatriques du CSSS IUGS

Cette initiative a été rendue possible grâce à un partenariat en matière de santé entre la Clinique de mémoire du CSSS-IUGS et Pfizer Canada inc.

Table des matières

Table des matières

1. Cheminement

- 1.1 Cheminement proposé pour les cas suspectés de troubles cognitifs

2. Protocole et ordonnances collectives

- 2.1 Protocole et ordonnances collectives propres à chaque GMF

3. Outils cliniques pour l'évaluation

- 3.1 Algorithme d'évaluation des troubles cognitifs
- 3.2 Évaluation des fonctions cognitives et capacités fonctionnelles
- 3.3 Questionnaire des AVQ/AVD par l'aidant naturel
- 3.4 MMSE - Mini Mental State Examination - propre à chaque GMF
- 3.5 MoCa - Montreal Cognitive Assessment
- 3.6 Zarit - Inventaire du fardeau de Zarit - Protocole SIPA- propre à chaque GMF
- 3.7 GDS - Échelle de dépression gériatrique
- 3.8 BREF - Batterie rapide d'efficacité frontale

4. Outils cliniques pour le diagnostic

- 4.1 Pistes pour l'examen physique et bilans sanguins
- 4.2 Algorithme de diagnostic différentiel des troubles cognitifs
- 4.3 Tableau du diagnostic différentiel sommaire des démences
- 4.4 Critères diagnostiques de démence de type Alzheimer
- 4.5 Recommandations sur les indications de l'imagerie cérébrale par tomographie à émission de positons

5. Outils cliniques pour le traitement pharmacologique

- 5.1 Médication pour le traitement des troubles cognitifs
- 5.2 Critères et demande d'autorisation de remboursement des médicaments

6. Outils cliniques pour le suivi

- 6.1 Suivi selon le protocole suite à l'investigation
- 6.2 Actions recommandées après un diagnostic de démence
- 6.3 Surveillance clinique du patient sous traitement médicamenteux
- 6.4 Rapport d'examen médical par un omnipraticien (permis de conduire M-28)
- 6.5 Rapport du directeur général – Évaluation médicale et psychosociale (volet médical : Rapport d'inaptitude)

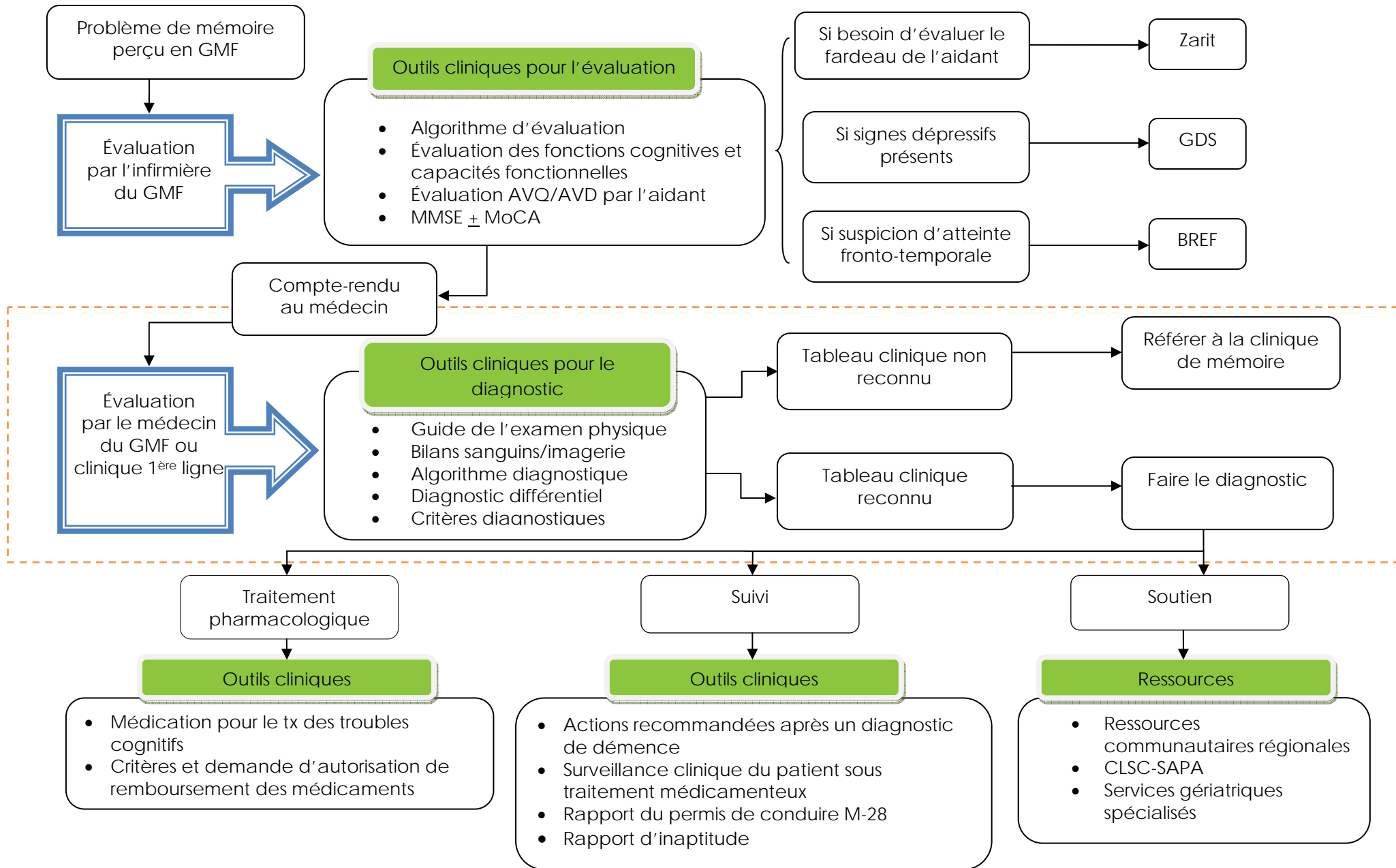
7. Ressources

- 7.1 Ressources régionales pour répit et soutien aux aidants
 - Formulaire de référence de la Société Alzheimer
- 7.2 Références au CSSS
 - Formulaire de référence aux services de soutien à domicile
 - Formulaire de référence aux services gériatriques
- 7.3 Lexique

Note : Les outils d'évaluation en gris ne sont pas disponibles dans la boîte à outils mais sont suggérés pour effectuer une évaluation cognitive complète de la personne.

1. Cheminement

1.1 Cheminement proposé pour les cas suspectés de troubles cognitifs



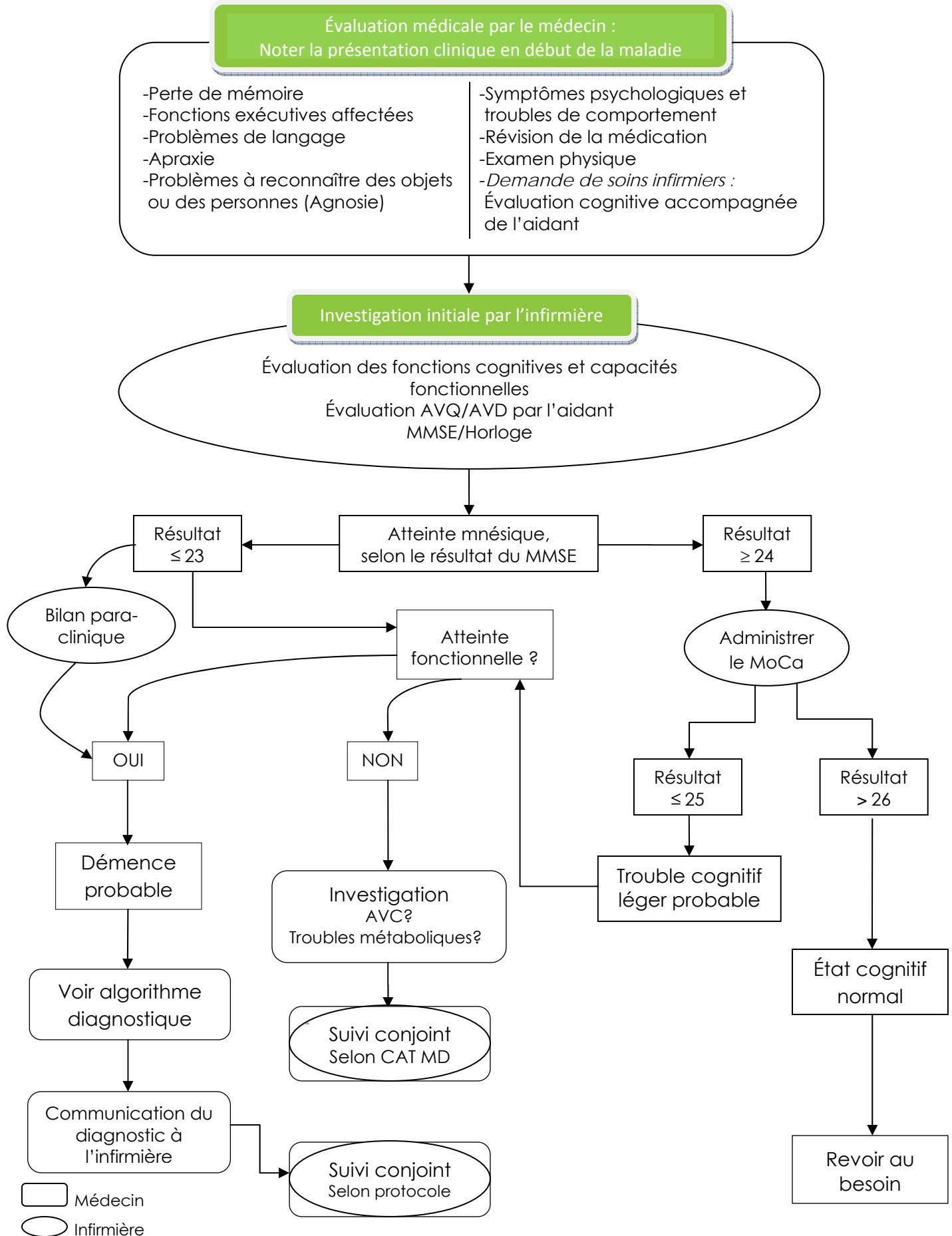
2. Protocole

2.1 Protocole et ordonnances collectives propres à chaque GMF

Chaque GMF est responsable d'insérer son protocole et ses ordonnances collectives.

3. Évaluation

3.1 Algorithme d'évaluation des troubles cognitifs



Algorithme développé en collaboration avec le GMF Jacques-Cartier, octobre 2013.

3.2 Évaluation des fonctions cognitives et des capacités fonctionnelles

Consentement à la recherche : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Signature : _____	Nom: _____ Prénom : _____ DDN : _____ N° de dossier : _____
Médecin de famille : _____ Téléphone : _____ Personne significative : _____ Lien : _____ Tél.: _____	

Pharmacie/Tél :	<input type="checkbox"/> Profil médicamenteux joint avec analyse du pharmacien
Mode de distribution : <input type="checkbox"/> Vial <input type="checkbox"/> Dosette / Dispill Rx non prescrits et produits naturels : _____	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Supervision <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Problème d'observance _____ _____

Motif du dépistage par médecin traitant	➤ Problème actuel, questions médicales, ajout de médication, etc.

Description de la problématique <i>Par la personne elle-même ou un tiers</i>	➤ Évènements marquants de la dernière année : (séparation, deuil, déménagement, hospitalisation, etc.).

Histoire sociale brève	
<input type="checkbox"/> Âgé(e) de _____ ans	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait
<input type="checkbox"/> Milieu de vie : _____	<input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Religieux(se)
<input type="checkbox"/> Scolarité : _____	<input type="checkbox"/> Depuis : _____
<input type="checkbox"/> Diplôme obtenu : _____	<input type="checkbox"/> Vit seul(e) : _____
<input type="checkbox"/> Difficultés d'apprentissage : _____	<input type="checkbox"/> Retraite à _____ ans
<input type="checkbox"/> Enfants et lieu de résidence : _____	

Habitudes de vie	
<input type="checkbox"/> Tabac : _____	<input type="checkbox"/> Quantité/Fréquence : _____
<input type="checkbox"/> Alcool : _____	<input type="checkbox"/> Quantité/Fréquence : _____
<input type="checkbox"/> Drogue: _____	<input type="checkbox"/> Quantité/Fréquence : _____
<input type="checkbox"/> Sommeil : _____	<input type="checkbox"/> Apnée du sommeil : _____
<input type="checkbox"/> Conduite automobile <input type="checkbox"/> Accident/ contravention : _____	

Antécédents familiaux		
Mère décédée à l'âge : _____	Cause : _____	Troubles cognitifs? : _____
Père décédé à l'âge : _____	Cause : _____	Troubles cognitifs ? : _____
Fratrie et famille élargie : Troubles cognitifs ? : _____		

Ressources et services en place	
<input type="checkbox"/> Société d'Alzheimer	<input type="checkbox"/> CSSS <input type="checkbox"/> COOP <input type="checkbox"/> Popote roulante <input type="checkbox"/> Transport
<input type="checkbox"/> Soutien psychologique	<input type="checkbox"/> Gestionnaire de cas <input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Mandat d'inaptitude :	<input type="checkbox"/> Procuration bancaire :

AVQ/AVD <i>Cocher si modification ou détérioration</i>	Depuis quand?	Détails/Compensation (ex. : utiliser les services de popote roulante)
S'alimenter / Préparer les repas		
<input type="checkbox"/> Changement dans son alimentation		<input type="checkbox"/> Mange moins <input type="checkbox"/> Mange à outrance
<input type="checkbox"/> Préparation des repas		
<input type="checkbox"/> Utilisation des appareils adéquatement		
<input type="checkbox"/> Rotation des aliments dans le frigidaire		
<input type="checkbox"/> Autre : _____		
Entretenir la maison		
<input type="checkbox"/> Capacité à débiter et terminer une tâche		
<input type="checkbox"/> Capacité à organiser et planifier une tâche		
<input type="checkbox"/> Propreté de la résidence		
Utiliser les appareils		
<input type="checkbox"/> Capacité à utiliser le téléphone / Internet		
<input type="checkbox"/> Capacité à prendre les messages		
<input type="checkbox"/> Capacité à utiliser les appareils électriques, les outils		
Faire les courses		
<input type="checkbox"/> Identification de ses besoins		
Gérer son budget		
<input type="checkbox"/> Compréhension de ses relevés de comptes		
<input type="checkbox"/> Capacité à payer ses comptes et faire des chèques		
<input type="checkbox"/> Autre : _____		
Conduire ou utiliser les moyens de transport		
<input type="checkbox"/> Respect de la signalisation et de la vitesse		
<input type="checkbox"/> Déplacements sans accident ou contravention		
<input type="checkbox"/> Laisseriez-vous vos petits-enfants, seuls avec lui : _____		
Activités récréatives / loisirs		
<input type="checkbox"/> Participation aux activités sociales		
<input type="checkbox"/> Maintien de ses activités favorites		
<input type="checkbox"/> Autre : _____		

AVQ/AVD <i>Cocher si modification ou détérioration</i>	Depuis quand?	Détails
Hygiène / Continence		
<input type="checkbox"/> Entretien de la personne / Apparence (maquillage – barbe)		
<input type="checkbox"/> Hygiène personnelle (odeur)		
<input type="checkbox"/> Incontinence		
<input type="checkbox"/> Autre : _____		
Habillement		
<input type="checkbox"/> Choix des vêtements adapté à la température et/ou l'endroit		
<input type="checkbox"/> Rotation des vêtements		
<input type="checkbox"/> Autre : _____		
Mobilité		
<input type="checkbox"/> Démarche et équilibre sécuritaires		
<input type="checkbox"/> Exempt de chutes depuis un an		
<input type="checkbox"/> Autre : _____		
Sommeil		
<input type="checkbox"/> Récupérateur		
<input type="checkbox"/> Dort calmement (bouge peu)		
<input type="checkbox"/> Autre : _____		
Fonctions cognitives <i>Cocher si modification ou détérioration</i>		
	Depuis quand?	Détails/Compensation (ex. : stratégies de rappel)
Attention		
<input type="checkbox"/> Attention maintenue sur une tâche		
<input type="checkbox"/> Capacité à faire deux choses à la fois		
<input type="checkbox"/> Facilement distrait(e) par les stimuli extérieurs		
<input type="checkbox"/> Autre : _____		
Orientation temporo spatiale		
<input type="checkbox"/> Orientation dans les endroits familiers		
<input type="checkbox"/> Orientation dans la journée et la date		
Mémoire		
<input type="checkbox"/> Souvenir de ses rendez-vous, des informations reçues dans les jours précédents		
<input type="checkbox"/> Discours exempt de questions ou propos répétitifs		
<input type="checkbox"/> Perte ou recherche d'objets fréquente		
<input type="checkbox"/> Capacité pour faire de nouveaux apprentissages		
<input type="checkbox"/> Respect de la chronologie des événements		
<input type="checkbox"/> Autre : _____		

Fonctions cognitives <i>Cocher si modification ou détérioration</i>	Depuis quand?	Détails
Langage		
<input type="checkbox"/> Expression sans manque de mot		
<input type="checkbox"/> Description de l'objet au lieu de le nommer		
<input type="checkbox"/> Capacité à suivre une conversation en groupe		
<input type="checkbox"/> Compréhension de consignes simples seulement		
<input type="checkbox"/> Autre : _____		
Fonctions exécutives	Depuis quand?	Détails
<input type="checkbox"/> Capacité à initier une tâche et la terminer		
<input type="checkbox"/> Capacité à organiser et planifier une tâche		
<input type="checkbox"/> Capacité à agir dans une situation inhabituelle		
<input type="checkbox"/> Respect de ses capacités / incapacités		

État mental <i>Cocher si modification ou détérioration</i>	Depuis quand?	Détails
<input type="checkbox"/> Anxiété		
<input type="checkbox"/> Irritabilité		
<input type="checkbox"/> Méfiance (ex.: Accuse autrui de vol)		
<input type="checkbox"/> Désinhibition		
<input type="checkbox"/> Apathie		
<input type="checkbox"/> Persévération		
<input type="checkbox"/> Propos interprétatifs		
<input type="checkbox"/> Hallucinations / Illusions		
<input type="checkbox"/> Symptômes dépressifs		
<input type="checkbox"/> Agitation / comportements dérangeants		
<input type="checkbox"/> Agressivité verbale / physique		

Question à l'aidant :

Vous devez être absent durant 2 semaines (voyage, hospitalisation,...) Seriez-vous inquiet de le (la) laisser seul(e)?

Oui Pourquoi : _____

Non Pourquoi : _____

3.3 Questionnaire des AVQ/AVD par le proche aidant

Nom du patient : _____ N° de dossier : _____

1. **Cochez les activités pour lesquelles vous notez des changements**
2. **Inscrivez depuis quand vous avez noté le changement (6 mois, 1 an, 2 ans, etc.)**
3. **Donnez des détails ou des exemples en lien avec le changement s'il y a lieu**

<i>Changement dans sa capacité à :</i>	Donnez des exemples	Depuis quand?
<input type="checkbox"/> S'alimenter <input type="checkbox"/> Préparer ses repas <input type="checkbox"/> Suivre une recette simple <input type="checkbox"/> Utiliser les appareils électriques <input type="checkbox"/> Faire la rotation des aliments dans son frigidaire		

<i>Changement dans sa capacité à :</i>	Donnez des exemples	Depuis quand?
<input type="checkbox"/> Faire son ménage <input type="checkbox"/> Débuter et terminer une tâche <input type="checkbox"/> Faire une réparation mineure <input type="checkbox"/> Faire de nouveaux apprentissages		

<i>Changement dans sa capacité à :</i>	Donnez des exemples	Depuis quand?
<input type="checkbox"/> Identifier ses besoins <input type="checkbox"/> Planifier ses achats <input type="checkbox"/> Faire une liste de ses besoins <input type="checkbox"/> Gérer son argent (achats et comprendre ses relevés de comptes) <input type="checkbox"/> Prendre des décisions		

<i>Changement dans sa capacité à :</i>	Donnez des exemples	Depuis quand?
<input type="checkbox"/> Reconnaître les lieux/les trajets <input type="checkbox"/> Respecter la signalisation et la limite de vitesse <input type="checkbox"/> Se déplacer seul(e) (voiture ou autobus)		

<i>Changement dans sa capacité à :</i>	Donnez des exemples	Depuis quand?
<input type="checkbox"/> Participer aux activités sociales <input type="checkbox"/> Maintenir ses activités favorites		

<i>Changement dans sa capacité à :</i>	Donnez des exemples	Depuis quand?
<input type="checkbox"/> Prendre soin de son apparence <input type="checkbox"/> Avoir une bonne hygiène personnelle (sans odeur) <input type="checkbox"/> Faire la rotation de ses vêtements		

<u>Changement dans sa capacité à retenir :</u> <input type="checkbox"/> Les dates de ses rendez-vous <input type="checkbox"/> L'information déjà dite et celle déjà reçue (se répète et fait répéter) <input type="checkbox"/> L'endroit où il place ses objets	Donnez des exemples	Depuis quand?
	<i>Notez si le patient doit prendre des notes pour se rappeler.</i>	

<u>Changement dans sa capacité à se rappeler :</u> <input type="checkbox"/> La chronologie des événements des conversations et des messages reçus <input type="checkbox"/> Des numéros de téléphone <input type="checkbox"/> Des noms, des visages familiers <input type="checkbox"/> Du jour, de la date, du mois de l'année	Donnez des exemples	Depuis quand?

<u>Changement dans sa capacité à :</u> <input type="checkbox"/> Décrire l'objet au lieu de le nommer <input type="checkbox"/> Trouver ses mots <input type="checkbox"/> Suivre une conversation en groupe	Donnez des exemples	Depuis quand?

<u>Changement dans sa capacité à :</u> <input type="checkbox"/> Maintenir son attention sur une tâche <input type="checkbox"/> Faire deux choses à la fois <input type="checkbox"/> Savoir comment agir dans une situation inhabituelle <input type="checkbox"/> Débuter une tâche et la terminer <input type="checkbox"/> Organiser et planifier une tâche	Donnez des exemples	Depuis quand?

<u>Humeur et comportement:</u> <input type="checkbox"/> Tristesse <input type="checkbox"/> Irritabilité <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Méfiance (accuse autrui de vol) <input type="checkbox"/> Comportement inapproprié <input type="checkbox"/> Agressivité verbale/physique <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Passivité <input type="checkbox"/> Hallucinations/illusions <input type="checkbox"/> Désinhibition	Donnez des exemples	Depuis quand?

Si vous deviez être hospitalisé(e) durant 2 semaines seriez-vous inquiet(e) de le (la) laisser seul(e)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pourquoi? <hr/> <hr/>
--

Nom de l'aidant : _____

Date : _____

3.3 Activities of daily living questionnaire by caregivers

Patient's name : _____ File number : _____

1. **Check the activities you noticed changes**
2. **Indicate since when you noticed the change (6 months, 1 year, 2 years...)**
3. **Give examples or details in relation with the change**

<i>Change in capacity to :</i>	Details/Examples	Since when?
<input type="checkbox"/> Feed himself/herself <input type="checkbox"/> Prepare meals <input type="checkbox"/> Follow simple recipes <input type="checkbox"/> Use electrical appliances <input type="checkbox"/> Rotate food in the fridge		

<i>Change in capacity to :</i>	Details/Examples	Since when?
<input type="checkbox"/> Do housework <input type="checkbox"/> Start and finish a task <input type="checkbox"/> Do minor repairs <input type="checkbox"/> Learn new things		

<i>Change in capacity to :</i>	Details/Examples	Since when?
<input type="checkbox"/> Identify his/her needs <input type="checkbox"/> Plan errands <input type="checkbox"/> Make a list <input type="checkbox"/> Money management of expenses <input type="checkbox"/> Decision making		

<i>Change in capacity to :</i>	Details/Examples	Since when?
<input type="checkbox"/> Recognise places/itineraries <input type="checkbox"/> Respect the traffic signals and speed limit <input type="checkbox"/> Get around on his/her own		

<i>Change in capacity to :</i>	Details/Examples	Since when?
<input type="checkbox"/> Participate in social gatherings <input type="checkbox"/> Maintain his/her favourite activities		

<i>Change in capacity to :</i>	Details/Examples	Since when?
<input type="checkbox"/> Take care of his/her appearance <input type="checkbox"/> Have a good personal hygiene (without odours) <input type="checkbox"/> Rotate clothing		

<u>Change in capacity to remember :</u> <input type="checkbox"/> Dates of appointments <input type="checkbox"/> Information already said or received <input type="checkbox"/> Where he/she stored his/her things	Details/Examples	Since when?
	<i>Note if patients needs to take notes to remember.</i>	

<u>Change in capacity to remember :</u> <input type="checkbox"/> The chronology of events, conversations and messages <input type="checkbox"/> Telephone numbers <input type="checkbox"/> Names and familiar faces <input type="checkbox"/> Day, date and month of the year	Details/Examples	Since when?

<u>Change in capacity to :</u> <input type="checkbox"/> Name objects (describes instead) <input type="checkbox"/> Find words <input type="checkbox"/> Follow a group conversation	Details/Examples	Since when?

<u>Change in capacity to :</u> <input type="checkbox"/> Keep focused on one task <input type="checkbox"/> Do two things at the same time <input type="checkbox"/> React in an unusual situation <input type="checkbox"/> Start and finish a task <input type="checkbox"/> Organize and plan a task	Details/Examples	Since when?

<u>Change in mood and behavior :</u> <input type="checkbox"/> Sadness <input type="checkbox"/> Irritability <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Lack of trust (accuses others of stealing) <input type="checkbox"/> Inappropriate behaviour <input type="checkbox"/> Verbal, physical aggressiveness <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Passive behavior <input type="checkbox"/> Hallucinations/illusions <input type="checkbox"/> Lack of inhibition	Details/Examples	Since when?

<p>If you had to be hospitalised for 2 weeks, would you be worried to leave him/her alone?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Why?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Name of caregiver : _____

Date : _____

3.4 MMSE - *Mini Mental State Examination* - propre à chaque GMF

Chaque GMF est responsable d'insérer le format utilisé du test.

Disponible sur le site Internet du MSSS :

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/916d2fbac5d9512485256ec10063b234?OpenDocument>

3.5 MoCa – Montreal Cognitive Assessment

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Instructions pour l'administration et la cotation

Le Montreal cognitive assessment (MoCA) a été conçu pour l'évaluation des dysfonctions cognitives légères. Il évalue les fonctions suivantes : l'attention, la concentration, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage, les capacités visuoconstructives, les capacités d'abstraction, le calcul et l'orientation. Le temps d'exécution est de dix minutes approximativement. Le nombre de points maximum est de 30; un score de 26 et plus est considéré normal.

1. Alternance conceptuelle :

Administration : L'examineur donne les instructions suivantes, en indiquant l'endroit approprié sur la feuille : « *Je veux que vous traciez une ligne en alternant d'un chiffre à une lettre, tout en respectant l'ordre chronologique et l'ordre de l'alphabet. Commencez ici* (indiquez le 1) *et tracez la ligne vers la lettre A, ensuite vers le 2, etc. Terminez ici* » (indiquez le E).

Cotation : Un point est alloué si le sujet réussit la séquence suivante :
1 – A – 2 – B – 3 – C – 4 – D – 5 – E

N'allouez aucun point si une erreur n'est pas immédiatement corrigée par le sujet.

2. Capacités visuoconstructives (Cube) :

Administration : L'examineur donne les instructions suivantes, indiquant cube : « *Je veux que vous copiez ce dessin le plus précisément possible* ».

Cotation : Un point est alloué si le dessin est correctement réalisé.

- Le dessin doit être tridimensionnel
- Toutes les arêtes sont présentes
- Il n'y a pas d'arête supplémentaire
- Les arêtes sont relativement parallèles et de même longueur approximative (les prismes rectangulaires sont acceptables)

Le point n'est pas alloué si les critères ci-dessus ne sont pas respectés.

3. Capacités visuoconstructives (Horloge) :

Administration : Indiquant l'espace approprié, l'examineur donne les instructions suivantes: « *Maintenant je veux que vous dessiniez une horloge en plaçant tous les chiffres et indiquant l'heure à 11h10* ».

Cotation : Un point est alloué pour chacun des trois critères suivants.

- Contour (1 pt.) : Le contour doit être un cercle avec peu de déformation. (e.g. déformation mineure de la fermeture du cercle)
- Chiffres (1 pt.) : Tous les chiffres doivent être présents sans aucun chiffre en surplus; les chiffres doivent être dans le bon ordre et bien positionnés ; les chiffres Romains sont acceptés ainsi que les chiffres inscrits à l'extérieur du contour.
- Aiguilles (1 pt.) : Les deux aiguilles doivent indiquer la bonne heure ; l'aiguille de l'heure doit être clairement plus petite que l'aiguille des minutes. La jonction des aiguilles doit être proche du centre de l'horloge.
- Un point n'est pas alloué si les critères ci-dessus ne sont pas respectés.

4. **Dénomination :**

Administration : L'examineur demande au sujet de nommer le nom de chacun des animaux, de la gauche vers la droite.

Cotation : Un point est alloué pour la dénomination exacte de chacun des dessins : (1) lion (2) rhinocéros ou rhino (3) chameau ou dromadaire.

5. **Mémoire :**

Administration : L'examineur lit une liste de 5 mots à un rythme de 1 par seconde, après avoir donné les instructions suivantes : *«Ceci est un test de mémoire. Je vais vous lire une liste de mots que vous aurez à retenir. Écoutez attentivement et quand j'aurai terminé, je veux que vous me redisiez le plus de mots possible dont vous pouvez vous rappeler, dans l'ordre que vous voulez»*. L'examineur lit la liste de mots une première fois et identifie par un crochet (√), dans l'espace réservé à cet effet, chacun des mots énoncés par le sujet. Lorsque le sujet a terminé (s'est souvenu de tous les mots), ou s'il ne peut se rappeler davantage de mots, l'examineur relit la liste de mots après avoir donné les instructions suivantes : *«Maintenant je vais lire la même liste de mots une seconde fois. Essayez de vous rappeler du plus grand nombre de mots possible, y compris ceux que vous avez énoncés la première fois»*. L'examineur identifie par un crochet, dans l'espace réservé à cet effet, chacun des mots énoncés au deuxième essai. À la fin du deuxième essai, l'examineur informe le sujet qu'il devra retenir ces mots car il aura à les redire à la fin du test.

Cotation : Aucun point n'est alloué pour le rappel immédiat après le premier et le deuxième essai.

6. **Attention :**

Empan numérique : Administration : L'examineur lit une séquence de 5 chiffres à un rythme de 1 par seconde, après avoir donné les instructions suivantes : *«Je vais vous dire une série de chiffres, et lorsque j'aurai terminé, je veux que vous répétiez ces chiffres dans le même ordre que je vous les ai présentés»*.

Empan numérique inversé : Administration : L'examineur lit ensuite une séquence de 3 chiffres à un rythme de 1 par seconde, après avoir donné les instructions suivantes : *«Je vais vous dire une série de chiffres, et lorsque j'aurai terminé, je veux que vous répétiez ces chiffres dans l'ordre inverse que je vous les ai présentés»*.

Cotation : Un point est alloué pour chacune des séquences correctement répétées (N.B. : la séquence exacte de l'empan à rebours est 2-4-7).

Concentration : Administration : L'examineur lit une série de lettres à un rythme de 1 par seconde, après avoir donné les instructions suivantes : *«Je vais vous lire une série de lettres. Chaque fois que je dirai la lettre A, vous devrez taper de la main une fois. Lorsque je dirai une lettre différente de A, vous ne taperez pas de la main»*.

Cotation : Aucun point n'est alloué s'il y a plus d'une erreur (e.g. tape sur une mauvaise lettre ou omet de taper sur une lettre A).

Calcul sérié : Administration : L'examineur donne les instructions suivantes : *«Maintenant je veux que vous calculiez 100 - 7, et ensuite, continuez de soustraire 7 de votre réponse, jusqu'à ce que je vous dise d'arrêter»*. L'examineur peut répéter les instructions une deuxième fois si nécessaire.

Cotation : Cet item est coté sur 3 points. N'allouer aucun point si aucune soustraction n'est correcte. 1 point pour 1 soustraction correcte. 2 points pour 2 ou 3 soustractions correctes. 3 points pour 4 ou 5 soustractions correctes. Chaque soustraction est évaluée individuellement. Si le sujet fait une erreur de soustraction mais par la suite soustrait correctement le chiffre 7 mais à partir du chiffre erroné, les points sont alloués lorsque la soustraction du chiffre 7 est correcte, e.g. $100 - 7 = 92 - 85 - 78 - 71 - 64$. Le "92" est incorrect mais tous les chiffres subséquents sont corrects. Donc il s'agit de 4 soustractions correctes, le score est de 3 points.

7. **Répétition de phrases :**

Administration : L'examineur donne les instructions suivantes : *«Maintenant je vais vous lire une phrase et je veux que vous la répétiez après moi : «Le colibri a déposé ses oeufs sur le sable».* Ensuite, l'examineur dit : *«Maintenant je vais vous lire une seconde phrase et vous allez la répéter après moi : L'argument de l'avocat les a convaincus».*

Cotation : Un point est alloué pour chaque phrase correctement répétée. La répétition doit être exacte. L'examineur sera vigilant pour les erreurs d'omission, de substitution et d'addition.

8. **Fluidité verbale :**

Administration : L'examineur donne les instructions suivantes : *«Je veux que vous me disiez le plus de mots possible qui débutent par une lettre de l'alphabet que je vais vous dire. Vous pouvez dire n'importe quelle sorte de mot, sauf les noms propres, des chiffres, les conjugaisons de verbe (e.g. mange, mangerons, mangerez) et les mots de même famille (e.g. pomme, pommette, pommier). Je vais vous dire d'arrêter après une minute. Êtes-vous prêt ? Maintenant, dites le plus de mots possible qui commencent par la lettre F».*

Cotation : Un point est alloué si le sujet énonce 11 mots et plus en une minute.

9. **Similitudes :**

Administration : L'examineur demande au sujet de donner le point commun entre deux items présentés, en illustrant par l'exemple suivant: *« En quoi une orange et une banane sont-elles semblables» ?* Si le sujet fournit une réponse concrète, l'examineur demande à une seule autre reprise : *«Donnez-moi une autre raison pour laquelle une orange et une banane se ressemblent».* Si le sujet ne donne pas la bonne réponse, dites : *«oui, et elles sont toutes les deux des fruits».* Ne pas donner d'autres instructions ou explications.

Après l'épreuve d'essai, l'examineur demande : *«Maintenant, dites-moi en quoi un train et une bicyclette se ressemblent».* Ensuite, l'examineur demande : *«Maintenant, dites-moi en quoi une montre et une règle se ressemblent».* Ne pas donner d'instruction ou d'indice supplémentaire.

Cotation : Un point est alloué pour chacune des deux dernières paires correctement réussie. Les réponses suivantes sont acceptées : pour train-bicyclette ; moyens de transport, moyens de locomotion, pour voyager; règle-montre / instruments de mesure, pour mesurer. Les réponses **non** acceptables : pour train-bicyclette : ils ont des roues, ils roulent ; et pour règle-montre : ils ont des chiffres.

10. Rappel différé

Administration : L'examinateur donne les instructions suivantes : «*Je vous ai lu une série de mots plus tôt dont je vous ai demandé de vous rappeler. Maintenant, dites-moi tous les mots dont vous vous rappelez*»

L'examinateur identifie les mots correctement énoncés sans indice, par un crochet (✓) dans l'espace réservé à cet effet.

Cotation : Un point est alloué pour chacun des mots **rappelés spontanément, sans indice**.

Optionnel :

Pour les mots dont le sujet ne se rappelle pas spontanément, l'examinateur fournit un indice catégoriel (sémantique). Ensuite, pour les mots dont le sujet ne se rappelle pas malgré l'indice sémantique, l'examinateur fournit un choix de réponses et le sujet doit alors identifier le mot approprié. Les indices pour chacun des mots sont présentés ci-bas:

VISAGE :	<u>indice catégoriel</u> : partie du corps	<u>choix de réponses</u> : nez, visage, main
VELOURS :	<u>indice catégoriel</u> : tissu	<u>choix de réponses</u> : denim, coton, velour
ÉGLISE :	<u>indice catégoriel</u> : bâtiment	<u>choix de réponses</u> : église, école, hôpital
MARGUERITE :	<u>indice catégoriel</u> : fleur	<u>choix de réponses</u> : rose, marguerite, tulipe
ROUGE :	<u>indice catégoriel</u> : couleur	<u>choix de réponses</u> : rouge, bleu, vert

Cotation : **Pas de points pour les mots rappelés avec indice**. Identifier par un crochet (✓) dans l'espace approprié les mots qui ont été énoncés suite à un indice (catégoriel ou choix de réponse). L'apport d'indices fournit des informations cliniques sur la nature des difficultés mnésiques. Pour les difficultés de récupération de l'information, la performance peut être améliorée par les indices. Dans le cas de difficultés d'encodage, les indices n'améliorent pas la performance.

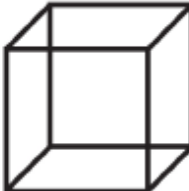
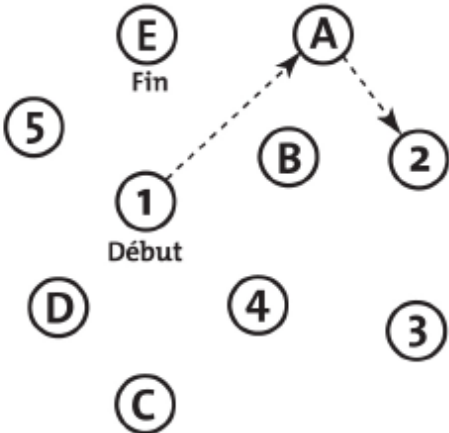
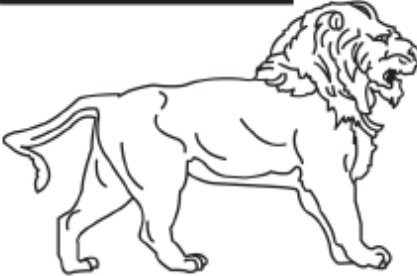
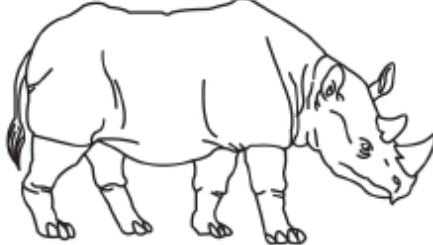
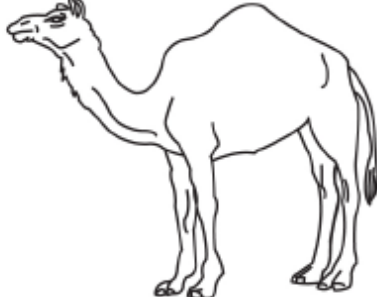
11. Orientation :

Administration : L'examinateur donne les instructions suivantes : «*Dites-moi quelle date sommes-nous aujourd'hui*» ? Si le sujet fournit une réponse incomplète, l'examinateur dit : «*Dites-moi l'année, le mois, la date, et le jour exact*». Ensuite, l'examinateur demande : «*Maintenant, dites-moi comment s'appelle l'endroit où nous sommes présentement et dans quelle ville est-ce*» ?

Cotation : Un point est alloué pour chacune des réponses exactement énoncées. Le sujet doit dire la date exacte et l'endroit exact (hôpital, clinique, bureau, etc.). Aucun point n'est alloué si le sujet se trompe d'une seule journée pour la date et le jour.

TOTAL :

Additionnez tous les points accumulés dans l'espace droit de la feuille, pour un maximum de 30 points. Ajouter un point si la scolarité du sujet est de 12 ans ou moins (si le MoCA est plus petit que 30). Un score égal ou supérieur à 26 est considéré normal.

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF				Copier le cube	Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)	POINTS	
		[]		[]		[] /5	
DÉNOMINATION							
[]		[]		[]		___/3	
MÉMOIRE	Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
		1 ^{er} essai					
		2 ^{ème} essai					
ATTENTION	Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.).	Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4				___/2	
		Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2					
Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB				___/1	
Soustraire série de 7 à partir de 100.		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3
		4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt					
LANGAGE	Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable . [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []						___/2
Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min		[] _____ (N≥11 mots)				___/1	
ABSTRACTION	Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle						___/2
RAPPEL	Doit se souvenir des mots SANS INDICES	VISAGE []	VELOURS []	ÉGLISE []	MARGUERITE []	ROUGE []	Points pour rappel SANS INDICES seulement
Optionnel		Indice de catégorie					
		Indice choix multiples					
ORIENTATION	[] Date	[] Mois	[] Année	[] Jour	[] Endroit	[] Ville	___/6

3.6 Inventaire du fardeau de Zarit – Protocole SIPA- propre à chaque GMF

Chaque GMF est responsable d'insérer
le format utilisé du document.

Disponible à l'adresse suivante:

<http://geriatrie-albi.com/zarit.pdf>

3.7 GDS – Échelle de dépression gériatrique

Échelle de Dépression Gériatrique (GDS)

Geriatric Depression scale, Yeasavage & coll.

Nom :
Âge :

Dossier :
Date :

Entourez la réponse qui semble la plus appropriée.

- | | | | |
|-----|--|-----|-----|
| 1. | Êtes-vous satisfait(e) de votre vie? | Oui | Non |
| 2. | Avez-vous abandonné beaucoup de vos activités et de vos intérêts? | Oui | Non |
| 3. | Avez-vous le sentiment que votre vie est vide? | Oui | Non |
| 4. | Vous ennuyez-vous souvent? | Oui | Non |
| 5. | Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps? | Oui | Non |
| 6. | Craignez-vous qu'un malheur vous arrive? | Oui | Non |
| 7. | Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps? | Oui | Non |
| 8. | Avez-vous le sentiment de ne pas pouvoir être aidé(e)? | Oui | Non |
| 9. | Préférez-vous rester à la maison / chambre plutôt que de sortir? | Oui | Non |
| 10. | Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la plupart des gens? | Oui | Non |
| 11. | Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque? | Oui | Non |
| 12. | Avez-vous le sentiment d'être inutile? | Oui | Non |
| 13. | Avez-vous beaucoup d'énergie? | Oui | Non |
| 14. | Pensez-vous que votre situation est sans espoir? | Oui | Non |
| 15. | Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre? | Oui | Non |

Score total :

/ 15

Calculez les réponses en **gras** sur le total des 15 questions.

Un score en haut de 10 indique une suspicion d'un problème et demande une évaluation plus approfondie.

Droits de reproduction obtenu par le le CESS auprès de Dr Paul-Émile Bourque, Ph.D. Université de Moncton, 2015

3.8 BREF – Batterie rapide d'efficience frontale

NO DOSSIER :

NOM :

PRÉNOM :

D.D.N. :

Date : _____

Domaine	Instructions :	
SIMILITUDES (conceptualisation) 3 réussies : 3 points <input type="checkbox"/> 2 réussies : 2 points <input type="checkbox"/> 1 réussie : 1 point <input type="checkbox"/> Aucun : 0 point <input type="checkbox"/>	De quelle façon sont-ils semblables? En cas d'échec, dire au patient : « Une banane et une orange sont des... » ▶ Ne pas comptabiliser, ne pas aider le patient pour les deux autres items	1. « Une banane et une orange... » 2. « Une table et une chaise... » 3. « Une tulipe, une rose et une marguerite... »
FLUIDITÉ LEXICALE (flexibilité mentale) 10 mots et plus : 3 points <input type="checkbox"/> 6 à 9 mots : 2 points <input type="checkbox"/> 3 à 5 mots : 1 point <input type="checkbox"/> 2 mots ou moins : 0 point <input type="checkbox"/> Correction : les mots répétés ou équivalents (sable et sable-mouvant) ainsi que les prénoms ou les noms propres ne sont pas comptés	Dites le plus grand nombre de mots commençant par la lettre « S » ▶ N'importe quel mot sauf des noms propres ou des prénoms. Temps alloué : 60 secondes	Si le patient ne dit aucun mot durant les 5 premières secondes, dire par exemple « serpent... » S'il arrête durant 10 secondes, le stimuler en disant « N'importe quel mot commençant par S... »
SÉQUENCES MOTRICES (programmation) 6 séries réussies seul : 3 points <input type="checkbox"/> 3 séries réussies seul : 2 points <input type="checkbox"/> 3 séries réussies avec l'examineur : 1 point <input type="checkbox"/> > de 3 séries avec l'examineur : 0 point <input type="checkbox"/>	« Regardez attentivement ce que je fais » ▶ L'examineur, assis en face du patient, exécute trois fois avec sa main gauche la série de Luria (poing-tranche-plat de la main)	« Maintenant avec votre main droite, faites la même chose d'abord avec moi ensuite seul » ▶ L'examineur exécute la série trois fois avec le patient et dit ensuite : « Maintenant faites-le seul »
CONSIGNES CONTRADICTOIRES (sensibilité à l'interférence) Aucune erreur : 3 points <input type="checkbox"/> 1 ou 2 erreurs : 2 points <input type="checkbox"/> > 2 erreurs : 1 point <input type="checkbox"/> 4 erreurs consécutives : 0 point <input type="checkbox"/>	« Tapez deux coups quand j'en tape un » « Tapez un coup quand j'en tape deux » Ensuite l'examineur tape 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2	Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée : 1-1-1 Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée : 2-2-2
GO-NO-GO (contrôle inhibiteur) Aucune erreur : 3 points <input type="checkbox"/> 1 ou 2 erreurs : 2 points <input type="checkbox"/> > 2 erreurs : 1 point <input type="checkbox"/> 4 erreurs consécutives : 0 point <input type="checkbox"/>	« Tapez un coup quand je tape un coup » « Ne tapez pas quand je tape deux fois » Ensuite l'examineur tape 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2	Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée : 1-1-1 Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée : 2-2-2
COMPORTEMENT DE PRÉHENSION (autonomie environnementale) ▶ Ne prend pas les mains de l'examineur : 3 points <input type="checkbox"/> ▶ Hésite et demande ce qu'il doit faire : 2 points <input type="checkbox"/> ▶ Prend les mains sans hésitations : 1 point <input type="checkbox"/> ▶ Prend les mains même au deuxième essai : 0 point <input type="checkbox"/>	L'examineur est assis en face du patient. Placez les mains du patient sur ses genoux, paume vers le haut. Sans dire un mot et sans regarder le patient, l'examineur place ses mains près de celle du patient et touche les paumes des deux mains pour vérifier s'il les prend spontanément.	Si le patient les prend spontanément, l'examineur refait un essai après avoir dit : « Maintenant, ne prenez pas mes mains »
Score : 16-18 = normal ; 13 et moins = dysfonctionnement sévère frontal		Score : /18
Commentaires :		
Examineur :		

4. Diagnostic

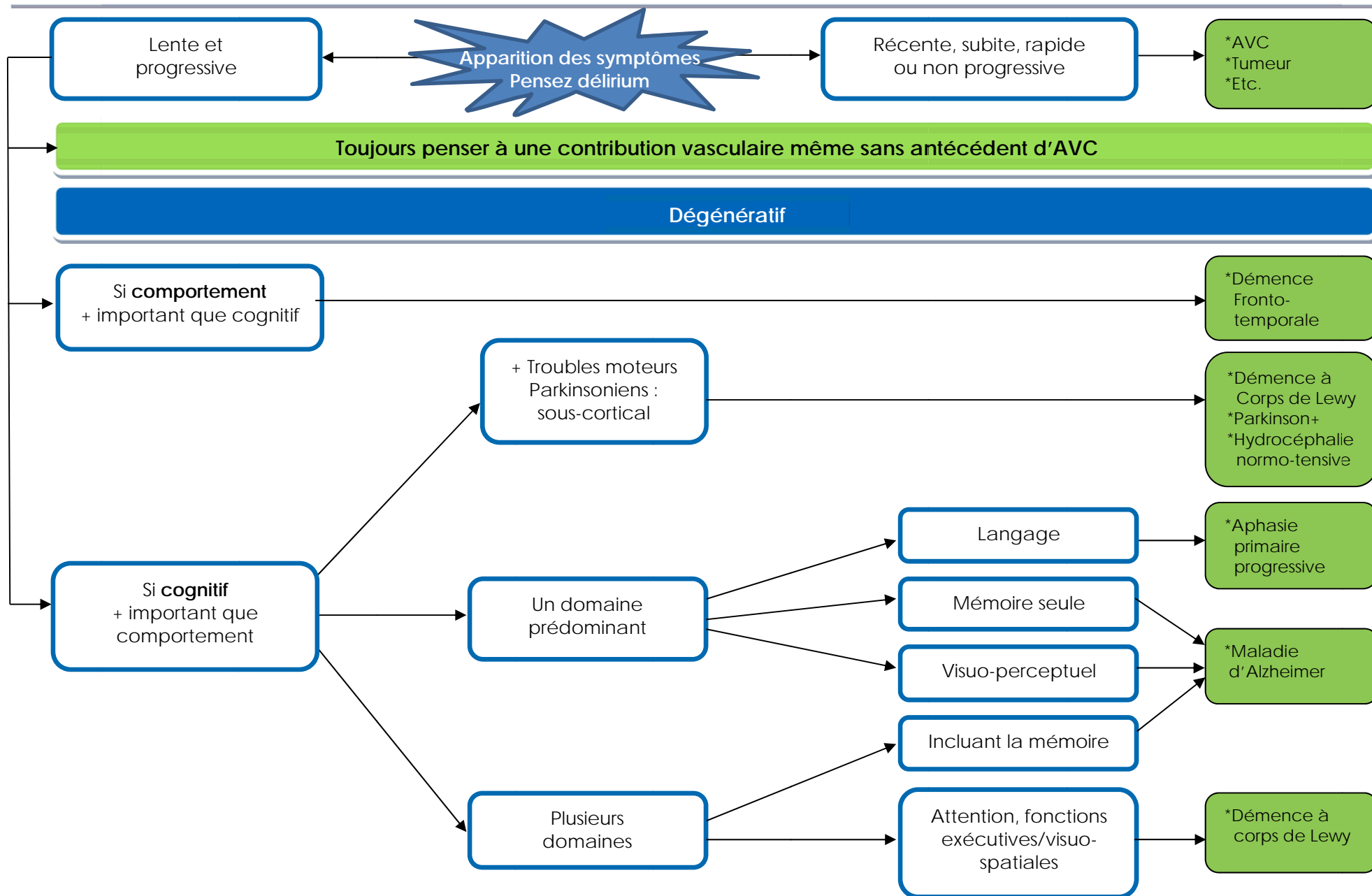
4.1 Pistes pour l'examen physique

Évaluation de l'état mental et de la parole :

L'habillement du sujet, son apparence soignée, son hygiène personnelle, l'expression de son visage, ses manières, son humeur, sa façon de parler son état d'attention ou de conscience.

Signes et manœuvres courantes		
1- Signes de souffrance cellulaire		
Myoclonies	Provoquées ou spontanées	Ex. : Hypoperfusion, Creutzfeld-Jacob
Fasciculations	Langue et masses musculaires	Ex. : SLA
2- Réflexes primitifs		
Palmomentonnier et policis	Paume des mains	Peu spécifique
Glabellaire	Hors vision	Surtout les noyaux basaux
Grasping	Poignet soutenu	Plus spécifique : frontales
3- Démarche		
Apraxie magnétique	Parfois après distance	Ex. : Hydrocéphalie
Petits pas, décomposition du mouvement		Extrapyramidal
Extrapyramidal et posture en extension		Ex. : Parésie supranuclaire
4- Mouvements oculaires		
Verticaux	Ne traverse pas l'horizon Skiing	Ex. : Parésie supranuclaire
5- Extrapyramidal		
Roue dentée	Quatre membres	Ex. : Parkinson plus
6- Pyramidal		
Hofman et Babinski		Ex. : Corticobasale
7- Doigt/nez et dysmétrie		
Toujours exclure la faiblesse		Ex. : Paranéoplasique

4.2 Algorithme de diagnostic différentiel des troubles cognitifs



4.3 Tableau du diagnostic différentiel sommaire des démences

	Alzheimer	Vasculaire	Corps de Lewy	Fronto-temporale
Clinique prédominante	Début et évolution progressives MÉMOIRE atteinte	Atteinte fonctions exécutives et attention Évolution parfois en escaliers	Démence & "Parkinson" < 1an Hallucinations visuelles Fluctuations marquées	Atteinte comportementale beaucoup plus que des fonctions
Fonctions atteintes	Mémoire épisodique Fonctions exécutives Fluidité verbale	Fonctions frontales : attention, flexibilité mentale, jugement, fonctions exécutives Mémoire un peu, mais facilitable	Fonctions frontales : attention, flexibilité mentale, jugement, fonctions exécutives Mémoire un peu, mais facilitable Fonctions visuo-constructives +++	Peu d'atteinte initialement Attention / concentration, jugement, flexibilité mentale
Comportements initiaux	Apathie, retrait social, perte d'intérêt, irritabilité, méfiance	Variable	Hallucinations visuelles Idées délirantes Sommeil agité, avec rêves +++ Chutes et syncopes	Apathie (mais impulsivité), hyper-oralité, accumulation, ritualisation. Perte de : conventions sociales, empathie, jugement, flexibilité mentale, intérêt pour l'hygiène
MMSE - Atteinte initiale classique	Atteinte <u>mémoire</u> NON améliorable avec indices Atteinte orientation temporelle Pentagones ~ ok	Peu d'atteinte mémoire/ orientation Mémoire <u>améliorée</u> avec indices	Atteinte souvent peu sévère Mémoire ≈ ok Atteinte importante des fonctions visuo-constructives (pentagones) Atteinte de l'attention	Très peu d'atteinte au début.
Horloge	Progression typique : 1° Hésitation, mais résultat ok 2° Espace augmenté entre 5-6, 11-12 3° Aiguilles incorrectes (11h10) 4° Chiffres entassés à D 5° Persévération AMÉLIORATION à la copie Atteinte proportionnelle au MMSE	Désorganisée. Persévération NON améliorable à la copie Atteinte proportionnellement <u>plus sévère</u> que le MMSE	TRÈS détériorée P/R MMSE	Peu d'atteinte

4.4 Critères diagnostiques de démence de type Alzheimer

A) Apparition de déficits cognitifs multiples comme en témoignent à la fois :

- ☞ Une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement)
- ☞ Une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - aphasie (perturbation du langage);
 - apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes);
 - agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets);
 - perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite);

B) Les déficits cognitifs deux critères principaux de la section A) sont tous deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C) L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.

D) Les déficits cognitifs deux critères principaux de la section A) ne sont pas dus à :

- ☞ d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif, par exemple : (maladie cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale);
- ☞ des affections générales pouvant entraîner une démence (hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH);
- ☞ des affections induites par une substance.

E) Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un delirium.

F) La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l' Axe 1, par exemple : (Trouble dépressif majeur, schizophrénie, etc.).

American Psychiatric Association. *DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition, (version internationale, Washington, 1994) Traduction française par Guelfi et coil, Masson, Paris, 1996, p.170-1.

Permission de reproduction obtenue par le CESS par Copyright Clearance Center, 2015.

4.5 Recommandations sur les indications de l'imagerie cérébrale par tomodensitométrie magnétique et bilans sanguins

Basées sur le Consensus canadien sur la démence 2012 : www.cccdt3.ca

Critères pour prescrire une imagerie cérébrale; en absence d'au moins un de ces critères, il n'est pas nécessairement recommandé de prescrire cet examen

- ✓ Patient avec une démence âgé de moins de 60 ans
- ✓ Détérioration rapide (c.-à-d. 1 ou 2 mois) et inexpliquée des facultés
- ✓ Cognitives ou de l'état fonctionnel
- ✓ Durée « courte » de la démence (moins de 2 ans)
- ✓ Traumatisme crânien grave survenu récemment
- ✓ Symptômes neurologiques inexpliqués
(apparition de maux de tête violents ou de crises épileptiques graves par exemple)
- ✓ Antécédents de cancer
(en particulier les cancers qui font des métastases au cerveau)
- ✓ Utilisation d'anticoagulants ou antécédents de troubles de la coagulation
- ✓ Antécédents d'incontinence urinaire et de troubles de la marche dans les premiers stades de la démence
(possibilité d'hydrocéphalie à pression normale)
- ✓ Apparition d'anomalies focales (une hémiparésie ou un signe de Babinski par exemple)
- ✓ Symptômes cognitifs ou tableau clinique inhabituels ou atypiques
(aphasie progressive par exemple)
- ✓ Troubles de la marche

De nos jours, la plupart des individus qui souffrent de troubles cognitifs obtiennent un examen d'imagerie cérébrale, et en voici la justification:

« En plus des indications concernant l'imagerie structurelle énoncées précédemment, un tomodensitogramme ou une IRM doit être effectué dans le cadre de l'évaluation d'une personne atteinte de troubles cognitifs quand la découverte d'une maladie cérébrovasculaire insoupçonnée est susceptible de conduire à des modifications du traitement clinique. »

(Consensus canadien 2006, 2012; Gauthier et al. 4e conférence consensus canadienne sur le diagnostic et le traitement de la démence, CJNS 2012;39(6):suppl.5.)

Quelles analyses sanguines sont recommandées ?

Certaines personnes peuvent aussi présenter des problèmes qui s'apparentent à ceux observés dans la maladie d'Alzheimer mais qui sont attribuables à une cause traitable ou réversible, comme par exemple l'utilisation de certains médicaments, la dépression l'apnée du sommeil, ou à une cause métabolique. Les cas de démences réellement réversibles sont très rares, mais en revanche, les cas de troubles cognitifs légers qui s'améliorent suite au retrait d'un agent néfaste pour la cognition semblent plus fréquents. Une révision spécifique de la médication à la recherche de molécules ayant un effet délétère sur les fonctions cognitives est également très souvent utile.

- On recommande généralement de faire un bilan sanguin de base: FSC, Na, K, Ca, Glycémie, TSH, B12, albumine, acide folique.
- D'autres tests peuvent être ajoutés selon le jugement clinique : bilan hépatique, CRP, VIH, Syphilis.

5. Pharmacologie

5.2 Critères et demande d'autorisation de remboursement des médicaments

CRITÈRES DE REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IACHÉ)

En monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

Lors de la demande initiale, les éléments suivants doivent être présents :

- Score au MMSE variant de 10 à 26 ou encore s'élevant à 27 ou 28 en présence d'une justification pertinente;
- Confirmation médicale du degré d'atteinte (domaine intact, atteinte légère, modérée ou grave) dans les cinq domaines suivants :
 - fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
 - humeur;
 - comportement;
 - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
 - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée d'autorisation initiale d'un traitement avec un inhibiteur de la cholinestérase est de 6 mois à partir du début du traitement.

Toutefois, dans le cas où l'inhibiteur de la cholinestérase fait suite à un traitement avec la mémantine, l'usage concomitant des ces deux traitements est autorisé pour une période d'un mois.

En ce qui concerne les demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par chacun des éléments suivants :

- Score au MMSE de 10 ou plus, à moins d'une justification pertinente;
- Diminution maximale du score au MMSE de 3 points par période de 6 mois comparativement à l'évaluation antérieure ou une baisse supérieure accompagnée d'une justification pertinente;
- Stabilisation ou amélioration des symptômes dans un ou plusieurs domaines suivants :
 - fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
 - humeur;
 - comportement;
 - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
 - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

Site web : www.ramq.gouv.qc.ca

RAMQ- ANNEXES IX-Liste des médicaments d'exception et des indications reconnues pour leur paiement

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/formulaires/3633.pdf>

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Médicament d'exception

1- Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE
OU

2- Prescripteur autorisé

NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE IND. RÉG.	TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.		

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	
<i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i>	ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.
OU <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	MUNICIPALITÉ	PROVINCE Québec	CODE POSTAL
		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.	

3 - Médicament visé par la demande **IMPORTANT: Utiliser un formulaire pour chaque médicament.**

NOM DU MÉDICAMENT	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	AU	ANNÉE	MOIS	JOUR	
POSOLOGIE		Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.					ANNÉE	MOIS	JOUR		
La médication sera administrée: <input type="checkbox"/> à domicile, au CLSC ou au cabinet privé <input type="checkbox"/> dans un CH, CHSLD, centre d'hébergement public, privé conventionné, y compris aux consultations externes d'un établissement. <input type="checkbox"/> ailleurs, précisez											

4 - Justification de la demande Inscrire toute information pertinente permettant d'évaluer la demande

DIAGNOSTIC	SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ	DATE ANNÉE MOIS JOUR
------------	------------------------------------	-------------------------

À L'USAGE DE LA RÉGIE

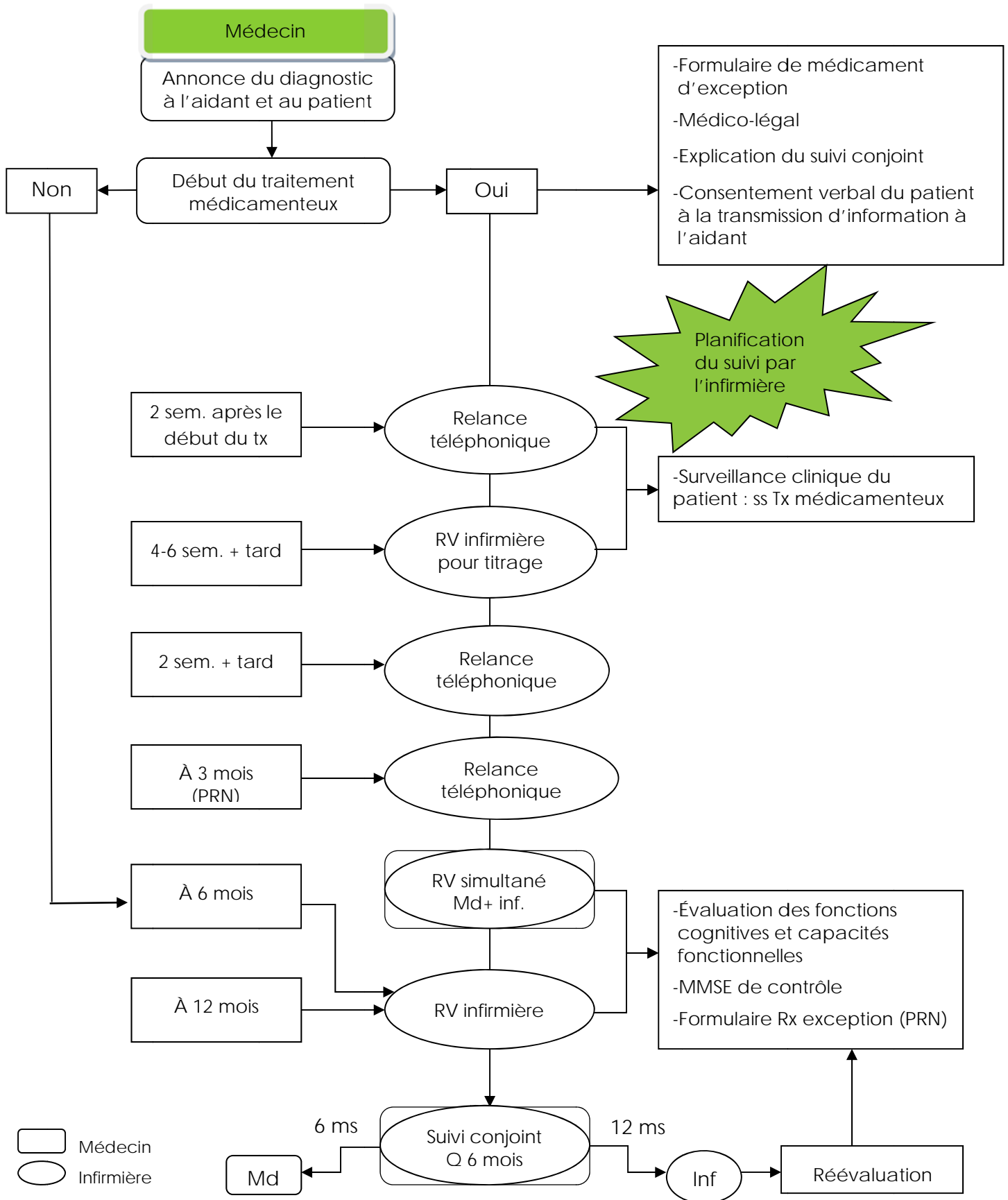
DURÉE AUTORISÉE DU PAIEMENT DU ANNÉE MOIS JOUR AU ANNÉE MOIS JOUR	QUANTITÉ MAXIMALE PAYABLE	DEMANDE ÉVALUÉE PAR	DATE ANNÉE MOIS JOUR
--	---------------------------	---------------------	-------------------------

Retourner le présent formulaire

- par télécopieur à Québec : **418 646-5653**
- ailleurs au Québec, sans frais : **1 866 312-3858**
- par courrier : Régie de l'assurance maladie du Québec
 Expertise professionnelle (pharmacie) Q040
 Case postale 6600
 Québec (Québec) G1K 7T3

6. Suivi

6.1 Suivi selon le protocole suite à l'investigation



6.2 Actions recommandées après un diagnostic de démence

Actions recommandées après un diagnostic de démence	Fait	À faire
1. Informer le patient et sa famille du diagnostic		
2. Identifier l'aidant naturel et évaluer le support nécessaire		
3. Décider du besoin de références à d'autres ressources (liste locale)		
4. Évaluer les risques à la sécurité : auto, finances, médication, cuisine		
5. Déterminer la présence de procuration, mandat d'inaptitude		
6. Évaluer l'aptitude du patient		
7. Référer le patient et sa famille à la Société Alzheimer		
8. Donner l'information sur les traitements		
9. Développer un plan d'intervention et réévaluer régulièrement		
10. Surveiller la réponse à la thérapie initiée		
11. Évaluer et gérer les troubles du comportement lorsque surviennent		
12. Évaluer et gérer les problèmes fonctionnels et le statut nutritionnel		

David Hogan et al. Diagnosis and treatment of dementia : 4. Approach to management of mild to moderate dementia. CMAJ 2008; 179(8):787-93. Permission d'utilisation obtenue par le CESS d'Access Copyright, 2015. Traduit et adapté par Christian Bocti, Juin 2013.

6.3 Surveillance clinique du patient sous traitement médicamenteux

Nom du patient	<input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Rencontre Date : _____
----------------	---

Traitement

DIAGNOSTIC : _____ Début du traitement : _____

Médication actuelle : _____ Approuvée jusqu'au : _____

Évaluation subjective de la réponse au traitement selon : Aidant Patient

Stabilisation Détérioration Amélioration

Évaluation

Observance au traitement : Oui Non Raison : _____

Demande éval. Rx faite au pharmacien

Évaluation des effets secondaires (☑ si présence de symptômes)

<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/> Vomissements
<input type="checkbox"/> Diarrhées	<input type="checkbox"/> Anorexie	<input type="checkbox"/> Crampes M.I.
<input type="checkbox"/> Céphalées	<input type="checkbox"/> Diaphorèse	<input type="checkbox"/> Étourdissements
<input type="checkbox"/> Hallucinations	<input type="checkbox"/> Confusion	

Réseau et soutien social

➤ Milieu de vie-depuis quand, aidants principaux, risque d'épuisement de l'aidant

Sources et services en place

Société d'Alzheimer CLSC COOP Popote roulante Transport

Soutien psychologique Gestionnaire de cas Autre : _____

Intervenant(e) au dossier : _____

Sommaire de l'évaluation

➤ Quels changements, depuis quand, impacts fonctionnels sur les AVQ/AVD et perception du déclin cognitif par le patient.

Synthèse AVQ/AVD

	Niveau habituel	Besoin de supervision	Difficulté avec aide	Incapable/refuse	N/A
Préparation des repas					
S'habiller					
Achats					
Entretien ménager					
Utilisation téléphone					
Hygiène					
Déplacements					
Passe-temps/vie sociale					
Finances					
Médication					

Poids actuel : _____ Poids antérieur : _____ ** Alerte si perte de poids de + de 2 kg dans les derniers 6 mois

TA : _____ Pls : _____ HTO TA couchée _____ Debout 1 min _____ 5 min _____

MMSE : _____ /30 MMSE antérieur : _____ /30 (date : _____)

Horloge : _____ /10 Horloge antérieure: _____ /10 (date : _____)

MoCa : _____ /30 MoCa antérieur : _____ /30 (date : _____)

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____

À remplir par le médecin traitant :

Dosage: idem ↑ ↓ _____ Cessé

Changement de molécule : _____

Signature médecin: _____ Date : _____

SVP remettre dans la case de l'infirmière

Notes additionnelles :

6.4 Rapport d'examen médical par un omnipraticien (permis de conduire M-28)

Tous les frais pouvant être demandés pour remplir ce formulaire doivent être payés par la personne visée par l'examen et ne sont pas remboursables par la Société.

Nom

Prénom

Adresse (Numéro, rue, appartement)

Municipalité

Code postal

Date de naissance

Numéro de permis de conduire

Téléphone (résidence)
Ind. rég.

Téléphone (travail)
Ind. rég.

Retournez le formulaire à :
Société de l'assurance automobile du Québec,
Service de l'évaluation médicale
C.P. 19500, Québec (Québec) G1K 8J5

Retranscrire sur chaque page du formulaire le nom de la personne visée par l'examen médical, sa date de naissance et son numéro de permis de conduire (si connu).

À LA PERSONNE VISÉE PAR L'EXAMEN MÉDICAL

- Lire et signer le texte d'autorisation ci-dessous.
- Prendre connaissance du texte sur la protection des renseignements personnels au bas de la page 4.

Je, soussigné, autorise par la présente la Société de l'assurance automobile du Québec à échanger au besoin des renseignements médicaux me concernant avec le médecin qui a signé ce formulaire. Je comprends qu'un résumé de toute communication sera versé à mon dossier.

Signature de la personne visée par l'examen médical : _____ Date : _____

Une photocopie ou une reproduction informatique de cette autorisation a la même valeur que l'original, en vertu des articles 2840 et 2841 du Code civil du Québec.

AU MÉDECIN

L'examen doit porter sur les maladies antérieures et actuelles susceptibles d'affecter la capacité à conduire. Une liste de troubles pertinents est présentée au début de plusieurs sections. Il s'agit d'un aide-mémoire et tout trouble qui n'y est pas énuméré doit quand même être signalé à la section 10.

TROUBLES VISUELS

1 *Glaucome, cataracte, champ visuel anormal, etc.*

Indiquer tout diagnostic si connu : _____

Acuité visuelle selon Snellen : Sans correction ▶ OU : 6/ _____ OD : 6/ _____ OG : 6/ _____ Avec correction ▶ OU : 6/ _____ OD : 6/ _____ OG : 6/ _____

– Peut être omise si le patient a été dirigé vers un ophtalmologiste ou vers un optométriste.
– Valeurs avec correction requises seulement si le port de lunettes ou de lentilles est nécessaire pour conduire.

Champ visuel par confrontation : Normal Anormal Diplopie : Oui Non

Cocher s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section

TROUBLES AUDITIFS

2 *Perte de l'ouïe*

Diagnostic : _____

Perte de l'ouïe : Oreille droite Oreille gauche

Cocher s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section

TROUBLES NEUROLOGIQUES

3 *Parkinson, SEP, épilepsie, syncope, AVC/ICT, anévrisme cérébral, malformation artérioveineuse, trauma crânien, tumeur cérébrale, troubles cognitifs, etc.*

Diagnostic : _____ Si limitations fonctionnelles associées au diagnostic, remplir la section 8.

Épilepsie : Oui Non ▶ Si oui, date de la première crise : _____ Date de la plus récente crise : _____

Crises convulsives non épileptiques : Oui Non ▶ Si oui, étiologie : _____ Date de la plus récente crise : _____

Description de la manifestation des crises : _____

Vertiges : Oui Non ▶ Si oui, durée des crises : _____ Incapacitantes ? Oui Non

Cocher s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section

Veillez retranscrire ci-dessous le nom de la personne visée par l'examen médical de même que sa date de naissance et son no. de permis de conduire (si connu).

Nom _____
 Prénom _____
 Date de naissance _____ Numéro de permis de conduire _____

TROUBLES CARDIAQUES ET VASCULAIRES

4 Angine, anévrisme > 5,5 cm, intolérance à l'effort, etc.

Diagnostic : _____

Classe fonctionnelle selon NYHA

- I Aucune limitation des activités : aucun symptôme au cours des activités quotidiennes.
- II Limitations minimales des activités : confortable au repos ou au cours d'activités physiques légères.
- III Limitations sévères des activités : confortable seulement au repos.
- IV Doit être au repos total, confiné au lit ou dans une chaise : toute activité physique amène de l'inconfort et des symptômes peuvent se manifester même au repos.

Angine : Oui Non

Trouble du rythme : Oui Non ▶ Si oui, date et diagnostic : _____

Défibrillateur : Oui Non ▶ Si oui, _____
date d'implantation date du dernier choc date dernière vérification appareil

Syncopes ▶ Date : _____ ▶ Cause : _____

Traitées avec succès? Oui Non ▶ Préciser le traitement : _____

Hypertension artérielle : Oui Non ▶ Si oui, indiquez T.A. usuelle : _____ / _____ Date du dernier examen : _____
Syst. Diast.

Anévrisme de l'aorte : Abdominale Diamètre : _____ cm Thoracique Diamètre : _____ cm

Indication chirurgicale Oui Non

Préciser : Échographie Tomodensitométrie

Si conducteur professionnel : Insuffisance cardiaque : Oui Non ▶ Si oui, fraction d'éjection : _____ %

Cocher s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section

TROUBLES RESPIRATOIRES

5 Asthme sévère, oxygénothérapie, apnée du sommeil, etc.

Diagnostic : _____

Classe fonctionnelle

- I Présence ou absence de dyspnée. Si la dyspnée est présente, elle est attribuable à des causes non respiratoires.
- II Présence de dyspnée à la marche rapide sur un terrain plat ou en montant une pente.
- III Présence de dyspnée à la marche sur un terrain plat en comparaison avec une personne du même âge ou en montant un escalier.
- IV Présence de dyspnée après une marche de 100 mètres à son propre rythme sur un terrain plat.
- V Présence de dyspnée en s'habillant, en se déshabillant ou en parlant.

Oxygénothérapie : Oui Non ▶ Si oui, Nocturne Diurne Nombre d'heures d'utilisation par jour : _____

Apnée du sommeil : Oui Non ▶ Si oui, traitement efficace? Oui Non

Hypersomnolence diurne importante : Oui Non ▶ Si oui, indiquez le Score d'Epworth (si disponible) : _____

Cocher s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section

DIABÈTE ET TROUBLES MÉTABOLIQUES

6 Diabète mal contrôlé, hypoglycémie, maladie de Graves, maladie d'Addison, troubles thyroïdiens

Diagnostic : _____

Si la personne est porteuse du diabète, a-t-elle une bonne compréhension et un bon contrôle de sa maladie? Oui Non

Traitement : Insuline Hypoglycémiant Diète

Épisodes symptomatiques d'hypoglycémie nécessitant l'intervention d'un tiers au cours des 6 derniers mois. Oui Non

Si oui, combien? _____ Date du dernier épisode : _____

Cocher s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section

6.5 Rapport du directeur général – Évaluation médicale et psychosociale

Évaluation médicale et psychosociale – volet médical

Nom à la naissance		Prénom	
Date de naissance _____ an-mois-jour		N° de dossier du Curateur public	
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	N° d'assurance maladie		N° de dossier de l'établissement

1 – Examen mental

Y a-t-il atteinte ?

Orientation Oui Non Mémoire Oui Non Jugement Oui Non Affect Oui Non

Comportement à risque ?
 Oui Non

2 – Diagnostic lié à l'incapacité

Maladie cognitive	Maladie mentale	Déficience intellectuelle
<input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer Légère modérée grave	<input type="checkbox"/> Schizophrénie	<input type="checkbox"/> légère
<input type="checkbox"/> Démence due à des étiologies multiples (mixte)	<input type="checkbox"/> Troubles bipolaires	<input type="checkbox"/> moyenne
<input type="checkbox"/> Démence vasculaire Légère modérée grave	<input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> Autre _____		

Depuis quand ? _____ (mois) _____ (an) Depuis quand ? _____ (mois) _____ (an)

3 – Détails significatifs de l'histoire médicale et de l'examen mental

4 – Incapacité

La personne est inapte :

	Degré			Durée		
	non	partiellement	totalement	permanente	temporaire	
à assurer la protection de sa personne et à exercer ses droits civils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ préciser : _____ ans
à administrer ses biens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ préciser : _____ ans

La personne est généralement ou habituellement apte à prendre soin d'elle-même et à administrer ses biens, mais a besoin, pour certains actes ou temporairement, d'être assistée ou conseillée dans l'administration de ses biens.

5 – Diagnostics non liés à l'incapacité (cancer, cataractes, cécité, diabète, hémiparésie, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, ostéoarthrite, maladie cardiaque artériosclérotique, maladie pulmonaire obstructive chronique, quadriplégie, surdité, etc.)

6 – Identification du médecin qui a procédé à l'évaluation

Nom (en lettres moulées)		Prénom (en lettres moulées)		N° de permis d'exercice	
Téléphone	Poste	Télécopieur	Adresse courriel		
Signature					Date (an-mois-jour)

7. Ressources

7.1 Ressources de soutien aux proches aidants

Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer

www.alzheimer.ca/fr/federationquebecoise

La Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer est le porte-parole provincial des vingt (20) Sociétés Alzheimer régionales du Québec.

Les sociétés Alzheimer régionales offrent un service d'information, de formation et de soutien aux personnes atteintes de la maladie Alzheimer et maladies apparentées, aux proches aidants, aux intervenants du réseau public ou privé œuvrant auprès des de la clientèle touchée ou au simple citoyen intéressé par la cause Alzheimer.

Coordonnées téléphonique de la société Alzheimer de votre région : _____

Des protocoles d'aiguillage existent dans certaines régions (voir l'exemple en annexe).

L'APPUI pour les proches aidants d'ainés

www.lappui.org

Chaque région possède une ligne info-aidant ayant pour objectif d'orienter le proche aidant vers les organismes publics ou communautaires les plus appropriés en fonction des besoins de soutien identifiés.

Ligne info-aidant à redistribution régionale : **1-855-852-7784 (1-855-8 LAPPUI)**

Des protocoles de référence existent dans certaines régions (voir l'exemple en annexe).

L'APPUI a également une deuxième mission : les Appuis régionaux agissent de concert avec les acteurs locaux pour identifier les priorités locales et bonifier l'offre de service, notamment par le financement au développement de services d'information, de formation, de soutien psychologique et de répit.

Baluchon Alzheimer

www.baluchonalzheimer.com

Service de répit à domicile et d'accompagnement pour les aidants dont un proche est atteint de la maladie Alzheimer ou de maladies apparentées. Le baluchonnage est un service de répit à domicile au cours duquel l'aidant peut s'absenter pour une période de 4 à 14 jours, selon les régions.

Pour l'accès aux services de répit subventionnés par le MSSS, la **référence doit obligatoirement provenir d'un intervenant du CLSC.**

Programme d'exonération financière pour les services d'aide à domestique (PEFSAD)

www.ramq.gouv.qc.ca/sitecollectiondocuments/citoyens/fr/depliants/depl-aide-domestique-fr.pdf

Le PEFSAD s'adresse aux personnes couvertes par le régime d'assurance maladie qui bénéficient des services d'une entreprise d'économie sociale en aide domestique reconnue par le MSSS. Le programme offre une aide financière fixe ou variable. Celle-ci prend la forme d'une réduction du tarif horaire demandé par l'entreprise d'économie sociale pour fournir ses services.

L'entreprise d'économie sociale de votre région : _____



Formulaire d'aiguillage (référence)

J'autorise ce professionnel de la santé à communiquer mes coordonnées au personnel de la Société Alzheimer de l'Estrie afin d'établir un premier contact. À ma demande, je pourrai recevoir les documents pertinents sur la maladie d'Alzheimer et sur les services qu'offre la Société Alzheimer de l'Estrie, et ce, sans aucune obligation de ma part.

Coordonnées du proche aidant :

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Courriel : _____ Lien avec la personne atteinte : _____

Signature : _____ Date : _____

Je souhaite recevoir l'Appui-lettre produite par
par courriel ou par courrier

L'APPUÏ POUR LES
PROCHES AIDANTS
D'ÂGÉS
ESTRIE

Réservé au professionnel de la santé

Nom de l'intervenant référant : _____

Coordonnées de l'intervenant référant : _____

Si des besoins spécifiques ont déjà été identifiés, cocher quels services offerts par la SAE semblent pertinents :

Information PHARE (soutien psychologique individuel) Groupe de soutien
 PASAD (répit) Autres : _____

1. **Expédiez ce formulaire à :**
2. **Par télécopieur : 819 820-8649**
3. Par courriel : info@alzheimerestrie.com
4. Par la poste : 740, rue Galt Ouest, Suite 112, CP 1052, Sherbrooke (Québec) J1H 1Z3
5. Un conseiller contactera le proche aidant dans un délai de 5 jours ouvrables suivant la réception de ce formulaire. Pour tout autre renseignement, contactez-nous au 819 821-5127.

7.2 Références au CSSS

Centre local de services communautaires (CLSC)

Les centres locaux de services communautaires ont pour mission d'offrir, en première ligne, à la population du territoire qu'ils desservent, des services de santé et des services sociaux. Plus spécifiquement, le programme « Soutien à l'autonomie des personnes âgées » (SAPA) regroupe tous les services destinés aux personnes en perte d'autonomie et à leur entourage, que ces services soient dispensés dans un établissement, à domicile ou ailleurs. Il s'adresse à toutes les personnes qui sont en perte d'autonomie, principalement due à l'avancement en âge, et ce, peu importe la cause : perte d'autonomie fonctionnelle, problèmes cognitifs (ex. : maladie d'Alzheimer) ou maladies chroniques.

Coordonnées du CLSC de votre région : _____

Une requête de services standardisée existe dans plusieurs régions (voir exemple en annexe)

Clinique mémoire

Évaluation et suivi clinique

Les cliniques de la mémoire ont pour principaux mandats de :

- Soutenir les médecins et les équipes de 1re ligne sur les plans du diagnostic et du traitement des troubles cognitifs liés au vieillissement;
- Procéder à l'évaluation diagnostique des troubles cognitifs liés au vieillissement pour des cas complexes et atypiques et pour certains cas assumer un suivi conjoint.

Une requête de services standardisée existe dans plusieurs régions (voir exemple en annexe)

Coordonnées de la clinique mémoire de votre région : _____

Recherche

Également, certaines cliniques de mémoire participent à des protocoles de recherche subventionnée. À cet effet, les personnes souhaitant prendre part à un protocole de recherche peuvent y être référées.

Des protocoles de référence existent dans certaines régions (voir l'exemple en annexe).

Équipe SCPD

Les équipes ambulatoires SCPD ont pour principaux mandats de:

- Évaluer dans son milieu de vie la personne présentant des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la maladie;
- Élaborer, en collaboration avec l'équipe traitante, un plan d'intervention individualisé psychosocial, environnemental et pharmacologique, et soutenir son implantation.

Coordonnées d'équipe ambulatoire SCPD de votre région : _____

Des protocoles de référence existent dans certaines régions (voir l'exemple en annexe).

RÉFÉRENCE AUX SERVICES GÉRIATRIQUES DU CSSS-IUGS

Télécopieur : 819 829-7144

IDENTIFICATION DU PATIENT	
Nom : _____ Prénom : _____ Tél : 819 _____	
Date de naissance : _____ N° RAMQ : _____ Exp. : _____	
Actuellement hospitalisé : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, centre hospitalier : _____	
Milieu de vie habituel : _____ Adresse : _____	
Personne à contacter : _____ Tél : 819 _____	
DEMANDE D'ADMISSION	SERVICES EXTERNES
<input type="checkbox"/> Unité de courte durée gériatrique (UCDG)* <input type="checkbox"/> Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)** <input type="checkbox"/> Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)** Consultation pré-admission : Gériatrie * Physiatrie ou gériatrie **	<input type="checkbox"/> Gériatrie ambulatoire <input type="checkbox"/> Hôpital de jour <input type="checkbox"/> Physiothérapie externe <input type="checkbox"/> Clinique de mémoire <input type="checkbox"/> Gérotopsychoiatrie <input type="checkbox"/> Clinique incontinence urinaire
MOTIF DE CONSULTATION ET ATTENTES DU RÉFÉRENT (JOINDRE NOTES COMPLÉMENTAIRES SI POSSIBLE)	
LISTE DES PROBLÈMES MÉDICAUX ET ANTÉCÉDENTS (JOINDRE LISTE ET RÉSULTATS INVESTIGATIONS PERTINENTES)	
LISTE DES MÉDICAMENTS (JOINDRE PROFIL SI DISPONIBLE)	
CODIFICATION (PRIORITÉ)	
1 <input type="checkbox"/> (< 1 MOIS) 2 <input type="checkbox"/> (< 1 À 3 MOIS) <input type="checkbox"/> (> 3 MOIS)	
<i>Pour toute demande urgente, contacter directement le médecin</i> <i>Pour la clientèle hospitalisée au CHUS pour laquelle une demande de transfert est faite, il s'agit d'une priorité 1</i>	
RÉFÉRENT	
Médecin de famille : _____ (si différent du référent)	
Nom/Prénom du médecin référent : _____ N° de pratique : _____	
<u>Lieu de pratique du référent :</u>	
<input type="checkbox"/> CHUS <input type="checkbox"/> GMF : _____ <input type="checkbox"/> Clinique médicale : _____	
<input type="checkbox"/> CSSS : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Adresse : _____ Tél : 819 _____ Poste : _____	
Signature : _____ Date : _____	

7.3 Lexique

Agnosie : Incapacité acquise de reconnaître un objet ou de se rappeler l'usage qu'on en fait dans une modalité sensorielle donnée (visuelle, auditive, des couleurs, des visages, etc.)

Anomie : Difficulté à trouver le mot juste pour désigner un objet, un animal, un végétal ou autre.

Anosognosie : Incapacité, pour un patient, de reconnaître la maladie ou la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint. Se voit, par exemple, dans la progression de la MA; alors qu'au début le client était conscient de ses pertes de mémoire, il finit par oublier qu'il oublie.

Aphasie : Trouble acquis de la compréhension et de l'expression du langage.

Apraxie idéomotrice : Difficulté ou perte de la capacité de réaliser, sur demande, des gestes simples ou complexes de la vie quotidienne. Par exemple, dire au revoir de la main, faire un salut militaire, envoyer un baiser de la main, etc.

Apraxie constructive : Trouble d'exécution et de réalisation de constructions bi- ou tridimensionnelles pouvant notamment être attribuable à un trouble visuo-spatial ou un trouble de la planification.

Dysarthrie : Trouble de l'élocution.

Écholalie : Répétition automatique de mots ou de phrases qu'une personne entend prononcer.

Fasciculation : Secousse brève rarement isolée, visible sous la peau, spontanée ou déclenchée par le froid ou la percussion.

Fonctions exécutives : Ensemble de capacités qui permettent à l'être humain de s'adapter à son environnement, de raisonner adéquatement, d'initier, de planifier, d'anticiper ses actions, de faire plus d'une action à la fois, en plus de contrôler et d'arrêter un comportement complexe.

Hallucination : Perception sensorielle qui n'est pas le résultat d'un stimulus externe; peut être visuelle, auditive, olfactive, gustative ou tactile.

Idée délirante : Croyance ou perception absurde et persistante dont on ne démord pas, malgré son caractère illogique. Les idées délirantes traduisent une baisse des capacités à évaluer et interpréter une situation ordonnée.

Mémoire épisodique : Correspond à la capacité d'encoder (enregistrer), de récupérer (retrouver en mémoire) et de consolider (conserver en mémoire) de l'information ayant un contexte spatio-temporel spécifique. Par exemple, le mariage de ma belle-sœur, ce que j'ai mangé hier, etc.

Mémoire de travail : La mémoire qui permet de retenir et de manipuler de l'information en peu de temps (20-30 secondes).

Mémoire sémantique : La mémoire du savoir général sur le monde (langues, concepts, catégories, règles). Cette mémoire est indépendante du contexte et permet de conserver une connaissance globale du monde environnant.

MCI : *Mild cognitive impairment* (DCL - Déficit cognitif léger) – Atteinte(s) cognitive(s) qui dépasse(nt) le seuil de la normalité et qui touche(nt) un domaine cognitif, par exemple la mémoire, ou plusieurs, par exemple le langage et les fonctions exécutives, sans pour autant correspondre aux critères d'une démence.

Myoclonies : Succession de secousses myocloniques diffuses, sans rythme d'actionni d'intention succédant à une hypoxie majeure et prolongée (spasmes musculaires)

Persévération : La répétition incontrôlable d'une réponse particulière, tel un mot, une phrase ou un geste, malgré l'absence ou l'arrêt d'un stimulus.

SCI : *Subjective Cognitive Impairment* (Déficit cognitif subjectif)

SCPD : Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence