Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs

Boite à outils

Direction des services professionnels
23 mars 2017

Québec

Maladie d'Alzheimer et autres troubles cognitifs majeurs – Boite à outils est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches) :

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : www.cisss-ca.gouv.qc.ca.

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

ISBN imprimé : ISBN : 978-2-550-78164-6
ISBN PDF : ISBN : 978-2-550-78165-3

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2014

Liste des sigles

AVC : Accident vasculaire cérébral

AVD : Activités de la vie domestique

AVQ : Activités de la vie quotidienne

BCM : Bilan comparatif des médicaments

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

GMF : Groupe de médecine familiale

ICT : Ischémie cérébrale transitoire

INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

MA : Maladie d'Alzheimer

MMSE : Mini-Mental State Examination

MOCA : Montreal cognitive assessment

MSSS : Ministère de la santé et de services sociaux

NPI-R : Inventaire neuro-psychiatrique réduit

QSP-9 : Questionnaire santé du patient

RUIS : Réseaux universitaires intégrés de santé

SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées

SCPD : Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

TNC : Troubles neurocognitifs

Table des matières

Liste des sigles i

Mise en contexte 1

Section 1 3

Rôles des professionnels GMF 3

- Médecin première ligne GMF 5
- Infirmière technicienne/clinicienne en GMF 6
- Travailleur social en GMF 8
- Pharmacien en GMF 10
- Ergothérapeute 11
- Équipe de leader (médecin et infirmière clinicienne ou travailleur social) 11
- Ressource infirmière territoriale 12

Section 2 13

Exemples de critères de référence 13

- Critères de référence en service social 15
- Critères de référence en ergothérapie 15
- Critères de référence en pharmacie 16
- Critères de référence en 2e ligne (Clinique mémoire, gériatrie, SCPD, etc.) 16

Section 3 17

Processus clinique interdisciplinaire en première ligne du MSSS (Infirmière-Médecin) 17

- Étape 1 - Repérage 21
- Étape 2 - Visite d'évaluation initiale par l'infirmière clinicienne du GMF 35
- Étapes 3 et 4 – Visite d'évaluation médicale et annonce du diagnostic 83
- Étape 5 – Rencontre avec l'infirmière pour parler du diagnostic et du suivi à venir 99
- Étapes 6 et 7 – Appel téléphonique 2 à 6 semaines après l'annonce du diagnostic 129
- Étapes 8 et 10 – Visite de réévaluation par l'infirmière après 6 mois et 12 mois ou visites subséquentes 133
- Étape 9 – Visite de réévaluation médicale 151

Section 4 155

Évaluation et suivi psychosocial 155

- Outils du travailleur social 157

Section 5 171

Partenariat/Arrimage 171

- 1re ligne Programme services SAPA 173
- 2e ligne Clinique mémoire 173
- 2e ligne Équipe ambulatoire des gestions SCPD 173

Section 6 175

Plan de formation 175

Section 7 177

Annexes 177

- Annexe A 179
  - Trajectoire de services GMF de Thetford 179
- Annexe B 183
  - Trajectoire pour la clientèle GMF présentant des SCPD 183

Références 187

Mise en contexte[1]

Problème prioritaire

Plus de 100 000 personnes au Québec présentent une maladie d'Alzheimer ou un autre trouble neurocognitif majeur. Il est estimé que ce nombre augmentera à près de 180 000 en 2030.

Première phase de l'initiative ministérielle

En 2007, le MSSS confiait un mandat à un groupe d'experts présidé par le Dr Howard Bergman. Il souhaitait connaître leurs recommandations pour améliorer les services actuels et pour répondre efficacement à la croissance projetée des personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou un autre trouble neurocognitif majeur.

Les travaux du groupe d'experts se sont traduits par le dépôt en 2009 du Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer. Ce rapport propose sept actions prioritaires assorties de recommandations.

Le MSSS a reçu favorablement les recommandations formulées. Des cibles ont été dégagées pour chacune des actions proposées par le groupe d'experts. Les travaux ministériels se sont particulièrement consacrés à l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services offerts aux personnes atteintes et à leurs proches en première ligne.

Afin de concrétiser l'offre bonifiée de service, le MSSS a préconisé la mise en place de projets inspirés par les meilleures pratiques et les avis d'experts québécois, soit les « Projets d'implantation ciblée ». Dix-neuf projets ont vu le jour en 2013, répartis dans quatorze régions sociosanitaires du Québec, pour un total de 40 GMF concernés.

De plus, dans la foulée de l'implantation des projets, l'équipe ministérielle s'est assurée du développement de documents de référence et d'outils en s'appuyant sur les avis des experts des quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). À la suite de l'analyse des bilans des dix-neuf projets de la première phase, le MSSS a autorisé une 2e phase au Plan Alzheimer.

Seconde phase de l'initiative ministérielle

La seconde phase des travaux s'étend de 2016 à 2019. Par ses orientations, le MSSS encourage et soutient le développement progressif des meilleures pratiques sur tout le territoire québécois. Sous la responsabilité des CISSS et CIUSSS, le déploiement des meilleures pratiques a pour but de rehausser l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à la population québécoise atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre trouble neurocognitif majeur, tout en soutenant les proches aidants.

Boite à outils des équipes GMF en Chaudière-Appalaches

Afin d'assurer le déploiement des meilleures pratiques, une boite à outils a été développée pour les GMF du territoire de Chaudière-Appalaches. Dans ce document, vous retrouverez les outils essentiels qu'utilisent les équipes des GMF de Montmagny-L'Islet et de Thetford Mines. Vous reconnaitrez parmi ceux-ci les outils recommandés par l'INESSS et par le MSSS, et retrouverez des outils « maison » et des trajectoires de services (annexes A et B) construits par les professionnels. Ce document n'est pas exhaustif, plusieurs autres formulaires, outils et versions de ceux-ci existent. Les professionnels qui utilisent cette boite à outils peuvent l'adapter de façon à faciliter les trajectoires et la continuité des services entre les différents partenaires (Programme services SAPA, Cliniques de

[1] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs : Orientations ministérielles,* consultées le 26 janvier 2017 [Certaines parties sont tirées intégralement des textes du MSSS], http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/orientations-ministerielles/

mémoire, Équipe ambulatoire des gestions SCPD, etc.) Également, il est important de rappeler qu'il faut préalablement habiliter les professionnels de l'équipe GMF par des formations spécifiques à leurs champs de pratique afin de développer leur expertise.

Les équipes des projets initiaux souhaitent faciliter la réalisation du repérage et du suivi de la clientèle présentant des troubles neurocognitifs en fournissant aux autres GMF le matériel qu'elles utilisent le plus fréquemment dans leur travail.

.

Section 1

Rôles des professionnels GMF

Médecin première ligne GMF

Champ d'exercice du médecin selon l'article 31 de la Loi médicale

« L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé chez l'être humain en interaction avec son environnement, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes. »

Activités professionnelles du médecin

- Repérer les signes d'une atteinte fonctionnelle, d'un déclin cognitif ou d'un trouble de comportement;
- Apprécier de manière objective l'atteinte fonctionnelle des fonctions cognitives ou un trouble de comportement à l'aide d'outils de repérage;
- Procéder à l'examen clinique (Fiche 2 de 6 de l'INESSS);
- Prescrire les examens paracliniques complémentaires au besoin;
- Réviser la médication;
- Établir le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou trouble neurocognitif et l'annoncer au patient avec le proche aidant (Fiche 4 de 6 de l'INESSS);
- Déterminer le traitement médical;
- Prescrire les médicaments et les autres substances;
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques;
- Diriger le patient et le proche aidant aux professionnels GMF pour les tests de dépistage, d'évaluation et du suivi de la clientèle;
- Amorcer ou réajuster le traitement lorsque le diagnostic est confirmé;
- Diriger le patient et le proche aidant aux services spécialisés.

Infirmière technicienne/clinicienne en GMF

Champ d'exercice de l'infirmière selon l'article 36

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. »

Activités professionnelles de l'infirmière clinicienne

Activités d'évaluation

- Effectuer le repérage;
- Observer les signes et comportements permettant de repérer les personnes ayant un déclin cognitif;
- Procéder à l'évaluation initiale de la clientèle repérée :
    - Collecte de données;
    - Évaluation des fonctions cognitives;
    - Évaluation de la condition physique;
    - Collecte de données auprès de l'aidant;
- Exercer une surveillance clinique de l'état de santé du patient.

Activités de prévention et de promotion de la santé

- Réaliser des actions de counselling et d'éducation auprès de l'aidant et de l'aidé;
- Diffuser l'information relative à la conduite automobile et aux documents légaux.

Activités diagnostiques

- Initier les examens de laboratoire selon l'ordonnance collective.

Activités liées aux soins et aux traitements

- Effectuer et ajuster les traitements médicaux en collaboration avec le médecin.

Activités de suivi du plan thérapeutique

- Effectuer le suivi systématique infirmier;
- Assurer un suivi auprès de l'aidant.

Activités professionnelles complémentaires

- Réaliser des programmes d'enseignement auprès de la clientèle;
- Collaborer à la liaison en référant la clientèle aux ressources de 1re et 2e ligne appropriées selon les modalités établies :
    - Les services psychosociaux et les autres programmes offerts par le CISSS;
    - Les pharmaciens et autres professionnels;
    - Les programmes spécialisés;
    - Les organismes communautaires.

Activités liées à l'organisation

- Collaborer au programme maladie d'Alzheimer ou autres troubles neurocognitifs majeurs.

Travailleur social en GMF

Champ d'exercice du travailleur social selon la Loi 21

« Le rôle du travailleur social consiste à évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement. L'information, la promotion de la santé et la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités font également partie de l'exercice de la profession du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles. »

Activités professionnelles du travailleur social

Activités d'accueil

- Recevoir les demandes de service, selon les critères de référence en service social;
- Orienter ou référer les demandes;
- Intervenir en situation d'urgence.

Activités d'évaluation du fonctionnement social

- Identifier les besoins psychosociaux de la personne et du proche aidant;
- Procéder à l'analyse du fonctionnement social de la personne et des divers membres des systèmes impliqués;
- Évaluer le niveau d'épuisement du proche aidant, s'il y a lieu;
- Élaborer un plan d'intervention selon un processus structuré et négocié avec le patient.

Activités d'orientation et de référence

- Effectuer une liaison vers le programme SAPA (soutien à l'autonomie des personnes âgées) pour le transfert des demandes selon leurs critères d'admissibilité;
- Référer à l'externe vers les ressources communautaires appropriées.

Activités de repérage

- Observer les signes ou comportements permettant de repérer des problèmes neurocognitifs, des SCPD ou des besoins psychosociaux.

Activités d'intervention

- Effectuer des entrevues individuelles, de couple, familiales ou de groupe, selon les besoins relevés;
- Effectuer des suivis téléphoniques selon les besoins identifiés;
- Accompagner et soutenir les personnes présentant des troubles cognitifs et leurs proches aidants dans l'annonce du diagnostic ainsi que dans les besoins psychosociaux qui en découlent;
- Accompagner la personne et son système dans l'organisation des services nécessaires selon les besoins relevés;

- Accompagner la personne et son système dans la démarche de réflexion au maintien à domicile ou au changement de milieu de vie;
- Transmettre de l'information sur les divers milieux d'hébergements privés;
- Effectuer des interventions de base afin de prévenir l'apparition de SCPD (approche de base, recadrage).

Activités professionnelles complémentaires

- Transmettre et recevoir de l'information clinique pertinente et obtenir les consentements requis (tiers);
- Participer et collaborer aux différentes rencontres reliées au développement du programme;
- Élaborer et répertorier des outils cliniques (reconnaître les signes de fatigue chez le proche aidant, évaluation des besoins, cueillette d'informations, etc.).

Lieux d'intervention

- GMF;
- Domicile;
- Autre lieu pertinent.

Pharmacien en GMF

Champs d'exercice du pharmacien selon la loi sur la pharmacie (chapitre P-10, section V)

« L'exercice de la pharmacie consiste à évaluer et à assurer l'usage approprié des médicaments afin notamment de détecter et de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes. »

Activités professionnelles du pharmacien

- Détermine les meilleures options pharmacothérapeutiques en fonction des objectifs établis;
- Surveille et optimise la thérapie médicamenteuse, notamment en faisant l'ajustement des médicaments, en fonction de la condition du patient, de ses paramètres cliniques et des mesures pharmacologiques et non pharmacologiques concomitantes;
- Dépiste, prévient et résout les problèmes pharmacothérapeutiques potentiels ou actuels;
- Fait l'évaluation et le bilan des renseignements issus de l'histoire pharmacothérapeutique et du bilan comparatif des médicaments (BCM);
- Assure les liens requis avec le pharmacien traitant du patient afin de convenir de l'application du plan de soins pharmaceutiques et des paramètres de la surveillance de la thérapie à appliquer;
- Conseille le médecin et les professionnels de la santé en matière d'usage optimal des médicaments (prescrits ou non), de résolution de problèmes liés à l'accès (ruptures d'approvisionnement, médicaments d'exception, etc.) et d'aspects légaux de la pratique;
- Renseigne les patients en séance individuelle ou en groupe sur des sujets liés à l'utilisation de médicaments ou sur la gestion de leur thérapie en favorisant leur autonomisation;
- Participe à l'élaboration et à la mise en application d'ordonnances collectives, de protocoles, de formats d'ordonnances préétablies ou de tout autre outil de travail lié à l'usage des médicaments;
- Met en application les actes délégués qui s'ajoutent à son champ d'expertise en vertu de la Loi modifiant la Loi sur la pharmacie (Loi 41);
- Constitue une personne-ressource pour l'équipe interprofessionnelle, notamment pour les activités d'érudition clinique au regard de son expertise.

Ergothérapeute

Champ d'exercice de l'ergothérapeute selon le Code des professions

« Évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale. »

S'y ajoute les aspects communs à toutes les professions, mais qui s'appliquent au champ d'exercice propre à chacune d'elles :

« L'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès d'individus, des familles et des collectivités sont comprises dans le champ d'exercice du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles. »

En vertu du Code des professions, les ergothérapeutes ont aussi des activités qui leur sont réservées. Pour qu'une personne puisse exercer ces activités, elle doit donc être membre de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec.

Activités professionnelles de l'ergothérapeute

- Réaliser les évaluations fonctionnelles et cognitives au domicile du patient dans le but de préciser les difficultés et les impacts.
- Évaluer la sécurité du patient à son domicile et faire les recommandations nécessaires.

Équipe de leader (médecin et infirmière clinicienne ou travailleur social)

Composition

- Médecin champion
- Infirmière clinicienne ou travailleur social

Mandat

- Collaborer et participer à l'implantation du programme maladie d'Alzheimer ou autres troubles neurocognitifs majeurs dans son GMF avec le soutien de la ressource territoriale en soins infirmiers;
- Participer à la communauté de pratique;
- Soutenir le changement.

Ressource infirmière territoriale

- Soutenir les médecins et les professionnels œuvrant en GMF pour l'implantation des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles;
- Soutenir les médecins et les professionnels dans la mise en place du Processus clinique interdisciplinaire en première ligne;
- Assurer une disponibilité auprès de l'équipe leader et des professionnels du GMF;
- Assurer le transfert des connaissances et des expériences issues de la phase 1 du Plan Alzheimer;
- Favoriser l'utilisation des outils identifiés dans la Boite à outils;
- Contribuer à la formation;
- Contribuer à du mentorat;
- Favoriser la mise en place de mesures d'amélioration continue de la qualité des services offerts.

Section 2

Exemples de critères de référence

Exemples de critères de référence

Critères de référence en service social

- Le proche aidant est épuisé ou à risque d'épuisement;
- Le patient ne reçoit aucun service psychosocial du CLSC;
- Le patient ou le proche aidant désire obtenir de l'information sur les différents services offerts sur le territoire;
- Autres problématiques sociales (abus, négligence, deuil, anxiété, documents légaux, aptitude à administrer ses biens).
- La sécurité est compromise;
- Le patient vit seul à son domicile.

Note : Lorsque leur condition l'exige, les patients doivent être dirigés vers les programmes spécifiques du CLSC.

Critères de référence en ergothérapie

- Patient qui représente une perturbation des fonctions cognitives supérieures;
- Patient qui présente des difficultés à réaliser ses AVD et ses AVQ ou autres activités occupationnelles;
- Patient qui présente des éléments de risque et de dangerosité à domicile (chute, feu, malnutrition).

Facteurs aggravants

- Personne seule à domicile;
- Réseau de support limité;
- L'épuisement du proche aidant.

Critères de référence en pharmacie

- Patient pour qui une thérapie médicamenteuse complexe est un facteur clé de l'atteinte des résultats;
- Patient dont la thérapie médicamenteuse exige une surveillance étroite, des ajustements importants ou un suivi complexe;
- Patient qui fait usage de médicaments à indice thérapeutique étroit ou de médicaments dont la prise requiert un suivi particulier;
- Patient ayant besoin de soutien pour l'adhésion à sa thérapie ou pour l'usage des médicaments.

Critères de référence en 2e ligne (Clinique mémoire, gériatrie, SCPD, etc.)

- Une incertitude maintenue quant au diagnostic après une première évaluation et un suivi;
- Une demande exprimée par le patient ou sa famille pour une seconde opinion;
- La présence d'une dépression significative, en particulier en l'absence de réponse au traitement;
- Un échec ou des problèmes thérapeutiques associés aux médicaments prescrits pour traiter la maladie d'Alzheimer;
- Le besoin d'obtenir du support pour la prise en charge du patient présentant des troubles de comportement;
- Patient de jeune âge;
- Comorbidité;
- Maladie rare suspectée.

Section 3

Processus clinique interdisciplinaire en première ligne du MSSS (Infirmière-Médecin)

MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES

PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE EN PREMIÈRE LIGNE

1. REPÉRAGE

Plaintes de la personne, des proches ou suspicion clinique

- Oublis de la médication, des rendez-vous
- Se tourne vers l'accompagnant pour répondre aux questions
- Changement de comportement (apparence, humeur)
- Retrait social
- Difficultés d'expression

Zone de vigilance

Sans faire une évaluation systématique mais en posant des questions sur la mémoire ou en utilisant le Mini-COG lors d'une visite médicale, porter une attention particulière aux usagers suivants :

A. Personnes de 65 ans et plus à haut risque
a. AVC (accident vasculaire cérébral)
b. ICT (ischémie cérébrale transitoire)
c. Délirium récent
d. Première dépression après 65 ans
e. Parkinson

B. Personnes de 75 ans et plus qui renouvellent leur permis de conduire (formulaire SAAQ)

Si suspicion clinique → Décision par le médecin ou l'infirmière d'enclencher une évaluation

En absence de suspicion clinique → Revoir dans 6 à 12 mois

2. VISITE D'ÉVALUATION ET COLLECTE DE DONNÉES PAR L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE OU PRATICIENNE (OU AUTRE CLINICIEN DÉSIGNÉ) DU GMF – en présence de l'aidant si le patient est d'accord

A. Histoire familiale, antécédents personnels, soutien social et familial, contexte psycho-social …
B. Évaluation de la plainte ou de la suspicion cognitive (historique de la situation problématique à l'origine de la visite)
C. MMSE (*Mini Mental State Examination-Folstein*)
D. MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*) qui inclut le test de l'horloge
E. GDS-15 ou GDS 5 (*Geriatric Depression Scale*)
F. Évaluation fonctionnelle
G. Si ordonnance collective pour investigation : tests sanguins, scans… selon les critères rencontrés
H. En présence d'un symptôme comportemental ou psychologique de la démence (SCPD), se référer au *Processus clinique visant le traitement des SCPD*

Informations transmises au médecin

3. VISITE D'ÉVALUATION MÉDICALE – à partir des informations transmises et à partir d'un examen physique et neurologique s'il y a lieu

A. Décision si investigations supplémentaires, par exemple : prises de sang, imagerie, ...
B. En présence d'un symptôme comportemental et psychologique de la démence (SCPD), se référer au *Processus clinique visant le traitement des SCPD*
C. Décision sur demande de consultation complémentaire : clinique de mémoire, équipe SCPD, clinique de gériatrie (voir les guides pratiques en annexe)
D. Si l'investigation est complète et qu'il n'y a pas de consultations complémentaire à demander, l'annonce du diagnostic pourrait être faite au terme de cette visite.

4. VISITE D'ANNONCE DU DIAGNOSTIC PAR LE MÉDECIN - en présence de l'infirmière si possible

A. Annonce du diagnostic
B. Présentation du plan traitement et discussion (s'il y a lieu)
C. Demande RAMQ (avec formulaire de remboursement complet)

Suite page suivante

PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE EN PREMIÈRE LIGNE (SUITE)

5. VISITE AVEC L'INFIRMIÈRE POUR PARLER DU DIAGNOSTIC ET DU SUIVI À VENIR – cet échange peut se faire à la suite de l'annonce par le médecin ou dans les jours qui suivent

A. Établir une relation de confiance avec la personne atteinte et ses proches
B. Donner ses coordonnées directes pour que le patient ou le proche aidant puissent contacter l'infirmière si besoin
C. Échanger sur le diagnostic et le plan de traitement
D. Évaluer les besoins et l'état psychologique du patient et de l'aidant
E. Éducation et explications sur la maladie
   a. Discussion du besoin évaluation de la conduite automobile
   b. Évaluation des risques prise de médication
   c. Évaluation des risques financiers
F. Counselling sur les aspects médicaux-légaux : procuration, régime de protection…
G. Références s'il y a lieu
   a. Services communautaires appropriés (Société d'Alzheimer ou Appui)
   b. CLSC
   c. Popote roulante
   d. Aide dans la communauté

6. APPEL 2 SEMAINES APRÈS L'ANNONCE, PAR L'INFIRMIÈRE

A. Vérification auprès du patient et de l'aidant sur la compréhension, état de la situation, plan de traitement
B. Si médicaments : effets secondaires, observance, tolérance à la médication - titrage s'il y a lieu

7. APPEL ENTRE 4 À 6 SEMAINES APRÈS L'ANNONCE FAITE PAR L'INFIRMIÈRE – au besoin selon la complexité de la situation

A. Vérification auprès du patient et de l'aidant sur la compréhension, état de la situation, plan de traitement
B. Si médicaments : effets secondaires, observance, tolérance à la médication - titrage s'il y a lieu

8. VISITE DE RÉÉVALUATION PAR L'INFIRMIÈRE – 6 mois après l'annonce

A. Tests cognitifs: évolution de la maladie, MMSE, MOCA, GDS-15 ou GDS-5, évaluation fonctionnelle
B. Effets secondaires, observance et tolérance à la médication
C. Besoins et état psychologique de l'aidant
D. Besoin d'aide à domicile
E. Référence aux ressources appropriées (si besoin)
F. Demande d'autorisation de médicament d'exception (si besoin)
G. Ajustement de la médication selon l'ordonnance collective (si besoin)
H. En présence d'un symptôme comportemental ou psychologique de la démence (SCPD), se référer au *Processus clinique visant le traitement des SCPD*
I. Planification de la rencontre de réévaluation dans 6-12 mois (ou avant si besoin)

9. VISITE DE RÉÉVALUATION MÉDICALE SUITE À LA RENCONTRE DE L'INFIRMIÈRE

A. Décision si investigations supplémentaires, par exemple : prises de sang, imagerie
B. En présence d'un symptôme comportemental ou psychologique de la démence (SCPD), se référer au *Processus clinique visant le traitement des SCPD*
C. Décision sur demande de consultation complémentaire : clinique de mémoire, équipe SCPD, clinique de gériatrie (voir les guides pratiques en annexe)

10. VISITES SUBSÉQUENTES AUX 6-12 MOIS SELON LE JUGEMENT CLINIQUE – par le médecin ou l'infirmière

A. Tests cognitifs: Évolution de la maladie, MMSE, MOCA, GDS-15 ou GDS-5, évaluation fonctionnelle
B. Effets secondaires/observance/tolérance médication
C. Besoins et état psychologique de l'aidant
D. Besoin d'aide à domicile
E. Référence aux ressources appropriées (si besoin)
F. Demande d'autorisation de médicament d'exception (si besoin)
G. Ajustement de la médication selon l'ordonnance collective (si besoin)
H. En présence d'un symptôme comportemental ou psychologique de la démence (SCPD), se référer au *Processus clinique visant le traitement des SCPD*
I. Planification de la rencontre de réévaluation dans 6-12 mois (ou avant si besoin)

Étape 1 - Repérage

Identification d'un déclin cognitif objectivé par un professionnel

Repérage bref (selon le jugement clinique du médecin ou de l'infirmière)

- L'épreuve des cinq mots de Dubois
- Test de l'horloge

Fiche descriptive 1 de 6 de l'INESSS

Identification d’un déclin cognitif

Plaintes sur le plan cognitif rapportées par le patient, la famille, les proches ou un professionnel de la santé

- Plaintes cognitives subjectives exprimées :
  - ✓ Se tourne vers l’accompagnant pour répondre aux questions;
  - ✓ Changement de comportement (apparence, humeur);
  - ✓ Retrait social;
  - ✓ Oublie de prendre sa médication, ses rendez-vous;
  - ✓ Difficultés d’expression, etc.
- Suspicion clinique que les déficits cognitifs ont un impact sur les atteintes fonctionnelles des AVD et AVQ de la personne.

Note : Diriger la plainte à l’infirmière clinicienne pour un repérage bref ou une évaluation initiale complète.

Facteurs de risque à considérer

- Personne ayant présenté ou présentant un épisode de délirium récent;
- Personne de ≤ 65 ans avec une histoire familiale en lien avec la maladie d’Alzheimer;
- Personne ayant fait une dépression de novo à ≥ 65 ans;
- Personne ayant fait un AVC ou ICT;
- Personne présentant les conditions médicales suivantes :
  - ✓ Hypertension;
  - ✓ Diabète;
  - ✓ Angine ou crise cardiaque;
  - ✓ Maladie vasculaire périphérique;
  - ✓ Fibrillation auriculaire;
  - ✓ Tabagisme actif;
  - ✓ Parkinson;
  - ✓ Apnée du sommeil.

Consignes d'administration de l'épreuve des cinq mots de Dubois à l'intention du professionnel

Étape 1 : Présentation de la liste

▶ Montrer la liste des cinq mots au patient et dire :

« Lisez cette liste de mots (musée, limonade, sauterelle, passoire, camion) à voix haute et essayez de les retenir, car je vous les redemanderai tout à l'heure. »

▶ Continuer à montrer la liste au patient et dire, dans un ordre aléatoire :

« Pouvez-vous me dire, tout en regardant la feuille, quel est le nom de : la boisson – l'ustensile de cuisine – le véhicule – le bâtiment - l'insecte? »

▶ Retourner immédiatement la feuille.

Attention : Ne montrer la feuille qu'après avoir donné les consignes afin de contrôler le temps d'exposition.

Étape 2 : Contrôle de l'encodage par le rappel immédiat

Demander au patient : **« Pouvez-vous me dire les mots que vous venez de lire ? »**

- allouer 2 points par mot rappelé spontanément, sans erreur, aide ou indice (score du rappel libre);
- si le score total = **10,** l'enregistrement des mots a été adéquat;
- passer aux étapes 3 et 4.

▶ En cas de difficulté et uniquement pour les mots qu'il n'a pu se rappeler, demander au patient :

« Quel était le nom de… (en fournissant l'indice correspondant, p. ex. : la boisson) ? »

- allouer 1 point par mot rappelé avec indiçage (rappel indicé);
- additionner le score du rappel libre et celui du rappel indicé pour obtenir le **score du rappel immédiat** (ou d'apprentissage);
- passer aux étapes 3 et 4.

Remarque : Cette étape permet de s'assurer que le patient a bien enregistré tous les mots avant d'étudier la mémorisation proprement dite.

Étape 3 : Épreuve attentionnelle interférente

▶ Poursuivre la consultation médicale en donnant une autre tâche au patient afin de détourner son attention pendant au moins cinq minutes. À titre d'exemple, vous pouvez demander au patient :

- de faire le test de l'horloge;
- d'énumérer les mois de l'année à l'envers;
- de compter de 20 à 0 par intervalles de 2 ou toute autre activité de calcul mental.

Étape 4 : Étude de la mémorisation par le rappel différé

▶ Après l'épreuve attentionnelle interférente, demander au patient :

« Pouvez-vous me dire les cinq mots que vous avez lus tout à l'heure ? »

- allouer 2 points par mot rappelé spontanément, sans erreur et sans aide ni indice (rappel libre).

▶ En cas de difficulté et uniquement pour les mots oubliés, demander :

« Quel était le nom de…(en fournissant l'indice correspondant, p. ex. : la boisson)? »

- allouer 1 point par mot rappelé avec indiçage (rappel indicé);
- allouer 0 point pour les mots non rappelés avec indiçage;
- noter les intrusions;
- additionner le score du rappel libre et celui du rappel indicé pour obtenir le score total : **score du rappel différé** (ou de la mémoire).

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Âge:** _____

Date : _____ **Évaluateur :** _____

Score total pondéré de l'épreuve des cinq mots de Dubois

▶ **Indiquer le score des bonnes réponses rappelées spontanément et par indiçage :**

- rappel libre sans erreur : 2 points par mot
- rappel indicé : 1 point par mot
- rappel indicé échoué : 0 point par mot

▶ **Noter les intrusions.**

Mot (indice)	Rappel immédiat	Rappel différé	Intrusions
Limonade (boisson)			
Passoire (ustensile de cuisine)			
Camion (véhicule)			
Musée (bâtiment)			
Sauterelle (insecte)			
	Score : /10	**Score :** /10	
Score total pondéré (somme des scores du rappel immédiat + rappel différé) :			/20

Seuil diagnostique : 19-20 : déclin cognitif peu probable
≤ 18 : possibilité de déclin cognitif (une évaluation supplémentaire est nécessaire)

Attention : La présence d'un mot non restitué en rappel indicé ou d'une intrusion est considérée comme suspecte et le patient doit faire l'objet d'une investigation plus approfondie.

Copyrights ©Dubois, 2002. Ce test est libre d'utilisation pour un usage clinique.

Liste des mots

Musée

Limonade

Sauterelle

Passoire

Camion

Consignes d'administration du test de l'horloge à l'intention du professionnel

Présenter une **feuille blanche** (ou celle proposée dans le document) au patient et donner la consigne suivante :

« Dessiner le cadran d'une horloge, placer les chiffres indiquant les heures dans le cadran, puis indiquer 11 heures 10 minutes. »

Remarques :
- Il n'y a pas de temps limite.
- Répéter les instructions jusqu'à ce qu'elles soient clairement comprises.

Attention :
- Ne pas employer le mot « aiguille ».
- Éviter d'utiliser des feuilles lignées, puisqu'elles peuvent, dans certains cas, aider à structurer les réponses du patient.
- Le patient doit s'abstenir de regarder sa montre ou une horloge.

Système de cotation de Rouleau[4]

Intégrité du contour de l'horloge (maximum 2 points)

2 : présente, sans distorsion majeure
1 : incomplète ou distorsion mineure
0 : absente ou totalement déformée

Attention : Laisser le patient dessiner seul le cadran, ne pas l'aider ni faire de commentaires; en cas d'impossibilité pour le patient de dessiner le cadran, le faire à sa place ou lui fournir un cercle prédessiné et coter 0 point.

Présence et successions des chiffres (maximum 4 points)

4 : tous présents dans le bon ordre avec le minimum d'erreurs dans la disposition spatiale

3 : tous présents, mais erreurs dans la disposition spatiale

2 : - chiffres manquants ou surajoutés, sans distorsion majeure dans la disposition spatiale
- chiffres placés dans le sens inverse (antihoraire)
- chiffres tous présents, mais distorsion majeure dans la disposition spatiale, p.ex. : chiffres occupant moins de la moitié de la circonférence (héminégligence*) ou chiffres à l'extérieur de l'horloge

1 : chiffres manquants ou surajoutés ET distorsion majeure dans la disposition spatiale (p. ex. : espace de plus du quart de la circonférence)

0 : absence ou faible représentation des chiffres

Présence et positionnement des aiguilles (maximum 4 points)

4 : les aiguilles sont bien positionnées et la différence de taille est respectée

3 : erreurs mineures dans la position des aiguilles ou pas de différence de taille entre les deux aiguilles

2 : erreurs majeures dans la position des aiguilles incluant «11h moins 10»

1 : seulement une aiguille ou pauvre représentation des deux aiguilles

0 : pas d'aiguille ou multiplication du nombre d'aiguilles (persévérations*)

Attention : Une atteinte motrice (p. ex. : arthrite aux mains) ou un déficit sensoriel (visuel ou auditif) peut fausser le résultat de ce test.

Score total : _____ /10

8-10 : déclin cognitif peu probable

≤ 7 : possibilité de déclin cognitif (une évaluation supplémentaire est nécessaire)

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Âge:** _____

Date : _____ **Évaluateur :** _____

Consigne : Dessiner le cadran d'une horloge, placer les chiffres indiquant les heures dans le cadran, puis indiquer **11 heures 10 minutes.**

Score total : _____ **/10**

Ce test est libre d'utilisation pour un usage clinique.

INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION

FICHE Cliquez sur les pastilles pour plus de détails.

LA MALADIE D'ALZHEIMER (MA) ET LES AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC)

FICHE 1 DE 6

REPÉRAGE

Cet outil d'aide à la décision est présenté à titre indicatif, ne remplace pas le jugement du professionnel et peut être adapté selon les particularités du milieu. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique soutenues par la littérature scientifique, ainsi que le savoir et l'expérience de cliniciens et experts québécois. Pour plus de détails consultez le site inesss.qc.ca

Amorce de la démarche

Il est essentiel de **repérer les signes d'une atteinte fonctionnelle** dès le départ et d'interroger le patient et un proche. La **collaboration d'un proche** doit être privilégiée.

Démarche diagnostique

Uniquement chez les patients ayant **des symptômes ou des signaux d'alarme** suggérant un déclin cognitif repéré par :

- une plainte concernant un changement sur le plan cognitif (la mémoire ou une autre fonction cognitive);
- un déficit ou une difficulté inhabituelle rapportée par les proches;
- une suspicion clinique chez des patients plus à risque de développer une MA ou un TNC.

Dépistage systématique

Le dépistage systématique **n'est pas recommandé** dans la population générale asymptomatique.

Interventions		Repérage	Évaluation
Une évaluation de la plainte et une vérification auprès d'un proche.		x	x
Un examen clinique ciblé du patient.	FICHE 2 DE 6		x
Une appréciation objective de **l'atteinte fonctionnelle** auprès du patient et de son proche à l'aide d'outils de repérage efficaces.	FICHE 3 DE 6	x	x
Une appréciation objective des **fonctions cognitives,** réalisée auprès du patient à l'aide d'outils de repérage efficaces.	FICHE 3 DE 6	x	x
Une appréciation objective des **symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)** auprès du patient et de son proche à l'aide d'outils de repérage efficaces.	FICHE 3 DE 6		x
Des analyses de laboratoire.			x

* L'évaluation globale menant au diagnostic peut être faite en une ou plusieurs consultations.

Concernant le patient

Indépendamment de son aptitude à prendre soin de lui-même :

- il est le premier destinataire de l'information;
- il doit rester au cœur du repérage et du processus menant au diagnostic;
- il devrait donner un consentement verbal, documenté au dossier et validé avant de procéder au repérage dans le cas d'une suspicion clinique, et ce, malgré l'absence d'une plainte mnésique qu'il aurait exprimée.

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

Il est conseillé de:

- adapter votre pratique :
  - afin de respecter les besoins de chaque patient (diversité socioculturelle, croyances, langue, origine ethnique);
  - en fonction des limites sensorielles de chaque patient (déficiences auditives et/ou visuelles);
- désigner, avec le patient, un proche aidant qui pourrait l'accompagner à l'occasion des visites subséquentes.

Conditions médicales associées à un risque élevé de développer un TNC

Attention aux conditions médicales suivantes pouvant être associées à un risque plus élevé de développer une MA ou un TNC :

- antécédents d'accident vasculaire cérébral (AVC), ou d'ischémie cérébrale transitoire (ICT);
- antécédents familiaux de TNC;
- antécédent de trouble dépressif majeur au cours de la vie;
- apnée du sommeil non stabilisée;
- comorbidité d'origine métabolique ou cardiovasculaire non stabilisée;
- épisode de délirium récent;
- premier épisode psychiatrique majeur à un âge avancé (psychose, dépression, manie);
- trauma crânien survenu récemment;
- maladie de Parkinson;
- TNC léger.

Symptômes et signaux d'alarme

Les signaux d'alarme représentent un **déclin significatif par rapport au niveau antérieur de fonctionnement et aux capacités habituelles** du patient : 1) Ils peuvent s'installer de manière graduelle sur plusieurs années; 2) Ils sont présentés à titre indicatif uniquement; 3) Ils ne peuvent être utilisés seuls comme outil diagnostique.

Signaux d'alarme	Exemples de manifestations quotidiennes
Changements sur le plan de la mémoire (amnésie)	▶ Difficulté à apprendre et à retenir de l'information nouvelle. ▶ Oubli d'information significative (conversations récentes, événements prévus ou passés, rendez-vous, anniversaires), discours répétitif.
Perte de l'autonomie fonctionnelle activité de la vie domestique (AVD)/ activité de la vie quotidienne (AVQ)	▶ Détérioration ou changement dans la capacité de fonctionner de façon autonome (tâches quotidiennes, gestion de ses médicaments) représentant un déclin par rapport au niveau antérieur de fonctionnement.
Troubles de l'organisation, de la planification et du raisonnement (fonctions exécutives)	▶ Difficulté à s'adapter à la nouveauté et aux changements. ▶ Changements dans la capacité à organiser et à planifier des tâches complexes. ▶ Altération du jugement et difficulté à prendre des décisions.
Déficit de la reconnaissance visuelle (agnosie)	▶ Difficulté à reconnaître les objets dans la maison, les images ou les personnes connues (proches, célébrités) non explicable par des problèmes de vision.
Troubles du langage et de la parole (aphasie)	▶ Difficulté à s'exprimer (hésitations pour trouver le mot juste, substitution ou transformation de mots, phrases incomplètes ou incompréhensibles). ▶ Changements dans la maîtrise de l'orthographe ou de la calligraphie (forme des lettres). ▶ Diminution de la capacité à comprendre les consignes, à suivre les conversations, à lire ou à comprendre des textes.
Altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des capacités motrices intactes (apraxie)	▶ Difficulté à planifier les gestes complexes; lenteur inhabituelle ou difficulté à coordonner des mouvements pour effectuer les gestes du quotidien (utilisation d'objets habituels, s'habiller ou dessiner).
Modification de la personnalité, du comportement et de l'humeur	▶ Voir la liste complète des SCPD à la page suivante.

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

- Dans le cas d'une plainte cognitive rapportée par le patient ou un proche aidant, les rassurer en indiquant que la présence de symptômes ne signifie pas forcément qu'il s'agit d'une MA ou d'un autre TNC.
- Dans le cas d'une suspicion clinique ou de la présence de conditions médicales associées à un risque accru de MA ou d'un autre TNC, poser des questions au patient ou au proche aidant pour repérer la présence éventuelle d'autres signaux d'alarme.
- Expliquer au patient et au proche aidant qu'une évaluation plus complète sera effectuée et que différents tests seront utilisés pour comprendre la nature et l'origine des symptômes.

Suspicion initiale de TNC établie à l'hôpital

Si un TNC est **suspecté à l'hôpital dans le cas d'un état médical aigu décompensé,** le médecin, en collaboration avec l'équipe traitante, devra refaire une appréciation de l'état cognitif et fonctionnel du patient lorsque son état médical sera stabilisé afin de confirmer le diagnostic.

Liste des SCPD les plus fréquemment observés

L'examen des patients atteints de la MA ou d'un autre TNC devrait comprendre le repérage des SCPD et des autres symptômes neuropsychiatriques associés à ces maladies.

SCPD les plus précoces au cours de la MA

Apathie/indifférence*
perte ou baisse de motivation touchant le comportement, les pensées et les émotions

Dépression*
tristesse, pleurs, désespoir, sentiment d'impuissance, faible estime de soi, culpabilité

Anxiété*
sentiment d'un danger imminent et indéterminé.
État interne caractérisé par :

- des pensées (appréhension, inquiétudes diverses);
- des émotions (anxiété, peur);
- des sensations physiques (tension musculaire, essoufflement, sudation, malaises gastro-intestinaux, céphalées);
- des comportements (évitement, demandes répétitives, dépendance excessive, agitation).

Irritabilité*
instabilité de l'humeur, faible seuil de tolérance

Agressivité*/agitation*
agitation verbale (crier, hurler, parler constamment) et physique (lancer des objets, cracher, pincer, griffer) avec ou sans agressivité

Classification des SCPD

Troubles affectifs et émotionnels

- dépression
- anxiété
- apathie
- irritabilité
- labilité émotionnelle
- exaltation de l'humeur (euphorie*)

Troubles comportementaux

- errance
- vocalisations répétitives
- mouvements répétitifs ou stéréotypés*
- désinhibition agressive*
- désinhibition sexuelle
- gloutonnerie
- comportements d'utilisation
- comportements d'imitation

Troubles psychotiques

- hallucination*
- idées délirantes*
- troubles de l'identification

Troubles neurovégétatifs

- sommeil (errance nocturne, syndrome crépusculaire, inversion cycle réveil-sommeil)*
- conduites alimentaires inappropriées et oralité

* 12 troubles de comportement repérés à l'aide de la version courte de **l'inventaire neuropsychiatrique (NPI-R)**.

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

- Le NPI-R permet le repérage rapide de douze types de troubles du comportement parmi les plus fréquemment observés dans les cas de MA et peut être utilisé pour guider la discussion entre le professionnel, le patient et le proche aidant.
- L'appréciation objective des symptômes dépressifs chez les patients présentant un TNC devrait comprendre un entretien en face-à-face avec le patient et ses proches (conjointement ou individuellement) à l'aide d'un questionnaire tel que le questionnaire sur la santé du patient (QSP-9).
- L'utilisation d'échelle particulière pour évaluer les autres SCPD n'est pas conseillée en première ligne et les patients présentant des troubles du comportement devraient être orientés vers les équipes locales spécialisées en SCPD ou en santé mentale.

Étape 2 - Visite d'évaluation initiale par l'infirmière clinicienne du GMF

Outils pour l'évaluation initiale

- **Outils s'adressant au patient**
  - Collecte de données auprès du patient
  - L'échelle MMSE – échelle du statut mental recommandée par l'INESSS
  - Échelle MoCA – échelle Montreal cognitive assessment – version 1
  - NPI-R, inventaire neuropsychiatrique réduit de l'INESSS
  - QSP-9, questionnaire sur la santé du patient de l'INESSS
- **Outils s'adressant au proche aidant**
  - Questionnaire salle d'attente
  - Questionnaire AD8, Alzheimer disaese 8 de l'INESSS
- **Ordonnance collective**
- **Fiche descriptive 3 de 6 de l'INESSS**

Évaluation initiale de l'infirmière clinicienne
Collecte de données auprès du patient

IDENTIFICATION	
Nom :	Nom conjoint
Date de naissance : Âge :	Coordonnées :
# Dossier :	Personne significative :
Pharmacie :	Coordonnées :
Médecin de famille :	État de santé physique et psychologique de l'aidant ou conjoint Bon _____ Précaire _____

CONDITION DE SANTÉ

Hospitalisation récente < 6 mois
Raison :

Connu du réseau de santé (CLSC, TS)
Oui : _____

Antécédents familiaux avec la maladie (père, mère, frère, sœur) :

Alzheimer : _____

Parkinson : _____

Autres troubles cognitifs : _____

Facteurs de risque :

			Préciser
Diabète :	☐ Non	☐ Oui	_____
HTA :	☐ Non	☐ Oui	_____
MCAS :	☐ Non	☐ Oui	_____
AVC - ICT:	☐ Non	☐ Oui	_____
Dépression après 65 ans :	☐ Non	☐ Oui	_____
Délirium récent :	☐ Non	☐ Oui	_____
Apnée du sommeil :	☐ Non	☐ Oui	_____
Tabagisme actif :	☐ Non	☐ Oui	_____
Parkinson :	☐ Non	☐ Oui	_____
TCC :	☐ Non	☐ Oui	_____

Médication : ☐ Dosette ☐ Dispill ☐ Pot Préparé par : _____Géré par : _____

HISTOIRE DE VIE

Lieu de naissance : _____

Nombre d'enfants dans la famille du patient : _____ Rang :____

Année de mariage : _____

Décès du conjoint : _____

Nombre d'enfants : _____

Lieu de résidence des enfants : _____

Lien avec les enfants : _____

Petits enfants : _____

Scolarité : _____

Emploi actuel ou antérieur : _____

Milieu de vie :
- ☐ Maison
- ☐ Appartement
- ☐ RPA
- ☐ Résidence publique

Habite avec :
- ☐ Conjoint
- ☐ Enfant
- ☐ Seul
- ☐ Autre

Comment trouvez-vous votre mémoire ? _____

Depuis quand : _____

Mode d'apparition : ☐ Soudain ☐ Graduel

Dégradation : ☐ Lente ☐ Rapide

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

TA : _____ FC : _____

Recherche de HTO
TA couchée : _____ FC _____

TA debout 1 min _____ FC _____

TA debout 3 min _____ FC _____

Malaises : ☐ Non ☐ Oui _____

Lipothymie/Syncope ☐ Non ☐ Oui _____

Poids : _____ Gain ou perte : _____

Vision : ☐ Presbytie ☐ Myopie
Port de lunettes : ☐ Oui ☐ Non
Si déficit non compensé, référé à

Audition : Surdité ☐ Oui ☐ Non ☐ G ☐ D
Port d'appareil ☐ Oui ☐ Non
Si déficit non compensé, référé en audiologie

Particularité : _____

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :

Fonction digestive (douleur, nausée, diarrhée, constipation) : ☐ Non ☐ Oui _____

Fonction respiratoire (douleur, toux, difficultés respiratoires) : ☐ Non ☐ Oui _____

Fonction cardiovasculaire (douleur, palpitations) : ☐ Non ☐ Oui _____

Fonction génito-urinaire (douleur, problème urinaire, génital) : ☐ Non ☐ Oui _____

Fonction motrice (douleur, déformation, limitation) : ☐ Non ☐ Oui _____

Condition de la peau (plaie, œdème) : ☐ Non ☐ Oui _____

Autre information pertinente : _____

ÉTAT DE SANTÉ PSYCHIQUE

Déprimé : ☐ Non ☐ Oui _____ si oui, compléter Échelle de dépression QSP-9

Anxiété : ☐ Non ☐ Oui _____

Irritabilité, agressivité ☐ Non ☐ Oui _____

Vous sentez-vous différent d'avant ? ☐ Non ☐ Oui _____

Hallucinations visuelles/ auditives ☐ Non ☐ Oui _____

Manque d'intérêt, d'initiative ☐ Non ☐ Oui _____

Manque d'inhibition ☐ Non ☐ Oui _____

} si oui, compléter le formulaire NPI-R

Commentaires, observations : _____

HABITUDES DE VIE

Alimentation

Nombre de repas par jour (préciser si particularité) : _____

Appétit : _____

Dentition : Prothèse ☐ Non ☐ Oui _____

Douleur buccale ☐ Non ☐ Oui _____

Sommeil (insomnie, se lève la nuit, peur, agitation)

Changement dans les cycles du sommeil ☐ Non ☐ Oui _____

Heure de coucher _____ Heure du lever _____ Sieste _____

Consommation de tabac – alcool – drogue (surveillance à apporter, motivation à changer d'habitude, quantité)

Cigarette : ☐ Non ☐ Oui _____

Alcool : ☐ Non ☐ Oui _____

Drogue : ☐ Non ☐ Oui _____

Commentaires : _____

Activités personnelles de loisir

Énumérer les activités :	Difficultés	Ne le fait plus, préciser :
_____	☐ Non ☐ Oui	_____
_____	☐ Non ☐ Oui	_____
_____	☐ Non ☐ Oui	_____

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)

Légende : **A** autonome **S** Stimulation (besoin de lui rappeler la tâche) **AP** Aide partielle **AT** Aide totale (+75% de la tâche)

	A	S	AP	AT	Précisions
S'alimenter					
Se laver					
S'habiller					
Entretenir sa personne (barbe, coiffure)					
Utiliser les toilettes					

MOBILITÉ

Légende : **A** autonome **S** Stimulation (besoin de lui rappeler la tâche) **AP** Aide partielle **AT** Aide totale (+75% de la tâche)

	A	S	AP	AT	Précisions
Se lever, s'asseoir, se coucher seul					
Marcher à l'intérieur					
Marcher à l'extérieur					
Monter et descendre les escaliers					

Chute au cours des derniers mois ☐ Non ☐ Oui

Douleur chronique ☐ Non ☐ Oui _____

Analgésique ☐ Non ☐ Oui _____

ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE (AVD)

Oublie de prendre ses médicaments ☐ Non ☐ Oui _____

Néglige le ménage (entretien de la maison) ☐ Non ☐ Oui _____

Difficulté à faire la cuisine (manque les recettes habituelles) ☐ Non ☐ Oui _____

Oublie de fermer : ☐ les ronds de la cuisinière ☐ du fourneau ☐ Non ☐ Oui _____

Difficulté à faire le lavage (brassées, eau de javel) ☐ Non ☐ Oui _____

Difficulté à se servir du téléphone (faire appel correctement) ☐ Non ☐ Oui _____

Difficulté à faire les courses ☐ Non ☐ Oui _____

Difficulté à gérer son budget ☐ Non ☐ Oui _____

FONCTIONS MENTALES

Langage

Propos répétitifs ☐ Non ☐ Oui _____

Oublie le nom de ses proches ☐ Non ☐ Oui _____

Difficulté à trouver ses mots ☐ Non ☐ Oui _____

Mélange mots et phrases ☐ Non ☐ Oui _____

Mémoire

Oublie les faits récents ☐ Non ☐ Oui _____

Oublie les conversations et nouvelles informations ☐ Non ☐ Oui _____

Oublie les événements (fête, fait public, etc.) ☐ Non ☐ Oui _____

Oublie où il a mis les objets ☐ Non ☐ Oui _____

Oublie de payer les factures ☐ Non ☐ Oui _____

Orientation

Oublie les visages familiers ☐ Non ☐ Oui _____

Se perd en se promenant ☐ à pied ☐ en voiture ☐ Non ☐ Oui _____

CONDUITE AUTOMOBILE

Conduite routière (oublie les arrêts, accidents récents, etc.) ☐ Non ☐ Oui _____

*Ne pas oublier informations supplémentaires «Évaluation de la conduite automobile»

Avez-vous eu un accident au cours des derniers mois ? ☐ Non ☐ Oui _____

Cherchez-vous votre voiture dans le stationnement ? ☐ Non ☐ Oui _____

DOCUMENTS LÉGAUX

Testament fait ☐ Non ☐ Oui _____

Mandat d'inaptitude ☐ Non ☐ Oui _____

Procuration bancaire ☐ Non ☐ Oui _____

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE

Compréhension

Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande ☐ Non ☐ Oui _____

Comportement

Comportement adéquat ☐ Non ☐ Oui _____

(précision possible : labilité, émotivité, entêtement, apathie)

Autres commentaires :

_____

_____

Signature : _____ **Date :** _____

EXAMEN DE FOLSTEIN SUR L'ÉTAT MENTAL

DT9088

Nom de l'établissement _____

A) Orientation

	COTE MAXIMALE	COTE DU SUJET
Demander au sujet :		
1- Quel est l'année ___ le mois ___ le jour ___ D L M Me J V S le jour de la semaine La saison : printemps ☐ été ☐ automne ☐ hiver ☐	**5**	( )
2- Où sommes-nous Province _____ Pays _____ Ville, village _____ Lieu (hôpital, cabinet, maison, etc.) _____ Étage ___	**5**	( )

B) Enregistrement

3- Mentionner un des groupes de 3 mots suivants; prendre une seconde pour prononcer chaque mot :

chemise, bleu, honnêteté ( )
ou
chaussure, brun, modestie ( )
ou
chandail, blanc, charité ( )

3 ( )

Par la suite, demander au sujet de répéter les 3 mots choisis.
Donner 1 point pour chaque bonne réponse au 1er essai. Répéter l'exercice jusqu'à ce que le sujet retienne les 3 mots.
Compter le nombre d'essais et le noter. Pour information seulement.

Nombre d'essais : _____

C) Attention et calcul (cocher l'un ou l'autre test)

4- ☐ Demander au sujet de faire la soustraction par intervalles de 7 à partir de 100 :

100 – 7 = ( ) 93 – 7 = ( ) 86 – 7 = ( ) 79 – 7 = ( ) 72 – 7 = ( ) 65.

Donner 1 point pour chaque bonne réponse.

OU

☐ Demander au sujet d'épeler le mot « MONDE » à l'envers. (EDNOM) : ___ ___ ___ ___ ___
(écrire les lettres)

5 ( )

D) Rétention mnésique

5- Demander au sujet de répéter les 3 mots déjà mentionnés :

chemise, bleu, honnêteté ( )
ou
chaussure, brun, modestie ( )
ou
chandail, blanc, charité ( )

3 ( )

E) Langage

6- Montrer au sujet un crayon ( ) une montre ( ) et lui demander de nommer l'objet.	**2**	( )
7- Demander au sujet de répéter la phrase suivante : **« Pas de si ni de mais »**.	**1**	( )
8- Demander au sujet d'obéir à un ordre en 3 temps : **« Prenez ce papier de la main droite ou gauche, pliez-le en deux et redonnez-le moi ».**	**3**	( )

N.B. : *Demander au sujet droitier de prendre de la main gauche et vice versa. Prendre garde de tendre la main; éviter les indices non-verbaux.*

Traduction et adaptation française non validées du « Mini-Mental State » de Folstein, M.F., Folstein, S.E., Mc Hugh, P.R. : « Mini-Mental State : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician ». J. Psychiatr Res, 12 : 189-198, 1975, à partir des travaux du centre de gériatrie Hôpital d'Youville Sherbrooke de Québec.

(suite au verso)

Nom de l'usager	N° de dossier

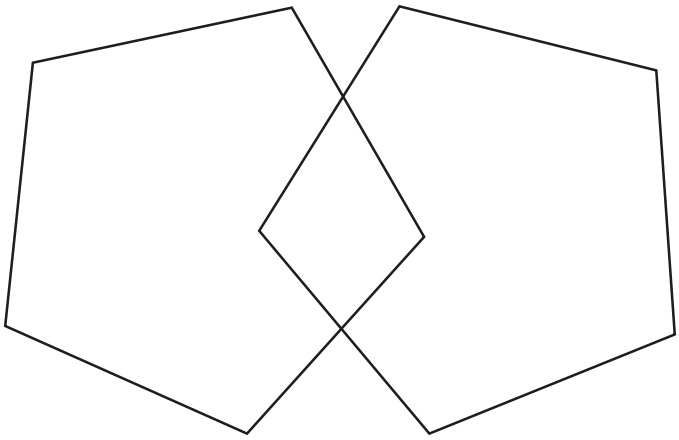
E) Langage (suite)

		COTE MAXIMALE	COTE DU SUJET
9- Demander au sujet de lire et de suivre l'instruction suivante :	**« FERMEZ VOS YEUX »**	**1**	( )
10- Demander au sujet d'écrire une phrase : _____		**1**	( )

(sujet, verbe, sans égard aux fautes)

F) Praxie de construction

11- Demander au sujet de copier le dessin suivant :



1 ( )

COTE MAXIMALE : 30

COTE DU SUJET : _____

Interprétation des scores :
Un score de moins de 24 points à l'examen de Folstein sur l'état mental détermine une altération des fonctions cognitives. Ce test ne permet cependant pas de faire un diagnostic étiologique.

Nombre d'années de scolarité du sujet : _____ Évaluer le niveau de conscience du sujet : vigilant ☐ somnolent ☐

En cas d'incapacité du sujet à être évalué, spécifier : _____

Indiquer les conditions ayant pu influencer l'évaluation _____

Date _____ Année Mois Jour

_____ Signature

ANNEXE 2

Guide standardisé pour l'administration du test MMSE

5. GUIDE D'ADMINISTRATION ET DE COTATION DU MINI-EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL (MEEM) OU

MMSE (MINI-MENTAL STATE EXAMEN) OU FOLSTEIN.

Par Monique Bourque, inf.M.A et Claire Létourneau Inf.B.Sc.
Révisé par Dr.Christian Bocti, MD,FRcP(c), neurologue
et Dr Tamàs Fülöp md interniste, gériatre FRcP(c)

Ce guide a été conçu pour standardiser l'administration et la cotation du test Mini-Évaluation de l'État Mental (MEEM) aussi appelé MMSE ou Folstein. Chaque épreuve est présentée en précisant le but de l'épreuve, les instructions sur la manière de l'administrer, la façon de coter l'exercice et les observations pertinentes à noter concernant l'attitude, le comportement et les réactions de la personne.

CARACTÉRISTIQUES DU MEEM :

- Est l'instrument le plus utilisé et il est traduit en plusieurs langues.
- A une bonne valeur psychométrique pour la clientèle avec déficits cognitifs modérés.
- Prend environ 10 à 12 minutes pour l'administrer.
- Peut être utilisé par divers professionnels formés.
- Sert à effectuer rapidement une première évaluation des capacités cognitives.
- Évalue quelques fonctions cognitives, surtout la mémoire et le langage.
- Est un outil de dépistage qui ne permet pas de diagnostiquer une démence.
- Apporte l'information suivante. **En général, un résultat se situant entre :**
  - 26 et 30 : est considéré comme étant normal.
  - 20 et 25 : indique la présence d'une atteinte cognitive légère.
  - 10 et 19 : indique la présence d'une atteinte cognitive modérée.
  - 0 et 9 : indique la présence d'une atteinte cognitive sévère.
- **Attention** : Les résultats du test sont directement liés au niveau de scolarisation. **Il est considéré normal, si la personne ayant une scolarité de :**
  - **9 ans et plus :** un score de **29 et plus**
  - **5 à 8 ans** : un score de **26 et plus**
  - **0 à 4 ans :** un score de **22 et plus**
- Permet de suivre l'évolution de la personne au plan cognitif dans le temps.
- Est requis pour le remboursement des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (iAChE) par la RAMQ.
- Présente les limites suivantes :
  - Est peu sensible aux atteintes cognitives légères.
  - N'évalue pas les fonctions exécutives.

POPULATION CIBLE NÉCESSITANT UN MEEM ET PRÉSENTANT LES RISQUES SUIVANTS:

- Âge $\geq$ 80 ans.
- Déficits rapportés spontanément par un tiers.
- Plainte subjective spontanée.
- Atteinte fonctionnelle dans les AVD, puis les AVQ.
- Post épisode d'un delirium et post AVC.
- Dépression récurrente chez une personne âgée.
- Plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaires.

HABILETÉS REQUISES POUR L'ADMINISTRATION DU TEST :

Note :

- Les épreuves validées du MEEM permettent d'établir un score sur 30 (données quantitatives) et d'en suivre l'évolution dans le temps, tandis que l'observation pendant l'entrevue permet de fournir des informations pertinentes et complémentaires aux épreuves (données qualitatives) que nous pouvons inscrire dans la marge ou à la fin du test.
- L'observation pendant l'entrevue comprend :
  - L'allure générale et la démarche.
  - Le niveau de conscience.
  - Le langage verbal, la communication non verbale.
  - La collaboration à l'entrevue.
  - Le comportement.
  - Le niveau d'anxiété.
  - L'affect.
  - L'humeur.
  - La présence de troubles perceptuels.
- L'observation de la capacité à répondre adéquatement en conversation libre fait aussi partie de l'évaluation. Cette dernière débute avant d'avoir amorcé le MEEM.
- L'entretien avec le proche aidant est essentiel pour valider certaines informations obtenues au MEEM et identifiées dans les AVD et AVQ.

HABILETÉS AVANT L'ENTREVUE :

- Préparer à l'avance le matériel requis : crayon, feuille blanche, écriteau «Fermez vos yeux».
- Conduire la personne à un endroit calme, sans distraction et avec un éclairage suffisant.
- Administrer le test avec la personne seulement.
- Compenser les problèmes auditifs et/ou visuels.
- Vérifier la présence de douleur, d'inconfort ou de somnolence.
- Vérifier le niveau de scolarité et le noter sur le test cognitif rapide.
- S'asseoir en face de la personne, de façon à entretenir un contact visuel tout au long de l'entrevue (ce qui suppose de bien connaître les questions du test).
- Vérifier si la personne connaît le but de la rencontre.
- Corriger ou compléter au besoin en expliquant que le test permet de « vérifier par exemple, sa mémoire, que ce test ne décide pas de tout , qu'elle doit seulement répondre de son mieux aux questions et exercices, qu'il y a des questions faciles et d'autres moins faciles ».

HABILETÉS PENDANT L'ENTREVUE :

- Utiliser un ton de voix neutre et non menaçant.
- S'exprimer clairement, une consigne à la fois et avec des mots simples.
- Laisser à la personne le temps de répondre aux questions. Si elle n'a pas répondu, ne répétez pas la question et passez à l'item suivant.
- Observer les réactions d'anxiété, de justification, de persévération, de frustration, d'agressivité, etc., et les noter dans la marge ou à la fin du test.
- Agir avec empathie aux sentiments exprimés.
- Éviter de confronter la personne à ses incapacités.
- Éviter d'engager la conversation durant le test. Dans le cas où la personne demande si ses réponses sont bonnes, dire : « Nous en reparlerons à la fin ».
- Remercier la personne de sa collaboration.

A) Orientation	COTE MAXIMALE	COTE DU SUJET
Demander au sujet :		
1- Quel est ___ l'année ___ le mois ___ le jour D L M Me J V S le jour de la semaine La saison : printemps ☐ été ☐ automne ☐ hiver ☐	5	( )
2- Où sommes-nous ___ Province ___ Pays ___ Ville, village ___ Lieu (hôpital, cabinet, maison, etc.) ___ Étage	5	( )

QU'EST- CE QUE J'ÉVALUE ?

- ☑ Orientation
- ☑ Mémoire (pour avoir aussi un aperçu de la mémoire épisodique).

QUELLES SONT LES INSTRUCTIONS CONCERNANT CETTE ÉPREUVE ET COMMENT LE DIRE ?

- ☑ Commencer par demander : « *Quelle est la date complète d'aujourd'hui?* » si nécessaire, vous pouvez orienter la personne pour les éléments manquants, par exemple : « *En quelle année sommes-nous? Quel jour de la semaine sommes-nous? Quelle saison sommes-nous*? »
- ☑ Éviter de demander à la personne « *Pourriez-vous ou êtes-vous capable* ?», car si celle-ci est incapable de répondre, cet élément peut contribuer à augmenter son stress et son sentiment d'échec.
- ☑ Si la personne vous demande de répéter la question, ne pas le faire et seulement dire : « Maintenant on continue ».
- ☑ Si la personne vous demande : « P*ourquoi toutes ces questions*? » L'informer que c'est pour vérifier sa mémoire et la ramener au test en disant « *Maintenant nous allons continuer les exercices… tout se passe bien* ».
- ☑ Si la personne dépasse le temps alloué et semble toujours chercher la réponse, laissez-la terminer mais indiquer le score de 0 et inscrire pourquoi.
- ☑ Allouer environ 10 secondes comme temps de réponse pour chaque item.

DE QUELLE FAÇON DOIS-JE COTER L'ÉPREUVE ?

- ☑ Allouer 1 point par réponse exacte (année, mois, date et jour de la semaine).
- ☑ Allouer 1 point pour la saison, 3 jours avant et 3 jours après la date exacte sont acceptés.

B) Enregistrement

3- Mentionner un des groupes de 3 mots suivants; prendre une seconde pour prononcer chaque mot :

chemise, bleu, honnêteté ( )		
ou		
chaussure, brun, modestie ( )	**3**	( )
ou		
chandail, blanc, charité ( )		

Par la suite, demander au sujet de répéter les 3 mots choisis.

Donner 1 point pour chaque bonne réponse au 1er essai. Répéter l'exercice jusqu'à ce que le sujet retienne les 3 mots.

Compter le nombre d'essais et le noter. Pour information seulement.

Nombre d'essais : _____

QU'EST- CE QUE J'ÉVALUE ?

- ☑ Mémoire de travail (encodage)

QUELLES SONT LES INSTRUCTIONS CONCERNANT CETTE ÉPREUVE ET COMMENT LE DIRE?

- ☑ Commencer par dire : *«Écoutez-moi bien. Je vais vous dire 3 mots, essayez de les retenir car je vais vous les redemander dans quelques minutes. Les 3 mots sont ex : chandail, blanc, charité. Maintenant, répétez les 3 mots que je viens de vous dire».*
- ☑ Donner les 3 mots groupés 1 par seconde, face à la personne, en articulant bien.
- ☑ Si la personne répète après chaque mot, ne pas vous arrêter et lui demander de redire les mots à la fin de la présentation *«Quels sont les 3 mots que je viens de vous dire*?» Noter selon la réponse fournie à cette demande.
- ☑ Parfois la personne interrompt la présentation des mots, souvent en posant une question comme *«C'est quoi le premier mot? »* ne pas vous arrêter pour répondre. Terminer la présentation des 3 mots, puis demander : *«Quels sont les 3 mots que je viens de vous dire?»* Noter selon la réponse fournie à cette question.
- ☑ Si la personne ne peut répéter les 3 mots correctement, les répéter de nouveau jusqu'à 3 reprises maximum. Que la personne soit capable ou non de répéter les 3 mots, passer à la question suivante.
- ☑ Pendant la présentation des 3 mots, **il n'est pas** permis de clarifier le sens des mots pour aider la compréhension comme par exemple : *«C'est quelque chose pour se vêtir».*
- ☑ Allouer 20 secondes pour répéter les 3 mots.

DE QUELLE FAÇON DOIS-JE COTER L'ÉPREUVE ?

- ☑ Accorder 1 point pour chaque mot répété correctement au **premier** essai, peu importe leur ordre.
- ☑ N'accepter aucune variation même mineure du mot présenté, par exemple : blanche pour blanc.

C) Attention et calcul (cocher l'un ou l'autre test)

4- ☐ Demander au sujet de faire la soustraction par intervalles de 7 à partir de 100 :

100 – 7 = ( ) 93 – 7 = ( ) 86 – 7 = ( ) 79 – 7 = ( ) 72 – 7 = ( ) 65.

Donner 1 point pour chaque bonne réponse.

OU

☐ Demander au sujet d'épeler le mot « MONDE » à l'envers. (EDNOM) : ___ ___ ___ ___ ___ (écrire les lettres)

} **5** ( )

QU'EST- CE QUE J'ÉVALUE ?

- ☑ Réversibilité mentale
- ☑ Attention soutenue

QUELLES SONT LES INSTRUCTIONS CONCERNANT CETTE ÉPREUVE ET COMMENT LE DIRE ?

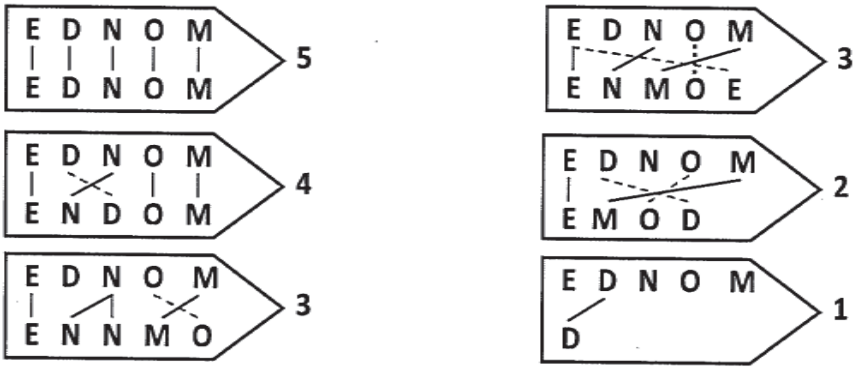
- ☑ À la clinique de mémoire du CSSS-IUGS, nous avons décidé d'utiliser seulement le mot MONDE.

Pour l'épreuve «Monde à l'envers» :

- ☑ Demander d'abord à la personne d'épeler le mot MONDE à l'endroit, en disant : *«Épelez le mot MONDE»*.
  - Si elle est incapable, l'aider une fois seulement en disant : *«Ce mot s'épelle M O N D E»*. Prononcer les lettres distinctement en prenant 1 seconde par lettre.
  - Si la personne est incapable d'épeler le mot *« MONDE»* même avec aide, indiquer 0.
  - Si la personne est analphabète ou dyslexique et incapable d'épeler le mot *«MONDE»*, indiquer 0 et inscrire pourquoi.
- ☑ Dire ensuite : *«Maintenant, épelez le mot « MONDE », à l'envers s'il vous plait»*.
- ☑ Accorder 30 secondes pour le temps de réponse.

DE QUELLE FAÇON DOIS-JE COTER L'ÉPREUVE « MONDE À L'ENVERS » ?

- ☑ Règles pour calculer le score de 0 à 5 :
  - Calculer le pointage de gauche à droite.
  - Accorder 1 point pour chaque lettre dans le bon ordre.
  - Ne pas accorder de point si les lignes se croisent (cf. : l'exemple).
- ☑ Procédure pour effectuer le calcul :
  - Écrire la bonne réponse : **E D N O M.**
  - Inscrire sous chaque lettre **les 5 premières lettres** mentionnées par la personne.
  - Relier les lettres données par la personne au mot : **E D N O M** (cf. : l'exemple).



- ☑ **Il y a de nombreuses façons de compter le mot « MONDE » mais cette façon semble la plus simple.**

D) Rétention mnésique

5- Demander au sujet de répéter les 3 mots déjà mentionnés :	chemise, bleu, honnêteté ( )	3	( )
	ou		
	chaussure, brun, modestie ( )		
	ou		
	chandail, blanc, charité ( )		

QU'EST- CE QUE J'ÉVALUE ?

- ☑ Mémoire (long terme).

QUELLES SONT LES INSTRUCTIONS CONCERNANT CETTE ÉPREUVE ET COMMENT LE DIRE ?

- ☑ Dire : *«Quels sont les 3 mots que je vous ai demandé de retenir?»*
- ☑ Accorder 10 secondes pour répondre.
- ☑ Lui demander de retenir, à nouveau, les 3 mots qui lui seront redemandés à la fin du test.

DE QUELLE FAÇON DOIS-JE COTER L'ÉPREUVE?

- ☑ Accorder 1 point par mot adéquatement identifié sans indice.

E) Langage

6- Montrer au sujet un crayon ( ) une montre ( ) et lui demander de nommer l'objet.		2	( )
7- Demander au sujet de répéter la phrase suivante :	« **Pas de si ni de mais** ».	1	( )
8- Demander au sujet d'obéir à un ordre en 3 temps :	« **Prenez ce papier de la main droite ou gauche, pliez-le en deux et redonnez-le moi** ».	3	( )
	N.B. : *Demander au sujet droitier de prendre de la main gauche et vice versa. Prendre garde de tendre la main; éviter les indices non-verbaux.*		

QU'EST- CE QUE J'ÉVALUE :

- ☑ Compréhension orale.
- ☑ Expression orale.
- ☑ Mémoire.
- ☑ La capacité à exécuter une consigne en 3 étapes.

QUELLES SONT LES INSTRUCTIONS CONCERNANT CETTE ÉPREUVE ET COMMENT LE DIRE ?

☑ **DÉNOMINATION:**

- Prendre un crayon dans votre main et dire: *«Qu'est-ce que c'est ? »*
- Indiquer votre montre et demander : *«Qu'est-ce que c'est ? »*
- Accorder 10 secondes, maximum, pour chaque réponse.

☑ **RÉPÉTITION :**

- Dire : *« Écoutez bien ce que je vais vous dire et répétez après moi : PAS DE SI NI DE MAIS»*.
- Prononcer clairement à haute voix et pas trop lentement.
- Si la personne dit ne pas avoir entendu, ne pas répéter et dire : *« Répondez ce que vous pensez avoir entendu».*
- Allouer 10 secondes pour le temps de réponse

☑ **Consignes en 3 étapes** :

- Prononcer les 3 consignes clairement, en 6 secondes environ, sans interruption et une seule fois : *«Prenez le papier de la main droite (ou gauche), pliez-le en deux et redonnez-le-moi svp»*.
- Si la personne interrompt en demandant : *«Qu'avez-vous dit? »* ou quelque chose de semblable, continuer de donner la consigne, puis dire : *« Faites ce que vous pensez que je vous ai demandé de faire ».*
- Pour la première partie de la consigne, l'examinateur tient le papier de façon à ce que la personne puisse le voir pendant qu'il donne la consigne et lui demande de prendre le papier avec la main non dominante.
- Certaines personnes ont tendance à vouloir prendre le papier tout de suite après avoir entendu la première partie de la consigne. Si cela se produit, l'examinateur déplace temporairement sa main pour mettre le papier hors de portée de la personne tout en continuant, sans s'interrompre, à donner les 2 autres consignes.
- Une fois la consigne donnée, l'examinateur prend garde de ne pas déplacer le papier en direction de la personne avant que celle-ci n'esquive un mouvement pour le prendre; ceci afin d'éviter de fournir un incitatif non-verbal.
- Certaines personnes essaient de plier le papier d'une seule main. Ne pas interrompre la personne si vous pensez qu'elle peut le faire. Dans le cas où la personne demande si elle peut prendre ses 2 mains pour plier le papier dire : *« oui ».*
- Lorsque la personne a exécuté les 2 premières consignes, l'examinateur doit éviter de tendre la main vers la personne pour recevoir le papier avant que cette dernière ne fasse elle-même le geste pour remettre le papier.
- Ne répéter aucune des 3 consignes. Si la personne vous demande de le faire, lui dire : *« Faites ce que vous pensez avoir entendu ».*

DE QUELLE FAÇON DOIS-JE COTER L'ÉPREUVE?

☑ Accorder 1 point pour chaque item correctement exécuté.

E) Langage (suite)		COTE MAXIMALE	COTE DU SUJET
9- Demander au sujet de lire et de suivre l'instruction suivante :	« FERMEZ VOS YEUX »	1	( )
10- Demander au sujet d'écrire une phrase : _____		1	( )
_____ (sujet, verbe, sans égard aux fautes)			

QU'EST- CE QUE J'ÉVALUE ?

- ☑ Compréhension écrite
- ☑ Expression écrite

QUELLES SONT LES INSTRUCTIONS CONCERNANT CES ÉPREUVES ET COMMENT LE DIRE ?

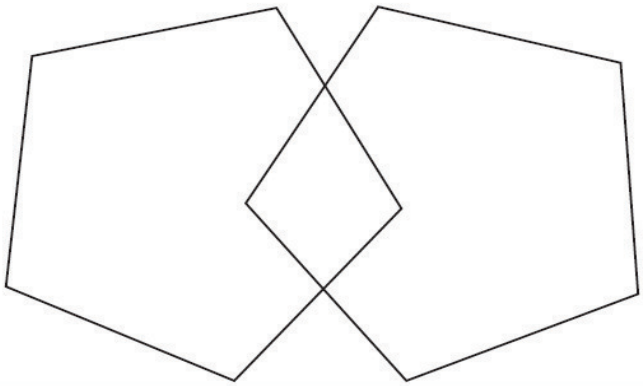
- ☑ Pour L'ÉPREUVE «*Fermez vos yeux*» :
  - Tendre une feuille sur laquelle est écrit en gros caractères : FERMEZ VOS YEUX.
  - Dire : «SVP, faites ce qui est écrit».
  - Accorder jusqu'à 5 secondes comme temps de réaction.
  - Dès que la personne ferme les yeux, dire : *«Ouvrez vos yeux».*
- ☑ POUR L'ÉPREUVE *«Écrire une phrase » :*
  - Demander à la personne d'écrire une phrase complète peu importe laquelle, à son choix.
  - Éviter de dire, qu'elle doit écrire une phrase avec un sujet et un verbe.
  - Allouer 30 secondes pour écrire la phrase.

DE QUELLE FAÇON DOIS-JE COTER L'ÉPREUVE?

- ☑ **YEUX** : Accorder 1 point si la personne ferme les yeux sans incitation.
- ☑ **PHRASE** : Accorder 1 point pour une phrase complète c'est-à-dire avec un sujet, un verbe et ayant du sens. Les fautes de grammaire et de ponctuation ne sont pas pénalisées.

F) Praxie de construction

11- Demander au sujet de copier le dessin suivant :



QU'EST- CE QUE J'ÉVALUE ?

- ☑ Praxie visuo-constructive.
- ☑ Fonctions exécutives.

QUELLES SONT LES INSTRUCTIONS CONCERNANT CETTE ÉPREUVE ET COMMENT LE DIRE ?

- ☑ Présenter la feuille avec les pentagones et dire : *« Recopiez ce dessin, SVP ».*
  - Pour les personnes droitières, placer le modèle de leur côté gauche. Pour les personnes gauchères, placer le modèle de leur côté droit en inversant la feuille de cotation. De cette façon, elles ne cacheront pas le modèle avec leur main.
- ☑ Allouer 1 minute pour terminer le dessin.
  - Si après 1 minute la personne s'applique encore, la laisser terminer pour ne pas la décourager, mais inscrire le pointage en fonction de la production accomplie dans la première minute. Ne pas tenir compte de ce qui est fait après la minute.
  - Si la personne fait plusieurs essais dans la première minute, c'est autorisé. Calculer le pointage pour la meilleure production.

DE QUELLE FAÇON DOIS-JE COTER L'ÉPREUVE?

- ☑ Allouer 1 point si chacune des figures contient 5 angles et si les 2 figures s'entrecroisent avec 4 angles.
- ☑ Ne pas pénaliser l'autocorrection des erreurs, les tremblements, les petites ouvertures et les dépassements.

LE DEUXIÈME RAPPEL NE FAIT PAS PARTIE DU MEEM ET N'EST PAS COMPTABILISÉ

- ☑ L'apport d'indices fournis 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 difficulté d'encodage, les indices n'améliorent pas la performance.

QUELLES SONT LES INSTRUCTIONS CONCERNANT CETTE ÉPREUVE ET COMMENT LE DIRE ?

- ☑ Dire : «Quels sont les 3 mots que je vous ai demandé de retenir?»
- ☑ Pour les mots dont la personne ne se rappelle pas spontanément, l'examinateur fournit un indice catégoriel (sémantique).
- ☑ Ensuite, pour les mots dont la personne ne se rappelle pas malgré l'indice sémantique, l'examinateur fournit un choix de réponses et la personne doit alors identifier le mot approprié.
- ☑ Les indices des mots sont:
  - *Indice catégoriel :* C'est quelque chose pour se vêtir
  - *Choix de réponses :* Chaussures, chemise ou chandail
  - *Indice catégoriel :* C'est une couleur
  - *Choix de réponses :* Brun, blanc ou bleu
  - *Indice catégoriel :* C'est une qualité
  - *Choix de réponses :* Honnêteté, charité ou modestie

QUELLES SONT LES OBSERVATIONS QUALITATIVES PERTINENTES À NOTER LORS DE L'ADMINISTRATION DU TEST?

- ☑ Est-ce que la personne est expéditive dans ses réponses ou au contraire est très lente à répondre ?
- ☑ Tente-elle de camoufler ou minimiser ses erreurs, en disant par exemple que depuis sa retraite elle ne fait plus attention aux dates et aux journées?
- ☑ Est-elle impulsive?
- ☑ Doit-on insister ou stimuler la personne à terminer le test?
- ☑ Présente-t-elle de la persévération, de la nonchalance, etc. ?
- ☑ A-t-elle de la difficulté à se concentrer ou devons-nous constamment la ramener à la tâche?

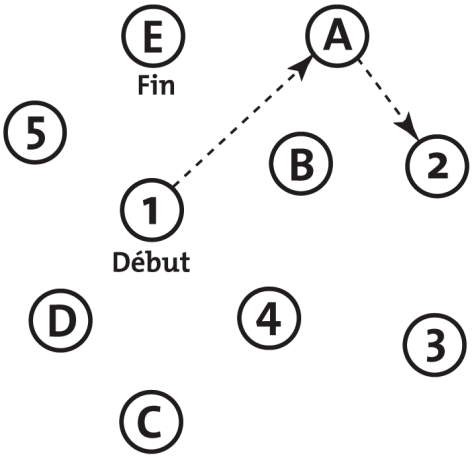
SOURCE : Monique Bourque, inf. M.A. et Claire Létourneau, inf. B. Sc. Révisé par Dr Christian Bocti, md., FRCP(c), neurologue et Dr Tamàs Fülöp, md., interniste, gériatre FRCP(c)

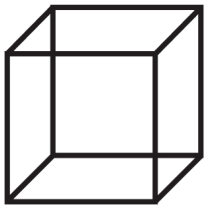
MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
Version 7.1

FRANÇAIS

NOM :
Scolarité : Date de naissance :
Sexe : DATE :

VISUOSPATIAL / ÉXÉCUTIF





Copier le cube

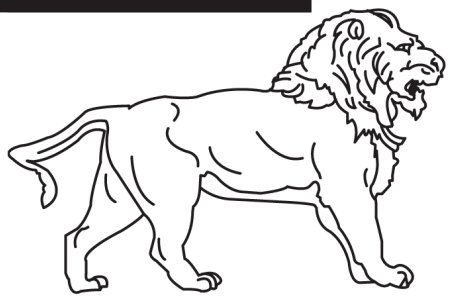
[ ] [ ]

Dessiner HORLOGE (11 h 10 min)
(3 points)

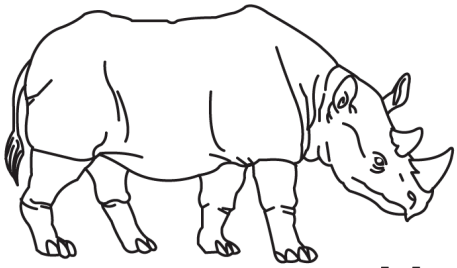
[ ] Contour [ ] Chiffres [ ] Aiguilles

POINTS ___/5

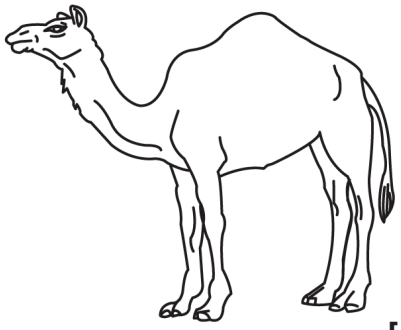
DÉNOMINATION



[ ]



[ ]



[ ]

___/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
1er essai					
2ème essai					

Pas de point

ATTENTION

Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [ ] 2 1 8 5 4
Le patient doit la répéter à l'envers. [ ] 7 4 2 ___/2

Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs
[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B ___/1

Soustraire série de 7 à partir de 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65
4 ou 5 soustractions correctes : **3 pts**, 2 ou 3 correctes : **2 pts**, 1 correcte : **1 pt**, 0 correcte : **0 pt** ___/3

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						

___/5

ORIENTATION

[ ] Date [ ] Mois [ ] Année [ ] Jour [ ] Endroit [ ] Ville ___/6

© Z.Nasreddine MD

www.mocatest.org

Normal ≥ 26 / 30

TOTAL ___/30
Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans

Administré par : _____

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'examinateur 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'examinateur 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'examinateur 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.

© Z. Nasreddine MD

4. Dénomination :

Administration : L'examinateur 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'examinateur 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'examinateur 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'examinateur 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'examinateur 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'examinateur 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'examinateur 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'examinateur 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'examinateur 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 du 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'examinateur 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'examinateur peut répéter les instructions une deuxième fois si nécessaire.

© Z. Nasreddine MD

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'examinateur 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'examinateur 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'examinateur sera vigilant pour les erreurs d'omission, de substitution et d'addition.

8. **Fluidité verbale :**

Administration : L'examinateur 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'examinateur 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'examinateur 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'examinateur demande : *«Maintenant, dites-moi en quoi un train et une bicyclette se ressemblent».* Ensuite, l'examinateur 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.

© Z. Nasreddine MD

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 :	indice catégoriel : partie du corps	choix de réponses : nez, visage, main
VELOURS :	indice catégoriel : tissu	choix de réponses : denim, coton, velour
ÉGLISE :	indice catégoriel : bâtiment	choix de réponses : église, école, hôpital
MARGUERITE :	indice catégoriel : fleur	choix de réponses : rose, marguerite, tulipe
ROUGE :	indice catégoriel : couleur	choix de réponses : 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.

© Z. Nasreddine MD
www.mocatest.org

Consignes d'administration du NPI-R à l'intention du professionnel

- Le questionnaire est de préférence donné au proche aidant en l'absence du patient, afin de faciliter l'exercice qui pourrait être difficile à faire en présence de celui-ci.
- Si un proche aidant n'est pas disponible, cet outil ne peut pas être utilisé.
- Le NPI-R est utilisé pour reconnaître les **changements** de comportement du patient intervenus pendant une période de temps définie (p. ex. : présents pendant les quatre dernières semaines, depuis la dernière visite chez le médecin ou pendant un autre intervalle de temps bien défini).
  - Les comportements qui ont été présents tout au long de la vie du patient et qui n'ont pas changé au cours de l'évolution de la maladie ne sont pas cotés, même s'ils sont anormaux, p. ex. : anxiété, dépression.
  - Les comportements qui ont été présents tout au long de la vie du patient et qui ont changé au cours de l'évolution de la maladie sont à coter (p. ex. : le patient a toujours été anxieux, mais on a observé une augmentation notable au cours de la période sur laquelle porte l'enquête).
- Le NPI-R peut également être utilisé pour repérer des changements de comportement causés par le début ou l'ajustement d'un traitement.

Recommandations de l'INESSS pour la pratique

- Il est conseillé de respecter les consignes d'administration et de cotation de l'outil.
- Il est conseillé de faire passer le questionnaire au proche aidant dans un environnement calme, sans bruit et sans distraction.
- Le NPI-R ne devrait pas être utilisé de façon isolée pour établir un diagnostic précis des troubles du comportement.
- Le professionnel qui veut rendre compte des résultats de cet outil ne devrait pas se limiter à rapporter des cotes brutes sans autres mises en contexte cliniques.
- La personnalité, les habiletés, les compétences et les aptitudes antérieures du patient devraient toujours être considérées lors de l'interprétation des résultats obtenus à l'aide de cet outil de repérage.
- Si aucun changement de personnalité et de comportement n'est remarqué, il est conseillé de refaire une appréciation des SCPD à l'occasion du suivi annuel, ou plus tôt s'il y a un besoin particulier, afin d'objectiver l'évolution et la progression de la maladie et d'ajuster les interventions et le niveau d'encadrement nécessaires selon les besoins du patient.
- Si un changement de personnalité et de comportement est remarqué par le patient ou le proche aidant, une intervention médicale appropriée devrait être assurée.
- En cas de complexité diagnostique ou thérapeutique, il est conseillé d'orienter le patient et ses proches vers les équipes locales spécialisées en SCPD ou en santé mentale.

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Âge:** _____

Date : _____ **Nom de l'évaluateur :** _____

Type de relation avec le patient

- ☐ très proche/prodigue des soins quotidiens
- ☐ proche/s'occupe souvent du patient
- ☐ pas très proche/donne seulement le traitement ou a peu d'interactions avec le patient

Consignes d'administration du NPI-R à l'intention du proche aidant

Présence
La présence de chaque trouble du comportement est évaluée par une question. Les questions se rapportent aux **changements** de comportement du patient qui sont apparus depuis le début de la maladie, depuis la dernière évaluation ou depuis le début ou l'ajustement d'un traitement.

▶ Si le sujet (votre épouse, votre mari ou la personne que vous aidez) ne présente pas ce trouble, entourez la réponse **NON** et passez à la question suivante.

Gravité
Si le sujet présente ce trouble, entourez la réponse **OUI** et évaluez la **gravité** du trouble du comportement avec l'échelle suivante (à quel point il est perturbant ou handicapant pour le patient) :

1. Léger : changement peu perturbant pour le patient
2. Moyen : changement plus perturbant pour le patient
3. Important : changement très perturbant pour le patient

Répercussion
Pour chaque trouble du comportement observé, il vous est aussi demandé d'évaluer la répercussion, c'est-à-dire à quel point ce comportement est éprouvant pour vous, selon l'échelle suivante (sur les plans émotionnel et psychologique) :

0. Pas du tout
1. Minimum
2. Légèrement
3. Modérément
4. Sévèrement
5. Très sévèrement, extrêmement

Veuillez encercler l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation et à celle du patient.

Domaines comportementaux	S.O.	Absent	Gravité	Répercussion
1. Idées délirantes	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
2. Hallucinations	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
3. Agitation/agressivité	x	0	1 2 3	1 2 3 4 5
4. Dépression/dysphorie	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
5. Anxiété	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
6. Exaltation de l'humeur	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
7. Apathie/indifférence	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
8. Désinhibition	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
9. Irritabilité/instabilité	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
10. Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
11. Troubles du sommeil	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
12. Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5

Score total : _____ **/36** _____ **/60**

S.O. : question inadaptée (sans objet)

Copyrights © JL Cummings, 1994, tous droits réservés. Ce test est libre d'utilisation pour un usage clinique.

Description des différents domaines évalués par le NPI-R	
1. Idées délirantes Le patient croit-il des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies (par exemple, il insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le voler)? A-t-il dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Est-il vraiment convaincu de la réalité de ces choses?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
2. Hallucinations Le patient a-t-il des hallucinations? Par exemple, a-t-il des visions ou entend-il des voix? Semble-t-il voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
3. Agitation/agressivité Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
4. Dépression/dysphorie Le patient semble-t-il triste ou déprimé? Dit-il qu'il se sent triste ou déprimé?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
5. Anxiété Le patient est-il très nerveux, inquiet ou effrayé sans raison apparente? Semble-t-il très tendu ou a-t-il du mal à rester en place? A-t-il peur d'être séparé de vous?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
6. Exaltation de l'humeur Le patient semble-t-il trop joyeux ou heureux sans aucune raison? Il ne s'agit pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient présente une bonne humeur anormale et constante ou s'il trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres.	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
7. Apathie/indifférence Le patient semble-t-il montrer moins d'intérêt pour ses activités ou pour son entourage? N'a-t-il plus envie de faire des choses ou manque-t-il de motivation pour entreprendre de nouvelles activités?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
8. Désinhibition Le patient semble-t-il agir de manière impulsive, sans réfléchir? Dit-il ou fait-il des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet

Description des différents domaines évalués par le NPI-R (suite)	
9. Irritabilité/instabilité Le patient est-il irritable? Faut-il peu de choses pour le perturber? Est-il d'humeur très changeante? Se montre-t-il anormalement impatient?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
10. Comportement moteur aberrant Le patient fait-il les cent pas, refait-il sans cesse les mêmes choses, par exemple ouvrir les placards et les tiroirs ou manipuler sans arrêt des objets?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
11. Troubles du sommeil Est-ce que le patient a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)? Est-il debout la nuit ? Est-ce qu'il erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
12. Troubles de l'appétit Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (coter S.O. si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir)? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il préfère?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Âge:** _____

Date : _____ **Évaluateur :** _____

Veuillez répondre à chacune des questions en encerclant l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation.

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants?	**Jamais**	**Plusieurs jours**	**Plus de la moitié du temps**	**Presque tous les jours**
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses*	0	1	2	3
2. Vous sentir triste, déprimé ou désespéré*	0	1	2	3
3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir	0	1	2	3
4. Vous sentir fatigué ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop d'appétit	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou, au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude.	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre[1].	0	1	2	3

Score total : somme des scores obtenus à chaque question : _____

Si vous avez coché <u>au moins un</u> des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : Dans quelle mesure ce ou ces problèmes ont-ils rendu difficiles votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout difficile	Plutôt difficile	Très difficile	Extrêmement difficile
☐	☐	☐	☐

1. Si le patient répond **oui à la question 9,** une évaluation du risque suicidaire ou de l'auto-agressivité par un professionnel de la santé ou des services sociaux qualifié est conseillée.

Copyrights © K. Kroenke, 2002, tous droits réservés. Le QSP est une marque déposée de Pfizer inc. Ce test est libre d'utilisation pour un usage clinique.

* Questions comprises dans le QSP-2

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches
Québec

Questionnaire salle d'attente auprès du proche aidant

IDENTIFICATION	
Nom du patient :	Nom du proche aidant :
Date de naissance : Âge :	Lien :
# Dossier :	Date de la visite :

OBSERVATIONS DU PROCHE AIDANT	OUI	NON	COMMENTAIRES, DEPUIS QUAND ?
Répète les mêmes questions/mêmes histoires			
Difficulté à trouver ses mots			
Mélange les mots dans une phrase			
Oublie des conversations			
Doit prendre plus de notes qu'auparavant			
Oublie des évènements (fêtes, faits publics, etc.)			
Oublie les visages familiers			
Oublie le nom des proches			
Oublie de prendre ses médicaments			
Oublie où il a mis ses objets			
Oublie des commissions			
Oublie des rendez-vous			
Oublie de payer les factures			
Oublie de transmettre les messages			
Conduite routière dangereuse (manque arrêts, accidents récents, accrochage, contravention…)			
Perd sa voiture dans le stationnement			
Se perd en se promenant à pied ou en voiture			
Difficulté à gérer ses finances et/ou comptes			
Difficulté à planifier une activité (organisation)			
Difficulté à résoudre les problèmes			
Difficulté à faire le lavage (grosseurs des brassées, oublie le linge dans la laveuse, mélange les couleurs…)			

OBSERVATIONS DU PROCHE AIDANT	OUI	NON	COMMENTAIRES, DEPUIS QUAND ?
Difficulté à se servir d'appareils ménagers (micro-ondes, cuisinière…)			
Difficulté à se servir d'appareils électroniques (téléphone,télécommande,ordinateur,cellulaire)			
Difficulté à se servir du téléphone (composer, trouver un numéro, répondeur)			
Difficulté à s'habiller (vêtement mis à l'envers, bonne saison, agencement des couleurs)			
Difficulté à prendre ses médicaments (comprendre le pilulier, heure de la prise du médicament)			
Difficulté à faire la cuisine (manque ou oublie les recettes habituelles)			
Difficulté à faire son épicerie (achète en double, oublie malgré sa liste, se perd au magasin)			
Néglige le ménage (entretien de la maison, désordre inhabituel)			
Néglige son hygiène (bain/douche, cheveux, vêtements souillés)			
Incontinence urinaire et/ou fécale			

CHANGEMENTS RÉCENTS DE COMPORTEMENT	OUI	NON	COMMENTAIRES, DEPUIS QUAND ?
Dépression, Anxiété			
Hallucinations Visuelles Auditives			
Irritabilité			
Agressivité Verbale Physique			
Délire/fausse croyance (pense qu'on le vole)			
Perturbation par un changement de routine			
Troubles du sommeil			
Troubles alimentaires (a +/- d'appétit)			
Manque d'initiative			
Manque d'intérêt (n'a plus le goût à ses loisirs)			
Manque d'inhibition (langage et/ou attitude dérangeants pour la famille)			

Commentaires : _____

_____

Signature : _____ **Date :** _____

Référence : Nathalie Lamarre, ergothérapeute Hôpital gériatrique de jour CSSS Haut-Richelieu-Rouville(2013-2014)
Source : Questionnaire Clinique Cedra (Centre Diagnostique Recherche Alzheimer)
Questionnaire Salle d'attente PAM GMF Lorettevill / Val-Bélair

Consignes d'administration du questionnaire de l'AD8 à l'intention du professionnel

- Le questionnaire AD8 peut être lu à haute voix à un proche aidant lors d'une entrevue en personne ou au téléphone, ou il peut être autoadministré (questionnaire que le proche aidant remplit seul).
  - Si le questionnaire est lu à haute voix, il est important pour le professionnel de lire soigneusement la phrase telle que libellée dans le questionnaire.
- Il est préférable d'administrer le questionnaire à un proche aidant si celui-ci est disponible. En l'absence d'un proche aidant, l'AD8 peut être administré directement au patient.
  - Si l'AD8 est **administré au proche aidant :** demandez-lui de notifier les changements dans les capacités cognitives et fonctionnelles (et non physiques) du patient survenus au cours des dernières années*.
  - Si l'AD8 est **administré au patient :** demandez-lui de notifier non pas des plaintes, mais des changements observables dans ses capacités cognitives et fonctionnelles (et non physiques) survenues au cours des dernières années*, sans en indiquer la cause.

Remarque : Il est important de comparer la performance actuelle du patient à sa performance antérieure. Si cette personne, auparavant, oubliait toujours où elle laissait ses affaires et qu'elle les oublie encore aujourd'hui, nous considérons alors qu'il n'y a eu « aucun changement ».

* Il n'y a pas de délai précis pour l'observation des changements.

Recommandations de l'INESSS pour la pratique

- Il est conseillé de respecter les consignes d'administration et de cotation de l'outil.
- Il est conseillé de faire passer le questionnaire AD8 dans un environnement calme, sans bruit et sans distraction, et de s'assurer que l'audition, la vision et la motricité sont optimales (p. ex. : fournir aux patients une aide auditive ou des verres correcteurs au besoin).
- **Si le questionnaire est administré au patient,** il importe de s'assurer qu'il a une stabilité suffisante sur les plans médical et pharmacologique. Il est conseillé de discuter avec le pharmacien qui détient généralement le dossier pharmacologique complet du patient contenant tous les renseignements liés à ses médicaments.
- La personnalité, les habiletés, les compétences et les aptitudes antérieures du patient devraient toujours être considérées dans le déroulement du processus menant au diagnostic et pour l'interprétation des résultats obtenus à l'aide de cet outil de repérage.
- Le questionnaire AD8 ne devrait pas être utilisé de façon isolée pour établir un diagnostic précis de la MA, d'un autre TNC ou d'une perte de l'autonomie fonctionnelle.
- Le professionnel qui veut rendre compte des résultats de cet outil ne devrait pas se limiter à rapporter des cotes brutes sans autres mises en contexte cliniques.
- Selon les résultats obtenus, le profil du patient et le degré de suspicion du professionnel, le patient devrait être revu en première ligne pour un repérage plus détaillé à l'aide d'outils de repérage psychométriques plus complets tels que les échelles MMSE, MoCA ou 3MS ou il devrait être orienté vers des services spécialisés, selon le cas.
- Lorsqu'il est nécessaire de préciser la nature et le degré d'une perte d'autonomie fonctionnelle, il est conseillé d'orienter le patient vers un ergothérapeute.
- Si, après une première évaluation, et en dépit de la plainte mnésique, les résultats aux outils de repérage psychométriques ainsi que la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique sont normaux et que le contexte clinique est sans particularité (absence de troubles de l'humeur et du comportement), une deuxième évaluation devrait être proposée au patient dans le cadre d'un suivi, dans un délai de 6 à 12 mois selon le contexte ou avant s'il y a un besoin particulier.

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Âge:** _____

Date : _____ **Évaluateur :** _____

Consignes d'administration pour le proche aidant (ou le patient) :
Veuillez indiquer les changements que vous constatez en encerclant la réponse appropriée.

Attention : Rappelez-vous que « Oui, un changement » indique qu'il y a eu, au cours des dernières années, un changement causé par des problèmes cognitifs, touchant la pensée ou la mémoire, et non causé par des problèmes physiques.

Avez-vous remarqué, au cours des dernières années, une des caractéristiques suivantes :	Oui, un changement	Non, aucun changement	Ne sais pas
1. Problèmes de jugement (p. ex. difficulté à prendre des décisions, mauvaises décisions financières, trouble de la pensée)	1	0	0
2. Moins d'intérêt pour ses loisirs	1	0	0
3. Se répète souvent (questions, histoires ou déclarations)	1	0	0
4. Difficulté à apprendre comment utiliser un nouvel appareil (p. ex. micro-ondes, ordinateur, magnétoscope)	1	0	0
5. Oubli du mois/année	1	0	0
6. Difficulté à gérer ses finances (p. ex. impôts, payer les comptes, vérifier les relevés de comptes bancaires)	1	0	0
7. Difficulté à se souvenir de ses rendez-vous	1	0	0
8. Problèmes quotidiens avec sa mémoire/raisonnement	1	0	0

Score total : somme des questions auxquelles il a été répondu « Oui, un changement » _____

Copyrights © 2005 Washington University, St. Louis, Missouri, tous droits réservés.
Ce test est libre d'utilisation pour un usage clinique. Cependant, l'auteur demande à être tenu informé par courriel lorsqu'une personne ou un établissement veut en faire usage : morrisj@abraxas.wustl.edu

GMF DE THETFORD

Clinique Santé de Thetford
Clinique Familiale de Thetford
Clinique Champlain de Disraeli

ORDONNANCE COLLECTIVE ☑ **ORDONNANCE INDIVIDUELLE** ☐	Initier des analyses de laboratoire dans le cadre du suivi de la clientèle présentant des troubles cognitifs	
Référence à un protocole : **oui** ☐ **non** ☑	**Date d'entrée en vigueur :** **2014**	**Date de révision :**
Professionnels visés par l'ordonnance et secteur(s) d'activité(s) **Secteurs autorisés** GMF – Groupe de médecine de famille (X) **Professionnels visés** **Infirmière travaillant au GMF** qui possède les connaissances et la compétence sur la démence et qui a reçu l'encadrement clinique nécessaire (X)		**Surveillance médicale** Immédiate ( ) Sur place ( ) À distance (X)

Groupe de personnes visées ou situation clinique visée

Clientèle inscrite au GMF de Thetford

Activités réservées de l'infirmière :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique *(article 36, al. 2, par. 1);*
- Exercer une surveillance clinique de la condition de la personne dont l'état présente des risques, incluant le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (article 36, al. 2, par. 2);
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes (article 36, al. 2, par. 10);
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance (article 36, al. 2, par. 3)

(réf. : Code des professions, article 39.3)

INDICATIONS/Conditions d'initiation

- Clientèle ayant des troubles cognitifs en évaluation par l'infirmière
- Aucun examen de laboratoire demandé par le médecin
- Aucun résultat récent au dossier (≥ 6 mois)

- **INTENTION THÉRAPEUTIQUE**

➢ Déterminer un bilan sanguin de base avant d'entreprendre un traitement.
➢ Identifier certains facteurs de risque (dyslipidémie, désordre métabolique, etc..) de la démence.
➢ S'assurer que le client ne présente pas de problème cardiaque de conduction de haut niveau avant d'initier une médication pour la démence.

OBJECTIF

Documenter le dossier du client en démarche d'évaluation.

CONTRE-INDICATION

Aucune.

LIMITE/ORIENTATION VERS LE MÉDECIN

Tous les résultats seront transmis au médecin traitant.

DIRECTIVES

➢ Lors de l'évaluation par l'infirmière des troubles cognitifs, si le client présente des résultats anormaux aux tests de dépistage (MMSE, MOCA) et que les données relatives aux analyses de laboratoire ne sont pas présentes au dossier du client, l'infirmière demandera les analyses de laboratoire suivantes :

- Formule sanguine complète;
- TSH;
- Ions;
- Calcémie;
- Glycémie;
- Créatinine;
- Vitamine B12;
- Acide folique;
- Enzymes hépatiques (AST, ALT);
- Urée;
- Albumine.

➢ L'infirmière s'assure qu'un ECG datant de **moins de trois mois** est au dossier sinon en fait la demande en contresignant le nom du médecin traitant.

➢ L'infirmière discute avec le médecin de la pertinence de demander un taco cérébral.

Processus d'élaboration
Rédigé par : Colette Painchaud, inf. chargée de projet Troubles cognitifs Caroline Gagné, inf. clinicienne GMF **Personnes consultées :** Dre Maggie Lachance Rosemarie Grenier, conseillère à la Direction de la qualité, des pratiques professionnelles et des soins infirmiers

Approuvé par :	
Directrice de la qualité, des pratiques professionnelles et des soins infirmiers	2014-06-10 *Date*
Président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2014-05-28 *Date*
Médecin responsable du GMF	2014/5/27 *Date*

APPROUVE PAR LES MEDECINS SIGNATAIRES DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE			
Nom et prénom	No permis	Signature	Date

☐ **HÔPITAL MONTMAGNY** ☐ **CLSC GARDE MÉDICALE** ☐ **HÉBERGEMENT**

☐ **CLSC URGENCE 1RE LIGNE** ☐ **SOUTIEN À DOMICILE** ☒ **SERVICES SPÉCIFIQUES**

☐ **SERVICES GÉNÉRAUX CLSC** ☐ **SERVICES COURANTS**

ORDONNANCE COLLECTIVE **OCGMF01**	MODULE MÉDECINE GÉNÉRALE	CHAPITRE 11 GMF

OBJET : **INITIER LES PRÉLÈVEMENTS SANGUINS ET TEST RADIOLOGIQUE LORS D'UN DÉPISTAGE DE TROUBLES COGNITIFS**

☐ Protocole médical	☐ Technique de soins	☒ Version originale
☒ Ordonnance collective	☐ Politique	☐ Version révisée
☐ Ordonnance individuelle	☐ Procédure	

ACTIVITÉS RÉSERVÉES :

Loi sur les infirmiers et Infirmières art 36.

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
2. Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.
3. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.

10. Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.

PRÉREQUIS : Diffusion

DATE DE MISE EN APPLICATION : À la signature

APPROUVÉ PAR : ☐ CMDP Date : Révisé :

1. CLIENTÈLE VISÉE

Usager inscrit au GMF de Montmagny-L'Islet, référé au programme de dépistage et dont la condition de santé ou les facteurs de risque nécessitent un dépistage des troubles cognitifs.

2. PERSONNES HABILITÉES À METTRE EN APPLICATION LE PROTOCOLE ET/OU L'ORDONNANCE

Infirmiers ou infirmières du CSSSML exerçant au GMF de Montmagny-L'Islet en suivi des troubles cognitifs.

3. INTENTION(S) THÉRAPEUTIQUE(S)

- Améliorer le repérage et la prise en charge des usagers présentant des troubles cognitifs.
- Accélérer l'initiation du traitement des troubles cognitifs.

4. CONDITIONS D'INITIATION

Usager référé au programme de dépistage des troubles cognitifs par son médecin traitant, en utilisant le formulaire de référence à l'infirmière du GMF de Montmagny-L'Islet (annexe 1).

5. CONTRE-INDICATIONS

Aucune.

6. PRINCIPES GÉNÉRAUX

Nil.

7. PROCÉDURE ET/OU ORDONNACE

1. Effectuer la collecte de données initiale en troubles cognitif 1re ligne (annexe 2) et les tests choisis : MMSE (Folstein) et le test de l'horloge.
2. Compléter la requête appropriée afin de demander les examens diagnostiques suivants si non archivée au dossier dans les 6 derniers mois :
   - FSC
   - Glucose au hasard
   - Électrolytes (Na, K+, Cl)
   - Créatinine
   - ALT
   - TSH
   - Calcium
   - Albumine
   - Protéines totales sériques
   - Vitamine B-12
   - Électrocardiogramme (ECG) < que 6 mois
   - TDM cérébral sans infusion (Si antécédent de cancer discuter avec le médecin de la pertinence d'un TDM cérébral avec infusion)
3. Assurer le suivi des résultats de laboratoire et des tests effectués auprès du médecin traitant.

8. PROCESSUS D'ÉLABORATION

Dr Jean-François Rancourt, chef du département clinique de médecine générale;
Dre Michèle Morin, gériatre;
Dr André Doiron, omnipraticien;
Mme Josée Chouinard, directrice du programme SAPA;
Mme France Nicole, directrice du programme de santé physique ;
M. Luc Génier, chef des services ambulatoires;
Mme Louise Dugal, infirmière clinicienne;
Mme Vivianne St-Pierre, infirmière;
Mme Chantal Boulet, infirmière clinicienne conseillère en soins infirmiers.

Révisé le 24 novembre 2016.

Comité de pharmacologie ☐ Oui _____ ☒ Non
Date

Comité des infirmiers et infirmières (CII) _____
Date

9. RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision, Washington DC : American Psychiatric Association.
- GMF Medi-Centre Chomedey (2009). *Protocole de dépistage et de suivi des troubles cognitifs.*
- Patterson, C. Gauthier, S. et al. (2001). The Recognition, Assessment and Management of Dementing Disorders : Conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. *Journal Canadien des sciences neurologiques*, Suppl. 1-S3-S16.

10. ANNEXES

Annexe 1 – Demande de suivi infirmières GMF
Annexe 2 – Collecte de données initiale en troubles cognitifs 1re ligne

Approuvé par		Date	
	Directrice du programme de santé physique et des soins infirmiers		
Approuvé par		Date	
	Directrice des services professionnels		
Approuvé par		Date	
	Chef de département clinique ou service		

LA MALADIE D'ALZHEIMER (MA) ET LES AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC)

APPRÉCIATION OBJECTIVE À L'AIDE D'OUTILS DE REPÉRAGE

Cet outil d'aide à la décision est présenté à titre indicatif, ne remplace pas le jugement du professionnel et peut être adapté selon les particularités du milieu. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique soutenues par la littérature scientifique, ainsi que le savoir et l'expérience de cliniciens et experts québécois. Pour plus de détails consultez le site inesss.qc.ca

Éléments à considérer lors de l'administration des outils de repérage

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

- Seuls les professionnels ayant les compétences nécessaires peuvent administrer les outils de repérage et en interpréter les résultats selon les normes en vigueur et conformément à leur champ d'exercice.
- L'utilisation des outils de repérage **devrait être adaptée** selon :
  - les symptômes du patient;
  - le temps disponible;
  - les compétences particulières qui peuvent être requises pour l'administration, la cotation et l'interprétation des résultats.
- L'utilisation des outils de repérage fait partie du processus menant au diagnostic et ceux-ci ne devraient **pas être utilisés de façon isolée.**
- Le diagnostic **ne peut pas** être posé uniquement à partir des cotes brutes sans autres mises en contexte cliniques.
- L'administration répétitive (≤ 6 mois) de certains outils peut engendrer un **effet d'apprentissage,** en particulier chez les patients ayant un niveau élevé de fonctionnement antérieur[1] ou présentant un TNC léger.
- En cas de doute sur la connaissance du contenu de l'outil par le patient, envisager le recours à des **versions de remplacement,** lorsqu'elles sont disponibles.
- Les outils de repérage psychométriques permettent de valider la présence de TNC, mais ils **ne sont pas conçus pour conclure sur la nature** des fonctions cognitives atteintes.

Facteurs pouvant influer sur la performance et le rendement des outils de repérage

Les facteurs pouvant influer sur la performance et le rendement des outils de repérage doivent être pris en considération lors de l'interprétation des résultats obtenus. Ces facteurs sont :

- le niveau de scolarité du patient, le groupe culturel ou linguistique;
- la présence d'une maladie psychiatrique sévère et persistante avec les années;
- la présence de problèmes physiques (handicap ou paralysie) ou de restrictions motrices (p. ex. arthrite des doigts);
- l'état affectif au moment du repérage (p. ex. anxiété due à la première visite et dépression);
- les troubles du langage antérieurs (p. ex. bégaiement);
- les déficiences sensorielles (auditives* ou visuelles) non compensées;
- le niveau de vigilance ou de collaboration du patient;
- la prise de médicaments ayant un effet potentiel sur les fonctions cognitives;
- l'environnement lors de l'administration des outils.

* La surdité liée au vieillissement (presbyacousie) est souvent sous-estimée par le patient lui-même ou par son entourage et peut influer considérablement sur sa performance.

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

S'assurer que :

- le patient a une stabilité suffisante sur les **plans médical et pharmacologique[2];**
- les outils de repérage sont utilisés dans un **environnement calme, sans bruit et sans distraction;**
- **l'audition, la vision et la motricité** du patient sont optimales.

Attention : Si une déficience auditive ou visuelle est détectée chez le patient lors de l'administration des outils de repérage, elle devrait, si possible, être compensée par l'utilisation d'une prothèse auditive appropriée, d'un amplificateur personnel ou de verres correcteurs.

[1] Le niveau de fonctionnement antérieur se définit par : une scolarité > 12 ans, des études supérieures, le type d'emploi, les champs d'intérêt intellectuels et culturels, etc.
[2] Il est conseillé de discuter avec le pharmacien qui détient généralement le dossier pharmacologique complet du patient contenant tous les renseignements liés à ses médicaments

Appréciation de l'autonomie fonctionnelle

Outils de repérage rapides

Pour un repérage rapide, voir avec le patient ou le proche aidant (dans la mesure du possible) si :

- au cours des derniers mois, il a observé chez lui (ou chez le patient) une détérioration ou des changements importants pour réaliser des **tâches simples ou dans les activités de la vie quotidienne** (négligence de l'hygiène corporelle, porte les mêmes vêtements ou des vêtements inappropriés pour la saison, problèmes avec la gestion de l'incontinence urinaire, etc.);
- au cours des derniers mois, il a observé chez lui (ou chez le patient) une détérioration ou des changements importants pour réaliser des **tâches complexes ou dans les activités de la vie domestique** (difficulté à apprendre et à se familiariser avec l'utilisation de nouveaux appareils comme la télécommande ou le guichet automatique, difficulté à assumer la gestion de ses médicaments, difficulté dans la préparation des repas, difficulté dans l'entretien ménager ou la gestion des finances habituelles, etc.).

Si un **changement** est noté :

- faire remplir par le proche aidant un questionnaire donnant une idée globale de la perte d'autonomie fonctionnelle et guidant la discussion, par exemple :
  - le questionnaire sur les activités fonctionnelles (QAF) de Pfeffer;
  - l'outil Incapacité fonctionnelle dans la démence (IFD) (*Disability Assessment for Dementia* [DAD]).

Si **aucun changement** n'est remarqué par le patient ou le proche aidant :

- refaire une appréciation de l'autonomie fonctionnelle lors du suivi annuel ou plus tôt si besoin particulier.

FICHE 5 DE 6

Appréciation de la cognition

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

- Les **outils de repérage psychométriques rapides (l'épreuve des cinq mots de Dubois, le *Memory Impairment Screen* (MIS) ou le test de l'horloge, temps d'administration de 5 minutes)** sont utiles :
  - pour fournir de **l'information sommaire** sur les **fonctions cognitives**;
  - pour **repérer rapidement** un TNC chez des patients à risque et présentant des signaux d'alarme;
  - lorsque le **temps est plus restreint** avec le patient (p. ex. : suspicion/plainte en fin de visite médicale, visite de suivi dans le cas de maladies chroniques, visite à domicile, visite à un service de santé tel que l'audiologie ou l'ophtalmologie).
- L'administration d'un outil de **repérage psychométrique plus complet** (échelle de statut mental modifiée (3MS) ou *Modified Mini-Mental State Examination* dans la version anglaise), échelle de statut mental (MMSE) ou *Mini-Mental State Examination* dans la version anglaise) ou échelle *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA)) **doit être privilégiée** par rapport aux outils de repérage psychométriques rapides **lorsque le temps le permet (> 10 min).**

Outils de repérage psychométriques rapides

- L'utilisation des outils de repérage psychométriques rapides est facultative et elle est laissée au jugement du professionnel selon le contexte clinique et le temps dont il dispose avec le patient.

- Augmenter la sensibilité et permettre l'appréciation objective de plusieurs fonctions cognitives en combinant :

Épreuve des cinq mots de Dubois **et** Test de l'horloge	**OU**	Épreuve du MIS **et** Test de l'horloge

- Utiliser l'épreuve des cinq mots de Dubois et le MIS pour repérer rapidement les **troubles de la mémoire**.
- Utiliser le test de l'horloge pour repérer d'autres types d'atteintes cognitives telles que les atteintes des **fonctions visuo-spatiales[1] et/ou exécutives** (p. ex. : organisation, planification).
- **Selon les résultats obtenus,** le profil du patient, le professionnel qui a administré les outils de repérage et son degré de suspicion, le patient devrait être **revu par un médecin de famille ou une équipe interprofessionnelle en première ligne** pour une évaluation détaillée à l'aide **d'outils de repérage plus complets** (échelles MMSE, MoCA ou 3MS).

1. Les fonctions visuo-spatiales participent à la distinction, par la vue, de la position relative des objets dans l'environnement ou par rapport à soi-même.

Appréciation de la cognition (suite)

Outils de repérage psychométriques plus complets : MoCA

Privilégier l'échelle **MoCA** :

- chez les patients ayant un niveau élevé de fonctionnement antérieur (scolarité > 12 ans, études supérieures, type d'emploi, champs d'intérêt intellectuels et culturels, etc.);
- si un TNC est soupçonné chez des patients sans atteinte significative de l'autonomie fonctionnelle;
- lorsque des doutes sont soulevés quant à l'intégrité des fonctions cognitives du patient et que le score selon l'échelle MMSE se situe dans la normale (entre 24 et 30);
- pour suivre l'évolution de la maladie après que le diagnostic aura été établi.

score < 26

TNC probable :
poursuivre le processus avec une évaluation plus complète du patient

FICHE 2 DE 6

score ≥ 26

TNC non détecté :
refaire une appréciation des fonctions cognitives lors du suivi annuel ou plus tôt au besoin.

Outils de repérage psychométriques plus complets : MMSE ou 3MS

Privilégier les échelles **de statut mental MMSE ou 3MS** :

- chez les patients ayant un faible niveau de scolarité;
- si un TNC est soupçonné chez les patients présentant une perte d'autonomie fonctionnelle;
- pour suivre l'évolution de la MA du stade léger à modéré;
- pour évaluer l'efficacité du traitement pharmacologique et assurer le remboursement des médicaments par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), si indiqué.

score MMSE < 24

score MMSE 24-30

MoCA

TNC probable :
poursuivre le processus menant au diagnostic .

FICHE 2 DE 6

L'échelle **3MS :**

- permet un repérage plus détaillé des fonctions cognitives (meilleure appréciation de la mémoire et des fonctions exécutives);
- son score total est sur 100, mais elle permet également de comptabiliser **le score de l'échelle MMSE sur 30** afin de présenter une demande de remboursement des médicaments (RAMQ).

Effets plafond et plancher des outils de repérage psychométriques plus complets

Les résultats des échelles 3MS, MMSE ou MoCA peuvent être :

- **normaux** dans les phases **précoces** ou dans des formes atypiques de la maladie;
  ou
- **anormaux** chez les patients sans TNC, mais présentant un **faible niveau de fonctionnement** antérieur.

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

Lorsque le score de l'échelle **MMSE** est de **27** ou **28** :

- un score à l'échelle **MoCA < 26*** peut être utilisé pour accorder une autorisation de remboursement de médicaments par la RAMQ.

Attention : L'administration systématique et simultanée des échelles MMSE et MoCA dans d'autres circonstances n'apporte aucun gain en précision diagnostique et n'est pas conseillée.

* Les résultats seuls de l'échelle MoCA ne sont pas considérés pour accorder une autorisation de remboursement de médicaments par la RAMQ.

Appréciation de la cognition (suite)

Questionnaires destinés au proche aidant

Dans le but d'obtenir des renseignements complémentaires aux autres outils de repérage psychométriques ou si le patient n'est pas en mesure de répondre aux questions des outils de repérage (manque de temps ou collaboration difficile), faire remplir par le proche aidant un questionnaire pour repérer un changement cognitif et/ou fonctionnel, par exemple :

le questionnaire AD8
(Ascertain Dementia 8);

la version abrégée du IQCODE
(Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly).

Remarque : Les résultats peuvent guider le choix de l'outil de repérage psychométrique approprié lors du suivi ainsi que bonifier les données qualitatives concernant le déclin cognitif et fonctionnel.

Appréciation des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

Outils de repérage rapides

Pour un repérage rapide, voir avec le patient ou le proche aidant (dans la mesure du possible) si au cours des derniers mois, il a observé chez lui (ou chez le patient) un changement de personnalité, de comportement ou d'humeur.

Si un **changement** de **personnalité et de comportement** est remarqué* :

- il est conseillé d'utiliser un outil de repérage tel que la version courte de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI-R).

Si un **changement** de **l'humeur** est remarqué*:

- une évaluation plus approfondie pourrait être faite à l'aide d'un outil de repérage tel que le Questionnaire sur la santé du patient-9 (QSP-9).

Si **aucun changement** n'est remarqué :

- refaire une appréciation des SCPD lors du suivi annuel ou plus tôt en cas de besoin particulier.

* Si un **changement de personnalité, de comportement ou de l'humeur** est remarqué , une intervention médicale appropriée devrait être assurée.

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

Pour vous aider à identifier l'outil le plus approprié, consulter l'aide mémoire.

Étapes 3 et 4 – Visite d'évaluation médicale et annonce du diagnostic

Liste de vérification du médecin

Fiches descriptives de l'INESSS

- Processus menant au diagnostic (fiche 2 de 6);
- L'annonce du diagnostic (fiche 4 de 6).

Traitement pharmacologique

Références 1re ligne

Références 2e ligne

Rencontre avec le médecin pour l'annonce du diagnostic
Liste de vérification

IDENTIFICATION DU PATIENT	
Nom :	# Dossier :
Date de naissance : Âge :	Pharmacie :

Interventions	✓
Mettre à jour les antécédents médicaux et psychiatriques de comorbidité et les conditions médicales actuelles	
Réviser la médication actuelle (interaction, effets secondaires)	
Procéder à l'examen physique complet (TA, FC, auscultation, poids, neurologique et psychologique)	
Réviser et /ou prescrire des examens paracliniques et complémentaires	
Établir le diagnostic	
Annoncer le diagnostic en présence du proche aidant	
Informer sur la maladie et les enjeux	
Prescrire et expliquer la médication	
Référer à l'infirmière pour une rencontre suite à l'annonce du diagnostic	
Référer aux professionnels GMF	

Signature : _____ **Date :** _____

INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION

FICHE Cliquez sur les pastilles pour plus de détails.

LA MALADIE D'ALZHEIMER (MA) ET LES AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC)

FICHE 2 DE 6

PROCESSUS MENANT AU DIAGNOSTIC

Cet outil d'aide à la décision est présenté à titre indicatif, ne remplace pas le jugement du professionnel et peut être adapté selon les particularités du milieu. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique soutenues par la littérature scientifique, ainsi que le savoir et l'expérience de cliniciens et experts québécois. Pour plus de détails consultez le site inesss.qc.ca

Éléments à considérer lors du processus menant au diagnostic

Le diagnostic repose sur l'apparition et sur la documentation de l'atteinte cognitive et/ou l'observation d'un changement comportemental qui :

- interfèrent avec les activités habituelles de la vie quotidienne;
- représentent un déclin par rapport au niveau antérieur de fonctionnement;
- ne sont pas expliqués par un problème physique ou une pathologie psychiatrique reconnue.

Concernant le patient

La personnalité, les habiletés, les compétences et les aptitudes antérieures du patient devraient toujours être considérées dans le processus menant au diagnostic et pour l'interprétation des résultats obtenus à l'aide des outils de repérage.

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

- Tous les **professionnels de la santé et des services sociaux** peuvent **repérer** les signes d'une atteinte fonctionnelle, d'un déclin cognitif ou d'un trouble comportemental.
- Tous les **professionnels habilités** (p. ex. : ergothérapeutes, infirmières, médecins, neuropsychologues et travailleurs sociaux) peuvent apprécier de manière objective l' atteinte fonctionnelle, les fonctions cognitives ou un trouble comportemental à l'aide d'outils de repérage.
- Seuls les **ergothérapeutes** peuvent tirer des conclusions sur **la nature et le degré** d'une perte d'autonomie fonctionnelle d'une personne pour qui des TNC ou mentaux ont été diagnostiqués ou évalués par un professionnel habilité*.
- Seuls les **neuropsychologues ou les médecins** peuvent tirer des conclusions à propos de la **nature des TNC observés et faire le lien,** au besoin, entre le type d'atteinte et un dysfonctionnement cérébral suspecté.
- Seuls les **médecins** peuvent **établir un diagnostic** portant sur la MA et les autres TNC et le communiquer au patient et au proche aidant. Les autres professionnels concernés peuvent aussi communiquer leurs résultats en conformité avec leur champ d'exercice.

Examen clinique

Contenu

L'examen clinique devrait contenir les éléments suivants :

- une appréciation objective des atteintes rapportées ou suspectées à l'aide d'outils de repérage; FICHE 3 DE 6
- un examen physique complet mettant l'accent sur l'examen neurologique et cardiovasculaire, et ayant aussi comme objet la vérification de la vue, de l'audition et de la mobilité (ou autres facteurs pouvant interférer avec la passation des outils de repérage psychométriques);
- des examens paracliniques et complémentaires au besoin;
- une révision de la médication (avec ou sans ordonnance, produits naturels) et de l'adhésion aux traitements;
- une révision des antécédents médicaux et psychiatriques et des conditions médicales actuelles pertinentes ou autres comorbidités;
- une évaluation de la santé mentale et du degré de vigilance.

Facteurs confondants à considérer

Les situations ou les conditions médicales suivantes peuvent être à l'origine du TNC repéré ou représenter une source d'aggravation :

- un effet indésirable d'un médicament ou d'une combinaison de plusieurs médicaments, un nouveau médicament, une interaction médicamenteuse ou une cascade d'effets secondaires de plusieurs médicaments;
- un problème de santé mentale;
- un problème de santé physique (trouble métabolique ou carentiel, désordre systémique[1], apnée du sommeil, délirium);
- un abus de certaines substances (drogue ou alcool).

* Acte réservé en vertu du projet de loi 21.

[1] Trouble pouvant toucher plusieurs systèmes du corps humain. Certaines maladies telles que l'insuffisance cardiaque ou respiratoire ou certaines infections systémiques ou infections transmissibles sexuellement (ITSS) peuvent affecter les fonctions cognitives.

Appréciation objective des atteintes rapportées ou suspectées à l'aide des outils de repérage

- Pour les mises en garde et les recommandations relatives à l'utilisation des outils de repérage, consulter le document intitulé ***Appréciation objective à l'aide d'outils de repérage***.
- Un choix éclairé peut être facilité par la consultation des fiches correspondant aux différents outils de repérage.

FICHE 3 DE 6

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

Tout professionnel, autre qu'un médecin, soupçonnant la présence d'un TNC chez un patient, notamment par l'administration d'outils de repérage, doit diriger ce dernier vers un médecin de famille pour une évaluation plus complète.

Examens paracliniques et complémentaires

Un bilan sanguin devrait être effectué avant l'établissement d'un diagnostic initial afin de repérer des comorbidités qui pourraient altérer les fonctions cognitives. Les éléments à vérifier sont les suivants :	▶ formule sanguine complète; ▶ glycémie; ▶ calcémie; ▶ dosage de la vitamine B12; ▶ dosage de la thyréostimuline hypophysaire (TSH); ▶ test de la fonction rénale (créatinine); ▶ électrolytes.
La **neuro-imagerie** structurelle (imagerie par résonance magnétique [IRM] cérébrale ou tomodensitométrie) peut être utile au diagnostic différentiel chez des patients qui manifestent un déclin cognitif présentant un des profils suivants* :	▶ âge inférieur à 60 ans; ▶ détérioration rapide (quelques mois) et inexpliquée des facultés cognitives ou de l'état de l'autonomie fonctionnelle; ▶ traumatisme crânien grave survenu récemment; ▶ manifestations neurologiques inexpliquées ou anomalies focales à l'examen neurologique; ▶ antécédents de cancer (en particulier ceux qui font des métastases cérébrales); ▶ utilisation d'anticoagulants ou antécédents de troubles de la coagulation; ▶ troubles de la marche ou incontinence urinaire dans les premiers stades du déclin; ▶ symptômes cognitifs ou tableau clinique inhabituels ou atypiques.
Tests à effectuer uniquement **au besoin** et en fonction du contexte clinique :	▶ un bilan hépatique, alanine aminotransférase (ALT); ▶ les tests sérologiques de la syphilis ou du virus de l'immunodéficience humaine (VIH); ▶ un dosage du niveau des folates.

* Une **imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale** ou un **examen tomodensitométrique *(scan)*** devrait être fait si la présence d'une **maladie cérébrovasculaire** insoupçonnée est susceptible de conduire à des modifications de la prise en charge clinique.

Révision de la médication

- Vérifier la médication (avec ou sans ordonnance, produits naturels) avec le patient ou le proche aidant concernant :
  - tout changement ou ajout récent de médicaments;
    et
  - la possibilité :
    - d'une interaction médicamenteuse;
    - d'un effet indésirable;
    - d'une cascade médicamenteuse.

Attention : Il est conseillé de consulter le guide d'usage optimal de l'INESSS sur le traitement pharmacologique de la MA et de la démence mixte et en cas de doute, discuter avec un pharmacien qui est plus habilité à évaluer les conséquences de tout changement dans le profil pharmacologique du patient GUO Tx MA.

✓ Révision des antécédents médicaux et psychiatriques, des comorbidités et des conditions médicales actuelles pertinentes

Certaines conditions médicales sont associées à un risque plus élevé de développer une MA ou un TNC. Consulter le document intitulé **Repérage – Amorce de la démarche** pour une liste détaillée.

FICHE 1 DE 6

Orientation vers des services spécialisés (p. ex. : une clinique de mémoire)

✓ Besoins spécifiques ou caractéristiques du patient	Services spécialisés
Si besoin de préciser la nature et le degré d'une perte d'autonomie fonctionnelle	Ergothérapeute
Si le patient présente une des caractéristiques suivantes: • un tableau atypique : âge précoce, historique familial suggérant un trouble génétique, prédominance de troubles autres que ceux de la mémoire (gnosies, langage, comportement, changement de personnalité, praxies, etc.); • en présence d'une suspicion clinique forte ou d'une plainte récurrente, mais si on obtient des résultats qui n'atteignent pas les seuils diagnostiques avec les outils de repérage utilisés; • si besoin de préciser l'origine et la nature exacte des TNC; • une incertitude maintenue quant au diagnostic après une première évaluation et un suivi.	Neuropsychologue ou médecin spécialiste en TNC
Si le patient présente un trouble du comportement ou des problèmes de santé mentale qui interfèrent ou complexifient le processus menant au diagnostic	Équipes locales spécialisées en symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) ou en santé mentale
Si besoin de préciser l'origine et le degré d'une atteinte de la parole et/ou du langage	Orthophoniste
Si le patient présente une déficience visuelle ou auditive qui interfère avec le processus menant au diagnostic	Optométriste, ophtalmologiste ou audiologiste (si nécessaire)

Diagnostic

Si, **en dépit de** la plainte mnésique, la première évaluation montre que les fonctions cognitives, la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique et le contexte clinique (absence de troubles de l'humeur et du comportement) sont normaux

↓

Faire un suivi dans **un délai de 6 à 12 mois** selon le contexte ou avant s'il y a un besoin particulier pour une **deuxième évaluation**

FICHE 5 DE 6

Si le **diagnostic est clair**

↓

Annoncer le diagnostic

FICHE 4 DE 6

↓

Faire un suivi et accomplir les actions appropriées

FICHE 5 DE 6 FICHE 6 DE 6

Si le **diagnostic est incertain**

↓

Orienter le patient et le proche aidant vers les services spécialisés appropriés

INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION

LA MALADIE D'ALZHEIMER (MA) ET LES AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC)

FICHE 4 DE 6

ANNONCE DU DIAGNOSTIC

FICHE Cliquez sur les pastilles pour plus de détails.

Cet outil d'aide à la décision est présenté à titre indicatif, ne remplace pas le jugement du professionnel et peut être adapté selon les particularités du milieu. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique soutenues par la littérature scientifique, ainsi que le savoir et l'expérience de cliniciens et experts québécois. Pour plus de détails consultez le site inesss.qc.ca

Éléments à considérer lors de l'annonce du diagnostic

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

- La procédure de divulgation peut être appliquée à l'intérieur **de plusieurs visites,** selon les circonstances.
- Une fois le diagnostic posé, il doit être divulgué **au patient,** au proche aidant, à l'équipe traitante si elle est absente lors de l'annonce, puis aux autres professionnels qui ont contribué au diagnostic, d'une façon qui correspond aux volontés exprimées par le patient et avec son consentement.
- La divulgation doit être faite avec compassion et sensibilité selon une **approche empathique centrée sur le patient** et qui respecte son intégrité.
- Le diagnostic doit être annoncé clairement par le médecin **en utilisant des termes que le patient peut comprendre** (p. ex. : maladie de la mémoire).
- La compréhension du patient et celle de ses proches doit être vérifiée après la transmission de l'information.

Aptitude à consentir aux soins de santé

Toute personne, y compris celle protégée par un régime de protection ou un mandat, est présumée **apte à consentir à des soins.**

En cas de doute :

- l'aptitude du patient à consentir aux soins devrait être vérifiée **chaque fois que des soins lui sont proposés et à chaque prise de décision « médicale » nécessitant son consentement.**

FICHE 6 DE 6

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

L'évaluation de l'aptitude à consentir à des soins n'évalue pas la nature de la décision, mais plutôt le processus, c'est-à-dire la capacité du patient à :

- comprendre l'information, l'apprécier et la manipuler;
- exprimer un choix* et le maintenir dans le temps de façon cohérente.

Concernant le patient

- L'inaptitude d'un patient à consentir à des soins est **temporaire ou permanente** selon la nature de sa condition médicale.
- Indépendamment de son aptitude à consentir à des soins, le patient est le premier destinataire de l'information.

* Ce choix peut être exprimé de différentes façons (orale, écrite et non orale à l'aide de support pictographique et gestuel), afin de tenir compte des habiletés langagières de tous les patients.

Contenu de l'annonce

La procédure de divulgation peut être appliquée à l'occasion de plusieurs visites et elle pourrait comprendre une discussion sur :

- les attentes, en tentant de rassurer le patient et le proche aidant, dans la mesure du possible, et en donnant un espoir réaliste;
- les options thérapeutiques disponibles, médicamenteuses et non médicamenteuses GUO Tx MA;
- un rappel de l'importance de la rédaction ou de la mise à jour des différents documents légaux (directives médicales anticipées [DMA], testament et mandat en cas d'inaptitude)*;
- la détermination des niveaux de soins*;
- les enjeux relatifs à la conduite automobile et le risque possible de la révocation du permis par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ*);
- les objectifs de maintien de l'autonomie du patient et la sécurité à domicile*;
- les enjeux relatifs à l'aptitude (à administrer ses biens, à prendre soin de soi même et à consentir aux soins de santé) et à la détermination de l'inaptitude*;
- les aides possibles offertes par le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et l'existence d'associations qui proposent des services au patient et de groupes de soutien pour les proches aidants.

* Pour plus de renseignements, consultez FICHE 6 DE 6

Pour le patient (et le proche aidant)

- Il peut être dirigé vers les services spécialisés ou une clinique de mémoire lorsqu'il souhaite avoir une **seconde opinion** au sujet de son **diagnostic** ou de son plan de traitement.
- S'il exprime de l'intérêt à participer à des recherches diagnostiques ou thérapeutiques, il peut recevoir de l'information nécessaire pour communiquer avec les instances concernées.

Cas particuliers

Réactions émotives importantes ou d'anxiété	▶ interrompre l'annonce, apaiser et rassurer le patient; ▶ reprendre l'annonce du diagnostic lorsque le patient le demande; ▶ établir un suivi avec un proche, si possible, ou avec le service de santé et les services sociaux locaux.
Déni ou de non prise de conscience d'un patient concernant la maladie (anosognosie)	▶ ne pas chercher à convaincre le patient; ▶ aviser le patient que ses proches seront avertis de la situation et que seuls les renseignements pertinents seront divulgués s'il y a un risque imminent pour la sécurité ou la santé du patient ou de son entourage; ▶ aviser le service de soutien à domicile local, selon les besoins et aviser le patient qu'une demande d'aide a été faite.
Refus des soins	▶ si le patient est inapte et refuse des soins de santé, se référer à la fiche *Action à accomplir suivant le diagnostic.* FICHE 6 DE 6

Consentement, confidentialité et obligation

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

- Un consentement verbal du patient devrait être obtenu, documenté au dossier et validé en prévision de l'aggravation de la maladie afin de permettre aux proches d'avoir accès aux renseignements sur l'état de santé du patient à l'occasion des visites médicales subséquentes.
- **En cas de doute raisonnable,** il est conseillé d'obtenir un consentement écrit dans la mesure où le patient possède les aptitudes à consentir, afin d'éviter tout malentendu éventuel avec le patient et ses proches.
- **En cas de refus** et s'il y a un risque imminent pour la sécurité ou la santé du patient ou de son entourage, aviser le patient que ses proches seront avertis de la situation et que seuls les renseignements pertinents seront divulgués.

Aides possibles et information

Pour le patient

- Société Alzheimer;
- programmes communautaires sur la démence;
- Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) locaux.

Pour le proche aidant

- Société Alzheimer;
- L'Appui;
- Baluchon Alzheimer;
- service d'aide à domicile;
- centre de jour;
- Carpe Diem;
- aidants.ca;
- CISSS et CIUSSS locaux.

En cas d'épuisement chez le proche aidant

Toujours être à l'affût des signes d'épuisement et de détérioration physique et cognitive chez le proche aidant, qui peut survenir à tous les stades de la maladie. Si nécessaire, il est conseillé de :

- le diriger vers son médecin de famille ou des services d'aide appropriés et locaux offrant un soutien ou du répit à ce type de clientèle, par exemple Société Alzheimer, l'Appui, Baluchon Alzheimer, services d'aide à domicile, centre de jour, Carpe Diem, aidants.ca.;
- lui remettre de la documentation d'accompagnement;
- d'apprécier, à l'aide d'outil tel que l'échelle de Zarit*, le fardeau représenté par la prise en charge d'un patient ayant un TNC diagnostiqué et vivant à domicile.

* L'échelle de Zarit est proposée à titre d'exemple uniquement car l'Institut n'a pas effectué d'analyse approfondie sur cet outil dans le cadre du présent projet.

INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

MARS 2015

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

MALADIE D'ALZHEIMER ET DÉMENCE MIXTE

Ce guide d'usage optimal est présenté à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien. Pour des données d'efficacité relatives à d'autres maladies apparentées, aller à inesss.qc.ca.

GÉNÉRALITÉS

- L'usage de médicaments (inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IAChE) et (ou) antagoniste des récepteurs glutamatergiques NMDA (mémantine)) pour traiter la maladie d'Alzheimer (MA) et la démence mixte requiert beaucoup de précautions, compte tenu de l'efficacité modeste, du profil d'innocuité et du coût du traitement.
- La décision de recourir ou non à un traitement pharmacologique repose sur **l'appréciation des bénéfices et des risques** pour le patient et sur les **valeurs et préférences du patient** et de ses aidants. Cette décision partagée fait suite à une **discussion éclairée** entre le médecin, le patient et ses aidants.

BÉNÉFICES ET RISQUES ASSOCIÉS À L'USAGE DES IACHE DANS LE TRAITEMENT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

DONNÉES SCIENTIFIQUES DISPONIBLES	
Résultats	▶ Efficacité modeste sur la fonction cognitive, les activités de la vie quotidienne et l'impression globale clinique de changement ▶ Amélioration maximale à 3 mois à dose thérapeutique ▶ Aucune donnée ne permet de tirer de conclusion formelle quant à l'efficacité des IAChE et de la mémantine sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.
Limites	▶ Très peu de données à long terme (≥ 6 mois) ▶ Taux élevés d'abandon de traitement dans les essais cliniques ▶ Impossibilité de cibler a priori les patients qui répondent bien au traitement
Conclusion	▶ Le bénéfice clinique apporté aux patients par ces médicaments dans le temps est très difficile à préciser.
NOMBRE DE SUJETS À TRAITER POUR OBSERVER UNE AMÉLIORATION DE L'ÉTAT GLOBAL CLINIQUE[1]	
Environ 25 % des patients qui ont utilisé un IAChE ont vu leur état clinique global s'améliorer, comparativement à 17 % des sujets qui ont reçu un placebo. **Parmi environ 12 sujets** atteints de la MA traités pendant 6 mois avec un IAChE au lieu d'un placebo, une amélioration de l'état global clinique sera observée chez un seul sujet.	
NOMBRE DE SUJETS À TRAITER POUR VOIR APPARAÎTRE DES EFFETS INDÉSIRABLES MENANT À L'ABANDON DU TRAITEMENT	
Environ 13 % des patients qui ont utilisé un IAChE ont eu des effets indésirables ayant mené à l'abandon du traitement, comparativement à 6 % des sujets qui ont reçu un placebo. **Parmi environ 15 sujets** atteints de la MA traités pendant 6 mois avec un IAChE au lieu d'un placebo, des effets indésirables menant à l'abandon du traitement seront observés chez un seul sujet.	

Les données présentées dans ce tableau ont été calculées à partir des informations issues des essais cliniques inclus dans la revue systématique de Bond et ses collaborateurs [2012].

1. L'état global clinique a été mesuré avec l'échelle CIBIC-plus (*Clinician's Interview-Based Impression of Change with caregiver input*). Cette échelle fournit une mesure globale de l'état du patient basée sur l'évaluation de quatre domaines (général, cognition, comportement et activités de la vie quotidienne).

OBJECTIFS DE TRAITEMENT

- **Fixer des objectifs thérapeutiques clairs avec le patient et ses aidants dès l'amorce du traitement**
  - Considérer les critères de remboursement dans le cadre du régime général d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).
- **Établir des attentes réalistes**
  - Le traitement pharmacologique n'empêchera pas la progression de la maladie et le déclin cognitif. Au mieux, ce dernier pourrait s'améliorer ou se stabiliser, pour ensuite continuer malgré la médication.

Québec

OPTIONS DE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE[1]

	IACHE (MONOTHÉRAPIE)	MÉMANTINE (MONOTHÉRAPIE)	IACHE + MÉMANTINE (TRAITEMENT DE COMBINAISON)
MA légère	Indiqué[2]	Option de traitement[3]	Les données probantes disponibles quant à l'efficacité du traitement de combinaison ne permettent pas d'en conseiller ou non l'usage. [4, 5]
MA modérée	Indiqué[2]	Indiqué[2]	
MA sévère	Option de traitement[3]	Indiqué[2]	
Démence mixte	Option de traitement[2]	Option de traitement[2]	

1. Recommandation de l'INESSS suivant la réalisation d'une revue systématique sur l'efficacité et l'innocuité des IAChE et de la mémantine ainsi que la consultation d'un comité d'experts.
2. Remboursé dans le cadre du régime général d'assurance médicaments de la RAMQ.
3. Non remboursé dans le cadre du régime général d'assurance médicaments de la RAMQ.
4. Dans le cas où l'IAChE fait suite à un traitement avec la mémantine ou dans le cas où la mémantine fait suite à un traitement avec un IAChE, l'usage concomitant de ces deux médicaments est remboursé pour une période d'un mois.
5. Sachant que les mécanismes d'action sont différents, il est possible d'avoir recours à un traitement associant un IAChE à la mémantine. Les données actuelles démontrent que cette combinaison est généralement bien tolérée chez le patient.

CHOIX DE LA PHARMACOTHÉRAPIE INITIALE

Aucune donnée clinique fiable n'indique de différence d'efficacité entre les trois IAChE. Les facteurs à considérer dans le choix de la pharmacothérapie initiale sont : le profil des effets indésirables, la facilité d'administration, les différences en matière de pharmacocinétique et certains facteurs propres aux patients.

FACTEURS PROPRES AUX PATIENTS	MÉDICAMENTS À PRIVILÉGIER
MA sévère	Donépézil et mémantine (monothérapie) : indication officielle de Santé Canada pour traiter la MA sévère
Dysphagie ou manque de collaboration du patient	Donépézil : disponible sous forme de comprimé à dissolution rapide (Aricept RDT[MC]) Rivastigmine : disponible en timbre transdermique (Exelon[MD] Patch). S'assurer qu'un aidant fiable assiste le patient dans la gestion de l'administration du timbre et y inscrive la date. Les IAChE pourraient être administrés selon les modalités suivantes[1] : ▶ Donépézil : le comprimé pourrait être écrasé et mélangé à de la nourriture (ex. : compote). ▶ Galantamine : la capsule pourrait être ouverte et son contenu mélangé à de la nourriture (ex. : compote), mais les granules qu'elle contient ne devraient pas être croquées ni écrasées. ▶ Rivastigmine orale : les gélules pourraient être ouverte et leur contenu pourrait être mélangé à de la nourriture (ex. : compote). ▶ Rivastigmine solution orale : peut être mélangée dans un breuvage froid (eau, jus, boisson gazeuse).
Intolérance gastro-intestinale	Parmi les IAChE administrés oralement, le donépézil présenterait le moins d'effets indésirables gastro-intestinaux, tandis que la rivastigmine en présenterait le plus. Parmi tous les IAChE, la formulation transdermique de la rivastigmine est associée à la plus faible incidence d'effets indésirables gastro-intestinaux.
Adhésion au traitement	Administration uniquotidienne : donépézil, galantamine et la formulation transdermique de la rivastigmine Administration uniquotidienne ou biquotidienne : mémantine
Polypharmacie	La rivastigmine et la mémantine ne sont pas métabolisées par les isoenzymes du cytochrome P450, ce qui diminue considérablement le risque d'interactions médicamenteuses.
Insuffisance rénale ou hépatique	Donépézil, rivastigmine : aucun ajustement posologique en cas d'insuffisance rénale ou hépatique[2]
Coût mensuel[3] du médicament	▶ Donépézil : 35,42 $/mois ▶ Galantamine : 37,40 $/mois ▶ Rivastigmine capsule : 39,08 $/mois ▶ Rivastigmine solution orale : 114,77 $/mois ▶ Formulation transdermique de la rivastigmine (timbre Exelon[MD] Patch 10) : 131,63 $/mois ▶ Mémantine : 37,85 $/mois

1. Selon l'expérience clinique des membres du comité d'experts de l'INESSS, ces manipulations devraient être faites seulement au moment de l'administration du médicament au patient.
2. Contre-indiqué en cas d'insuffisance hépatique sévère Contre-indiqué en cas d'insuffisance hépatique sévère
3. À titre indicatif seulement. Coût mensuel de traitement selon la posologie maximale recommandée, établi selon le prix de la *Liste de médicaments* de mars 2015 des formulations génériques et la méthode du prix le plus bas lorsque celle-ci est applicable. Il exclut le coût moyen des services professionnels du pharmacien et la marge bénéficiaire du grossiste.

Consultez les mises à jour de ce guide à inesss.qc.ca.

CARACTÉRISTIQUES ET POSOLOGIE

	DONÉPÉZIL	GALANTAMINE	RIVASTIGMINE ORALE	RIVASTIGMINE TRANSDERMIQUE	MÉMANTINE
Nom commercial	Aricept[MD] Aricept RDT[MD]	Reminyl[MD] ER	Exelon[MD]	Exelon[MD] Patch 5 Exelon[MD] Patch 10 Exelon[MD] Patch 15[1]	Ebixa[MD]
Mécanisme d'action	Inhibiteur réversible de l'AchE	Inhibiteur réversible de l'AchE et modulateur allostérique des récepteurs nicotiniques	Inhibiteur pseudo-irréversible de l'AchE et de la BuChE		Antagoniste non compétitif, d'affinité faible à modérée, des récepteurs NMDA
Demi-vie d'élimination	70 heures	7 à 8 heures	1 à 2 heures		60 à 80 heures
Modalités de titration posologique	5 mg DIE pendant 4 semaines, puis 10 mg DIE si toléré	8 mg DIE pendant 4 semaines, 16 mg DIE pendant 4 semaines, puis 24 mg DIE si tolérée	1,5 mg BID pendant 2 à 4 semaines, 3 mg BID pendant 2 à 4 semaines, 4,5 mg BID pendant 2 à 4 semaines, puis 6 mg BID si tolérée La prise TID pourrait diminuer les effets indésirables.	5 cm^2 DIE pendant 4 semaines, puis 10 cm^2 DIE si tolérée 15 cm^2 : en cas d'aggravation clinique sous traitement de 10 cm^2 DIE stable depuis plusieurs mois	5 mg DIE AM pendant 1 semaine, 5 mg BID pendant 1 semaine, 10 mg DIE AM et 5 mg DIE en soirée pendant une semaine, puis 10 mg BID si tolérée
Modalités de titration posologique : patients hypersensibles aux effets indésirables[2]	La dose initiale pourrait être de 2,5 mg DIE (et être augmentée après 2 semaines si bien tolérée). Posologie maximale : 5 mg DIE	s. o.	La dose initiale pourrait être de 1,5 mg DIE (et être augmentée après 2 semaines si bien tolérée). Posologie maximale : 3 mg BID	s. o.	s. o.
Posologie minimale	5 mg DIE	16 mg DIE	3 mg BID	10 cm^2 DIE (libération de 9,5 mg/24 h)	5 mg BID
Particularités liées à l'administration	Prendre le matin. Prendre avec de la nourriture. Si dysphagie ou manque de collaboration du patient, Aricept RDT[MD] pourrait être utile.	Prendre le matin. Prendre avec de la nourriture.	Prendre le matin et le soir. Prendre avec de la nourriture. Une solution orale est disponible.	Appliquer le timbre sur : dos, poitrine ou partie supérieure des bras. Changer l'endroit d'application tous les jours. En cas d'intolérance à la colle, envisager l'administration d'une vaporisation de fluticasone sous le timbre.	Prendre avec de la nourriture. Peut être administrée DIE ou BID. Si BID : prendre le matin et au souper (ou le matin et au coucher si somnolence).
Ajustement posologique en cas d'insuffisance rénale	Non	ClCr 9-60 ml/min : maximum 16 mg/jr ClCr < 9 ml/min : contre-indiqué	Non (voir *Modalités de titration posologique : patients hypersensibles aux effets indésirables*)		ClCr 30-49 ml/min : 5 mg BID[3] ClCr 15-29 ml/min : 5 mg BID ClCr < 15 ml/min : contre-indiqué
Ajustement posologique en cas d'insuffisance hépatique	Non	IH modérée : maximum 16 mg/jr IH sévère : contre-indiqué	IH légère à modérée : voir *Modalités de titration posologique : patients hypersensibles aux effets indésirables* IH sévère : contre-indiqué		IH sévère : contre-indiqué

AchE : acétylcholinestérase ; BuChE : butyrylcholinestérase ; NMDA : N-méthyl D-aspartate ; IR : insuffisance rénale ; ClCr : clairance de la créatinine ; IH : insuffisance hépatique ; s.o. : sans objet

1. Non remboursé dans le cadre du régime général d'assurance médicaments de la RAMQ.
2. Par exemple, patients de faible poids, agés de plus de 85 ans, etc.
3. Si la réponse clinique le justifie, pour autant que la dose soit bien tolérée après au moins 7 jours de traitement, la dose peut être portée à 10 mg BID selon les modalités de titration posologique habituelles.

EFFETS INDÉSIRABLES LES PLUS FRÉQUENTS

INHIBITEURS DE L'ACÉTYLCHOLINESTÉRASE		MÉMANTINE
▶ Effets gastro-intestinaux[1] : dyspepsie, nausées, vomissements, diarrhée, anorexie, perte de poids ▶ Céphalée ▶ Étourdissements ▶ Insomnie ▶ Effets cardiovasculaires : bradycardie, bloc cardiaque, syncope ▶ Fatigue	▶ Rêves avec agitation motrice, cauchemars ▶ Crampes musculaires ▶ Confusion ▶ Agitation ▶ Rhinorrhée (donépézil) ▶ Pollakiurie ▶ Effets indésirables propres à la rivastigmine transdermique : érythème, prurit ▶ Réactions cutanées graves (galantamine)	▶ Étourdissements ▶ Constipation ▶ Confusion ▶ Céphalée ▶ Hypertension artérielle ▶ Agitation ▶ Insomnie

1. Les effets indésirables gastro-intestinaux sont liés à la dose et surviennent généralement au début du traitement. Ils sont généralement bénins et transitoires.

CONTRE-INDICATIONS ET PRÉCAUTIONS

	DONÉPÉZIL	GALANTAMINE	RIVASTIGMINE ORALE	RIVASTIGMINE TRANSDERMIQUE	MÉMANTINE
Contre-indications absolues	Hypersensibilité à l'une des composantes du produit ou à d'autres dérivés de la pipéridine	Hypersensibilité à l'une des composantes du produit Insuffisance rénale ou hépatique sévère	Hypersensibilité à l'une des composantes du produit ou à d'autres carbamates Insuffisance hépatique sévère		Hypersensibilité à l'une des composantes du produit Insuffisance rénale ou hépatique sévère
Contre-indications relatives	Avant de prescrire un IAChE, les éléments suivants devraient être considérés chez tous les patients : ▶ l'administration d'un questionnaire cardiovasculaire afin de détecter toute arythmie, bradycardie, syncope ou pré-syncope ; ▶ la mesure du pouls au repos afin de détecter une bradycardie (pouls inférieur à 55 battements par minute) ; ▶ la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG), si cet examen est facile d'accès, représente une bonne pratique, mais n'est pas obligatoire. En présence d'indices de signes ou symptômes énumérés ci-dessus, l'ECG devrait être fait d'emblée. Avant de prescrire un IAChE, il est également nécessaire d'effectuer une surveillance particulière s'il y a présence de : ▶ Bradycardie sinusale ▶ Maladie du sinus ▶ Bloc auriculoventriculaire du premier degré ou plus important ▶ Prise de bêtabloquants et (ou) d'inhibiteurs calciques ▶ Prise de médicaments qui augmentent l'intervalle QT En présence de ces conditions, une référence en médecine spécialisée, une modification des médicaments concomitants et (ou) l'insertion d'un stimulateur cardiaque devraient être envisagés. *Le bloc de branche droit et le bloc de branche gauche **isolé** ne sont pas des contre-indications.*				s. o.
Précautions	Patients à risque d'ulcère peptique Patients ayant des antécédents d'asthme, de MPOC, d'ulcère peptique ou de convulsions				Problèmes génito-urinaires augmentant le pH urinaire (acidose tubulaire rénale, infections urinaires graves à Proteus) Antécédents[1] : convulsions, HTA non maîtrisée, infarctus récent ou IC non compensée

IC insuffisance cardiaque ; HTA : hypertension artérielle ; MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique ; s.o. : sans objet

1. Les patients aux prises avec les problèmes de santé énumérés étaient exclus des études cliniques.

Consultez les mises à jour de ce guide à inesss.qc.ca.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

	DONÉPÉZIL	GALANTAMINE	RIVASTIGMINE	MÉMANTINE
Métabolisme	Substrat d'isoenzymes 2D6 et 3A4 du cytochrome P450	Substrat d'isoenzymes 2D6 et 3A4 du cytochrome P450	Non hépatique (hydrolyse)	Non hépatique (rénal)
Interactions pharmacocinétiques	Vigilance lors de l'administration d'inducteurs (phénytoïne, carbamazépine, phénobarbital, rifampine…) ou d'inhibiteurs puissants des CYP 2D6 et 3A4 (kétoconazole, quinidine, paroxétine…)		s. o.	s. o.
Interactions pharmacodynamiques	▶ **Anticholinergiques (antagonisme d'action)**, par exemple : antidépresseurs tricycliques, antidépresseurs ISRS, antihistaminiques, antimuscariniques (traitement de la vessie hyperactive), benzodiazépines, anti-arythmique (disopyramide), antispasmodiques gastro-intestinaux, relaxants musculaires, analgésiques narcotiques, antiémétiques, antipsychotiques, médicaments à effet atropinique (atropine, scopolamine, etc.), certains diurétiques, certains antiparkinsoniens, certains antiépileptiques… ▶ **Agonistes cholinergiques (effet synergique cholinergique)**, par exemple : béthanéchol… ▶ **Médicaments bradycardisants (effet additif sur la fréquence cardiaque)**, par exemple : bêtabloquants, diltiazem, vérapamil, digoxine, amiodarone, carbamazépine… ▶ **AINS (augmentation du risque d'ulcère)** ▶ **Antipsychotiques (augmentation du risque d'effets extrapyramidaux)** ▶ **Médicaments en vente libre**, par exemple : antihistaminiques, ranitidine, dimenhydrinate, lopéramide, sirops contenant de la codéine, AINS…			▶ **Médicaments qui alcalinisent les urines (diminution de l'élimination rénale de la mémantine)**, par exemple : bicarbonate de sodium, inhibiteurs de l'anhydrase carbonique… ▶ **Antagonistes des récepteurs NMDA (augmentation possible des effets indésirables)**, par exemple : amantadine, kétamine, dextrométhorphane… ▶ **Médicaments en vente libre**, par exemple : antiacides, antihistaminiques H2, sirops contenant du dextrométhorphane…

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien ; NMDA : N-méthyl D-aspartate ; s.o. : sans objet

SUIVI

- Après l'amorce d'un traitement avec un IAChE et (ou) la mémantine, il devrait y avoir :
  - un **suivi par téléphone ou en personne dans les trois mois** afin d'évaluer la tolérance et l'adhésion au traitement.
  - une **visite médicale et un suivi clinique, six mois après le début du traitement,** afin d'évaluer l'efficacité du médicament sur le fonctionnement intellectuel, l'humeur, le comportement, l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, les activités de la vie domestique et les interactions sociales, et de renouveler la prescription, si nécessaire.
- Le patient et son aidant devraient être **revus au moins une ou deux fois/année** par la suite (ou plus souvent, selon le jugement du clinicien).
- Lors de chacune des visites, les éléments suivants devraient être évalués :
  - Efficacité du traitement en fonction des objectifs thérapeutiques fixés
  - Présence d'effets indésirables
  - Adhésion au traitement
  - Gestion des interactions médicamenteuses (incluant les médicaments en vente libre et produits de santé naturels)
  - Fardeau et besoins de l'aidant
  - Poids
  - Signes vitaux
  - Bilan initial des fonctions hépatiques et rénales, puis suivi annuel ensuite
  - Surveillance de l'état des yeux pour les patients prenant de la mémantine

Consultez les mises à jour de ce guide à inesss.qc.ca.

PASSAGE D'UN IACHE À UN AUTRE

Il n'est pas recommandé de changer d'IAChE en raison d'une perte de bénéfices, particulièrement si le patient prend son IAChE depuis plus d'un an, car cette perte est habituellement liée à l'évolution naturelle de la maladie

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AVANT LE PASSAGE D'UN IACHE À UN AUTRE

- Problèmes d'adhésion au traitement
- Nouvelles comorbidités médicales (par exemple, dépression ou délirium)
- Interactions médicamenteuses avec des médicaments co-prescrits, en vente libre et des produits de santé naturels
- Les tentatives d'ajustements posologiques doivent avoir été adéquatement réalisées

ORCHESTRATION DU PASSAGE D'UN IACHE À UN AUTRE DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER LÉGÈRE À SÉVÈRE

Intolérance au premier IAChE	Absence de bénéfice clinique avec le premier IAChE dans les 6 mois suivant le début de traitement
▶ Arrêter le premier IAChE. ▶ Attendre la résolution complète des effets indésirables, soit de 5 à 7 jours. ▶ Commencer la prise du deuxième IAChE à la dose initiale usuelle et procéder à la titration posologique selon le schéma recommandé.	▶ Le passage peut s'effectuer du jour au lendemain. ▶ Donner la dernière dose du premier IAChE. ▶ Le lendemain, commencer le deuxième IAChE à la dose initiale recommandée et procéder à la titration posologique au moins jusqu'à la dose minimale efficace (la titration peut être effectuée plus rapidement que selon le schéma recommandé).

Le tableau s'appuie sur l'article suivant : Massoud F, Desmarais JE, Gauthier S. *Switching cholinesterase inhibitors in older adults with dementia.* Int Psychogeriatr 2011;23(3):372-8.

ARRÊT DE TRAITEMENT

FACTEURS POUVANT JUSTIFIER UN ARRÊT DE TRAITEMENT

- Le patient éprouve des effets indésirables incommodants ou intolérables.
- L'état clinique du patient s'est aggravé suivant l'amorce du traitement.
- Les autres maladies dont souffre le patient rendent le risque associé au traitement inacceptable, ou alors sont si graves que le traitement est futile.
- Le patient et (ou) son mandataire décident d'arrêter le traitement après avoir été informés des risques et des avantages de le poursuivre ou de l'arrêter.
- La démence du patient a progressé pour arriver à un stade avancé (stade 7 sur l'échelle de détérioration globale, par exemple).
- Le patient ne respecte pas la posologie et il est impossible de mettre en place un système pour rectifier le problème : continuer le traitement serait par conséquent inutile.

Adapté de la Quatrième conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence [Gauthier *et al.*, 2012].

- Arrêter les IAChE chez des patients aux prises avec une MA modérée à sévère peut aggraver les déficits cognitif et fonctionnel.
- Il est recommandé de réduire graduellement les doses avant l'arrêt définitif du médicament, sur deux à quatre semaines.
- Une surveillance étroite du patient durant le premier mois suivant l'arrêt du traitement est suggérée afin de déceler une détérioration importante, s'il y a lieu la reprise du traitement peut être considérée.

Consultez les mises à jour de ce guide à inesss.qc.ca.

PRINCIPALES RÉFÉRENCES

Bond M, Rogers G, Peters J, Anderson R, Hoyle M, Miners A, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (review of Technology Appraisal No. 111): A systematic review and economic model. Health Technol Assess 2012;16(21):1-470.

Gauthier S, Patterson C, Chertkow H, Gordon M, Herrmann N, Rockwood K, et al. 4th Canadian Consensus Conference on the diagnosis and treatment of dementia. Can J Neurol Sci 2012;39(6 Suppl 5):S1-8.

Massoud F, Desmarais JE, Gauthier S. Switching cholinesterase inhibitors in older adults with dementia. Int Psychogeriatr 2011;23(3):372-8.

Ce guide a été élaboré en collaboration avec un comité d'experts et l'INESSS soutient les recommandations émises.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Québec

Étape 5 – Rencontre avec l’infirmière pour parler du diagnostic et du suivi à venir

Liste de vérification de l’infirmière

Présentation explicative (PowerPoint)

Feuille de référence à la société d’Alzheimer

Rencontre avec l'infirmière pour parler du diagnostic et du suivi
Liste de vérification

IDENTIFICATION DU PATIENT	
Nom :	# Dossier :
Date de naissance : Âge :	Pharmacie :

Interventions	✓
Établir une relation de confiance avec le patient et le proche aidant	
Remettre les coordonnées pour contact direct	
Faire de l'enseignement sur la maladie (Powerpoint)	
Faire de l'enseignement sur la médication (Powerpoint)	
Identification des besoins immédiats du patient	
Identification des besoins immédiats du proche aidant	
Planifier les interventions (PTI)	
Référer aux professionnels GMF selon les besoins	
Référer à la Société d'Alzheimer	
Référer aux services communautaires	
Référer au CLSC	

Signature : _____ **Date :** _____

Les troubles de mémoire

Basé sur le livre de la maladie d'Alzheimer du
Dr Fadi Massoud et Dr Alain Robillard Édition AP, 2013

Julie Bolduc et Karine Ménard,
Infirmières cliniciennes, GMF Loretteville

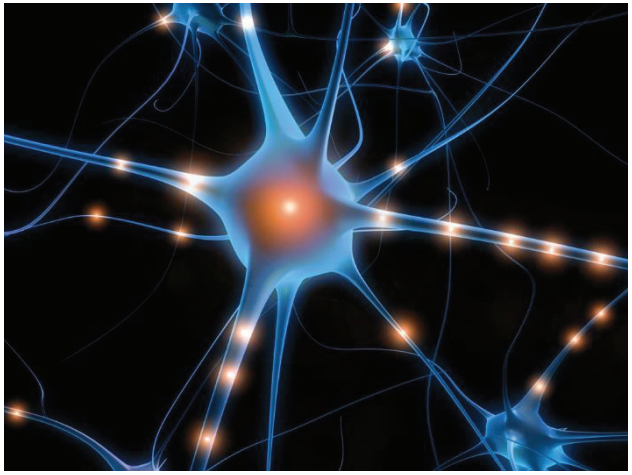
Vous n’êtes pas seul

- Chez les 65 ans et plus:1 personne sur 20
- Chez les 85 ans et plus: 1 personne sur 4.
- Deux fois plus de femmes que d’hommes sont atteintes de trouble de mémoire

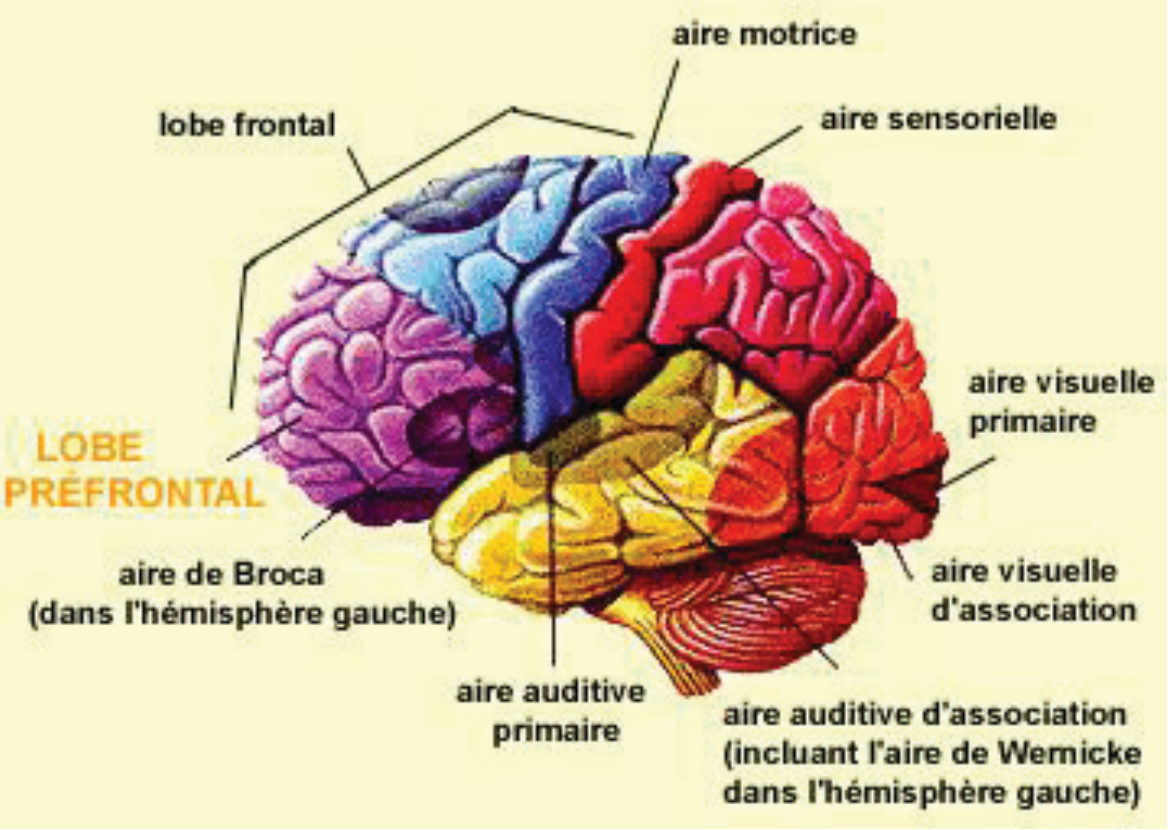
Julie Bolduc et Karine Ménard,
Infirmières cliniciennes, GMF Loretteville

Comprendre la maladie

Perte progressive des neurones et des connexions entre les neurones dans différentes zones du cerveau.



CERVEAU



Julie Bolduc et Karine Ménard,
Infirmières cliniciennes, GMF Loretteville

Les causes et facteurs de risque

- Âge : la fréquence double a tous les 5 ans après l'âge de 65 ans.
- Hérédité du 1e degré (x 2 à 4)
- Genre: 72% sont des femmes
- Maladies cardiovasculaires

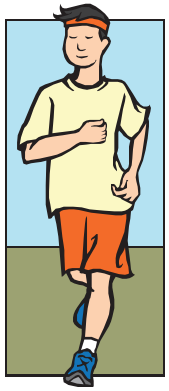
  (diabète, hypertension, cholestérol)

Les causes et facteurs de risque

- Sédentarité
- Obésité
- Faible scolarité
- Traumatismes crâniens
- Dépression/stress
- Tabagisme
- Alcoolisme

Prévention

- Alimentation (régime méditerranéen)
- Traiter les facteurs de risque
  (diabète, hypertension, cholestérol)
- Privilégier faible consommation d'alcool
- Favoriser l'activité physique et intellectuelle
- Limiter le stress



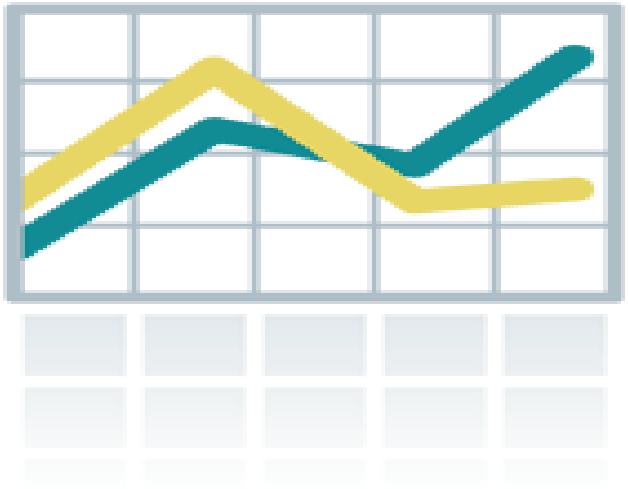
Julie Bolduc et Karine Ménard,
Infirmières cliniciennes, GMF Loretteville

Les symptômes

- Perte de mémoire récente
- Difficultés à exécuter les tâches familières
- Désorientation dans le temps et l'espace
- Troubles de langage
- Altération du jugement et du raisonnement
- Changement d'humeur et de comportement
- Perte d'objets
- Perte d'intérêt

Évolution

- Début insidieux
- Évolution irréversible
- Variable d’un individu à l’autre



Le traitement pharmacologique

- N’est pas curatif
- Atténuent les symptômes, retardent leur apparition et leur évolution
- Permet de préserver le plus longtemps possible la qualité de vie

Julie Bolduc et Karine Ménard,
Infirmières cliniciennes, GMF Loretteville

Le traitement pharmacologique

- Débuter le traitement pharmacologique à faible dose puis augmentation graduelle
- Aviser infirmière/médecin si effets secondaires (diarrhée, nausée, étourdissement)

***ATTENTION aux produits naturels. Naturel n'égal pas sans danger

Aricept (donépézil)

5-10mg à prendre une fois par jour

Julie Bolduc et Karine Ménard,
Infirmières cliniciennes, GMF Loretteville

Reminyl (galantamine)

8-16-24mg à prendre une fois par jour le am

Julie Bolduc et Karine Ménard,
Infirmières cliniciennes, GMF Loretteville

Exelon (rivastigmine)

Disponible en comprimés

À prendre 2 fois par jour

…ou en timbres!

À changer 1 fois par jour

Julie Bolduc et Karine Ménard,
Infirmières cliniciennes, GMF Loretteville

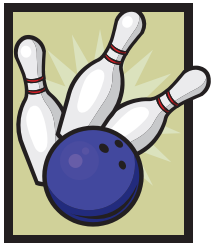
Ebixa (mémantine)

À prendre 2 fois par jour

Julie Bolduc et Karine Ménard,
Infirmières cliniciennes, GMF Loretteville

Traitement non pharmacologique

- Relaxation/Massage
- Activité physique
- Maintien des activités de loisirs



Julie Bolduc et Karine Ménard,
Infirmières cliniciennes, GMF Loretteville

Quoi planifier?

- Mettre à jour son testament, mandat d’inaptitude et procuration
- Identification (bracelet, carte identification)
- Crédit d’impôt pour proche aidant (provincial+fédéral)
- Test de conduite automobile

Traitements à venir…

Plusieurs médicaments sont actuellement en recherche dans le monde. Beaucoup d’espoir à l’horizon…

Ressources disponibles

RANQ

LA Société Alzheimer DE QUÉBEC

Balachon ALZHEIMER

POPOTE MULTI-SERVICES pms un soutien pour votre bien

CLSC

811

APPELEZ INFO-SANTÉ
24 heures par jour, 7 jours par semaine

Aide à la communauté et services à domicile

L'APPUI POUR LES PROCHES AIDANTS D'AÎNÉS

Julie Bolduc et Karine Ménard,
Infirmières cliniciennes, GMF Loretteville

Questions

Julie Bolduc et Karine Ménard,
Infirmières cliniciennes, GMF Loretteville

Société **Alzheimer**

CHAUDIÈRE-APPALACHES

Voici les démarches que la Société Alzheimer Chaudière-Appalaches assure auprès des familles dès la réception d'un protocole de référence :

Une pochette d'informations est expédiée par la poste à la personne inscrite sur le protocole (les dépliants et feuillets proviennent d'Alzheimer Canada) :

Trois feuillets :

Évolution de la maladie d'Alzheimer : Survol (Si le diagnostic est une maladie apparentée, nous avons un feuillet spécifique que l'on va insérer dans l'envoi)

La communication

La qualité de vie

Dépliants :

Le dépliant de la Société Alzheimer Chaudière-Appalaches qui explique notre mission et nos services

Maladie d'Alzheimer : De quoi s'agit-il?

Réfuter les mythes

Pour réduire le stress de l'aidant

Ce que la famille peut faire

Un dossier est ouvert à partir des informations inscrites sur le protocole.

Nous contactons la personne après 6 semaines afin de lui laisser le temps de prendre connaissance de la documentation. Le but de l'appel est de nous présenter, vérifier s'ils auraient des questions ou commentaires suite à la lecture des documents. Nous présentons et expliquons nos services.

Un suivi est assuré auprès des familles selon leurs besoins

Centre de santé et de services sociaux
de Montmagny-L'Islet

LA SOCIÉTÉ ALZHEIMER
CHAUDIÈRE-APPALACHES

PROTOCOLE DE RÉFÉRENCE

Par la présente, j'autorise le personnel du Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet à communiquer mes coordonnées à **La Société Alzheimer Chaudière-Appalaches**, afin de m'inscrire au *Programme d'information et de support*.

Je recevrai les documents pertinents sur la maladie d'Alzheimer et sur les services qu'offre **La Société Alzheimer Chaudière-Appalaches** dans ma région, et ce, sans aucune obligation de ma part.

_____
Signature

Diagnostic : _____

Personne atteinte ☐
Personne aidante ☐

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : (résidence) _____ (travail) _____

Mon lien avec la personne atteinte : _____

Programme d'information et de support de La Société Alzheimer Chaudière-Appalaches
Télécopieur : 418-387-1360

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches
Québec

Module : «Référence au programme d'information et de support»

Moi, _____ j'autorise le personnel de la clinique médicale à communiquer mes coordonnées à «La Société Alzheimer Chaudière-Appalaches», afin de m'inscrire au «Programme d'information et de support».

Je recevrai les documents pertinents sur la maladie d'Alzheimer et sur les services qu'offre «**La Société Alzheimer Chaudière-Appalaches**» dans ma région et ce, sans aucune obligation de ma part. Par la suite, un intervenant assurera un suivi téléphonique.

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Personne atteinte ☐

Proche aidant ☐

Téléphone : résidence _____ Travail _____

Mon lien avec la personne atteinte : _____

Nom du médecin : _____

Renseignements supplémentaires :

_____

_____

Programme d'information et de support de La Société Alzheimer Chaudière-Appalaches
Télécopieur : 418-387-1360

Étapes 6 et 7 – Appel téléphonique 2 à 6 semaines après l’annonce du diagnostic

Suivi de la médication/clinique

Suivi de la médication/clinique

IDENTIFICATION DU PATIENT	
Nom :	# Dossier :
Date de naissance : Âge :	Pharmacie :

Médication :

Débutée le : _____

☐ Aricept (donépézil)
☐ Exelon (rivastigmine)
☐ Remynil (galantamine)
☐ Ebixa

Observance : _____

Tolérance : _____

Effets secondaires :

Cocher si présence de

	Date	Date	Date
*Dosage du médicament			
Nausée			
Diarrhée			
Étourdissement			
Fatigue			
Crampes aux jambes			
Sommeil	☐ Bon ☐ Mauvais	☐ Bon ☐ Mauvais	☐ Bon ☐ Mauvais
Appétit			
État général			
Données recueillies auprès du :	☐ Patient ☐ Aidant	☐ Patient ☐ Aidant	☐ Patient ☐ Aidant
Signature de l'infirmière			

Étapes 8 et 10 – Visite de réévaluation par l'infirmière après 6 mois et 12 mois ou visites subséquentes

Collecte de données auprès du patient

Collecte de données auprès du proche aidant

QSP-9, Questionnaire sur la santé du patient de l'INESSS

NPI-R, Inventaire neuropsychiatrique réduit de l'INESSS

Description des comportements dérangeants

Fiche descriptive de l'INESSS : La maladie d'Alzheimer (MA) et les autres troubles neurocognitifs (TNC), fiches 5 de 6 et 6 de 6

Réévaluation (6 et 12 mois) de l'infirmière clinicienne
Collecte de données auprès du patient

IDENTIFICATION	
Nom du patient :	Nom du proche aidant :
Date de naissance :	Coordonnées :
Âge :	Pharmacie :
# Dossier :	Médication :
Dx :	RAMQ échu :

Signes vitaux : TA _____ FC _____ Poids : _____

Milieu de vie : ☐Maison ☐Appartement ☐RPA ☐Résidence publique
☐Seul ☐Avec conjoint ☐ Avec enfants ☐Autre : _____

SIGNES DE MALNUTRITION

Appétit : _____

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous perdu du poids sans avoir essayé de perdre ce poids ? ☐ Oui ☐ Non

Depuis plus d'une semaine, mangez-vous moins que d'habitude ? ☐ Oui ☐ Non

Deux réponses affirmatives indiquent un risque de malnutrition élevé : référer à la nutritionniste et aviser le médecin

MÉDICATION : VALIDER AVEC LE DSQ (SORTIR LE PROFIL AU BESOIN)

Prenez-vous des médicaments sur une base régulière ? ☐ Oui ☐ Non _____

Vérifier si présence de diarrhée, nausées, vomissement ☐ Oui ☐ Non _____

AVQ / AVD

Légende : **A** Autonome **S** Stimulation (besoin de lui rappeler la tâche) **AP** Aide Partielle **AT** Aide totale (+ 75% de la tâche)

	A	S	AP	AT	Précision
Se préparer ou réchauffer un repas					
Se laver					
S'habiller					
Entretenir sa personne (barbe coiffure)					
Utiliser les toilettes					
Prendre ses médicaments					
Faire son épicerie					
Mobilité (se lever, s'asseoir, se coucher)					

SIGNES D'ABUS ET DE NÉGLIGENCE

Est-ce que vous dépendez de quelqu'un pour une des situations suivantes : prendre votre bain, faire des commissions, faire des transactions bancaires ☐ Non ☐ Oui
Préciser_____

Est-ce que vous avez été dérangé par des paroles de quelqu'un qui vous ont fait sentir honteux ou menacé ?

☐ Non ☐ Oui Préciser _____

Quelqu'un a-t-il essayé de vous forcer à signer des papiers ou utilisé votre argent contre votre volonté ?

☐ Non ☐ Oui Préciser _____

Si suspicion de danger, référer au travailleur social en GMF et aviser le médecin

CONDUITE AUTOMOBILE

Conduisez-vous votre voiture ? ☐ Non ☐ Oui

Au cours des derniers mois, avez-vous eu un accident de voiture ou avez-vous été arrêté par la police?

☐ Non ☐ Oui Préciser _____

Si dangerosité **suspectée**, compléter le formulaire de déclaration d'inaptitude : http://www.cgm-quebec.ca/pdf/formulairesaaq.pdf
Aviser le médecin de la démarche.

Si dangerosité **confirmée**, aviser le médecin afin qu'il complète le rapport d'examen médical M-28
https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/extranet_sante/sante-conducteur/formulaires/6228-35.pdf

Déclaration à la SAAQ (Téléphone : 1-866-599-6915 Télécopieur : 1-844-362-8590)

SÉCURITÉ À DOMICILE

Avez-vous des services du CLSC ou de la COOP de services à domicile? ☐ Non ☐ Oui Préciser_____

Au cours des dernières semaines, avez-vous fait une chute ? ☐ Non ☐ Oui Préciser _____

Au cours de la dernière semaine, vous est-t-il arrivé d'oublier vos médicaments ou de les prendre en double?

☐ Non ☐ Oui Préciser _____

Si suspicion de danger, référer au travailleur social en GMF et aviser le médecin.

AUTRES OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE

Problème de sommeil ☐ Non ☐ Oui Préciser _____

Déprimé / triste ☐ Non ☐ Oui Préciser _____Si oui, compléter l'Échelle de dépression QSP-9

Irritable / impatient ☐ Non ☐ Oui Préciser _____

Perte d'intérêt, manque d'initiative ☐ Non ☐ Oui Préciser _____

Anxiété ☐ Non ☐ Oui Préciser _____

} Si oui, compléter les questionnaires NPI-R et Description des comportements dérangeants

Commentaires :

_____

Signature : _____ **Date :** _____

Réévaluation (6 et/ou 12 mois) de l'infirmière clinicienne
Collecte de données auprès du proche aidant

IDENTIFICATION	
Nom du patient :	Nom du proche aidant :
Date de naissance : Âge :	Lien :
# Dossier :	Date de la visite :

SUIVI DE L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT

- **Votre proche a –t-il besoin d'aide ?**

Se préparer ou réchauffer un repas	☐ Non	☐ Oui	Préciser _____
Se laver	☐ Non	☐ Oui	Préciser _____
S'habiller	☐ Non	☐ Oui	Préciser _____
Entretenir sa personne (barbe, coiffure, etc.)	☐ Non	☐ Oui	Préciser _____
Utiliser les toilettes	☐ Non	☐ Oui	Préciser _____
Prendre ses médicaments	☐ Non	☐ Oui	Préciser _____
Se lever, s'asseoir, se coucher	☐ Non	☐ Oui	Préciser _____
Faire son épicerie	☐ Non	☐ Oui	Préciser _____

- **Sommeil**

Se lève la nuit (errance)	☐ Non	☐ Oui	Préciser _____

- **Comportement**

Signe de dépression	☐ Non	☐ Oui	Préciser _____
Apathie/ indifférence	☐ Non	☐ Oui	Préciser _____
Irritabilité/instabilité	☐ Non	☐ Oui	Préciser _____
Agitation /agressivité	☐ Non	☐ Oui	Préciser _____

Si oui, compléter les questionnaires NPI-R et Description des comportements dérangeants

SUIVI DE LA SITUATION DE L'AIDANT

Avez-vous des problèmes de santé physique présentement ? ……	☐ Non	☐ Oui
Sentez-vous que le temps consacré à votre proche ne vous en laisse pas assez pour vous ? ……..	☐ Non	☐ Oui
Vous sentez vous tendu en présence de votre proche ? ……..	☐ Non	☐ Oui
Sentez-vous que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre proche encore bien longtemps ? …	☐ Non	☐ Oui

*Référer au travailleur social GMF si suspicion d'un problème psycho-social

Signature : _____ **Date :** _____

Compléter le questionnaire AD8 au verso

QUESTIONNAIRE AD8

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Âge:** _____

Date : _____ **Évaluateur :** _____

Consignes d'administration pour le proche aidant (ou le patient) :
Veuillez indiquer les changements que vous constatez en encerclant la réponse appropriée.

Attention : Rappelez-vous que « Oui, un changement » indique qu'il y a eu, au cours des dernières années, un changement causé par des problèmes cognitifs, touchant la pensée ou la mémoire, et non causé par des problèmes physiques.

Avez-vous remarqué, au cours des dernières années, une des caractéristiques suivantes :	Oui, un changement	Non, aucun changement	Ne sais pas
1. Problèmes de jugement (p. ex. difficulté à prendre des décisions, mauvaises décisions financières, trouble de la pensée)	1	0	0
2. Moins d'intérêt pour ses loisirs	1	0	0
3. Se répète souvent (questions, histoires ou déclarations)	1	0	0
4. Difficulté à apprendre comment utiliser un nouvel appareil (p. ex. micro-ondes, ordinateur, magnétoscope)	1	0	0
5. Oubli du mois/année	1	0	0
6. Difficulté à gérer ses finances (p. ex. impôts, payer les comptes, vérifier les relevés de comptes bancaires)	1	0	0
7. Difficulté à se souvenir de ses rendez-vous	1	0	0
8. Problèmes quotidiens avec sa mémoire/raisonnement	1	0	0

Score total : somme des questions auxquelles il a été répondu « Oui, un changement » _____

Copyrights © 2005 Washington University, St. Louis, Missouri, tous droits réservés.
Ce test est libre d'utilisation pour un usage clinique. Cependant, l'auteur demande à être tenu informé par courriel lorsqu'une personne ou un établissement veut en faire usage : morrisj@abraxas.wustl.edu

Description des comportements dérangeants

IDENTIFICATION DU PATIENT	
Nom :	# Dossier :
Date de naissance :	Âge :

Description des comportements dérangeants/manifestations :

_____

_____

_____

Y-a-t'il un élément déclencheur ?

_____

_____

Fréquence du comportement :

_____

Moment où le comportement se présente :

_____

Lieu où le comportement se présente :

_____

Interventions déjà posées :

_____

_____

_____

Interventions proposées :

_____

_____

_____

Commentaires supplémentaires :

_____

_____

Signature : _____ **Date :** _____

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Âge:** _____

Date : _____ **Nom de l'évaluateur :** _____

Type de relation avec le patient

- ☐ très proche/prodigue des soins quotidiens
- ☐ proche/s'occupe souvent du patient
- ☐ pas très proche/donne seulement le traitement ou a peu d'interactions avec le patient

Consignes d'administration du NPI-R à l'intention du proche aidant

Présence
La présence de chaque trouble du comportement est évaluée par une question. Les questions se rapportent aux **changements** de comportement du patient qui sont apparus depuis le début de la maladie, depuis la dernière évaluation ou depuis le début ou l'ajustement d'un traitement.

- ▶ Si le sujet (votre épouse, votre mari ou la personne que vous aidez) ne présente pas ce trouble, entourez la réponse **NON** et passez à la question suivante.

Gravité
Si le sujet présente ce trouble, entourez la réponse **OUI** et évaluez la **gravité** du trouble du comportement avec l'échelle suivante (à quel point il est perturbant ou handicapant pour le patient) :

1. **Léger :** changement peu perturbant pour le patient
2. **Moyen :** changement plus perturbant pour le patient
3. **Important :** changement très perturbant pour le patient

Répercussion
Pour chaque trouble du comportement observé, il vous est aussi demandé d'évaluer la répercussion, c'est-à-dire à quel point ce comportement est éprouvant pour vous, selon l'échelle suivante (sur les plans émotionnel et psychologique) :

0. Pas du tout	**2. Légèrement**	**4. Sévèrement**
1. Minimum	**3. Modérément**	**5. Très sévèrement, extrêmement**

Veuillez encercler l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation et à celle du patient.

Domaines comportementaux	S.O.	Absent	Gravité	Répercussion
1. Idées délirantes	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
2. Hallucinations	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
3. Agitation/agressivité	x	0	1 2 3	1 2 3 4 5
4. Dépression/dysphorie	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
5. Anxiété	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
6. Exaltation de l'humeur	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
7. Apathie/indifférence	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
8. Désinhibition	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
9. Irritabilité/instabilité	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
10. Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
11. Troubles du sommeil	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
12. Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5

Score total : _____ /36 _____ /60

S.O. : question inadaptée (sans objet)

Copyrights © JL Cummings, 1994, tous droits réservés. Ce test est libre d'utilisation pour un usage clinique.

Description des différents domaines évalués par le NPI-R	
1. Idées délirantes Le patient croit-il des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies (par exemple, il insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le voler)? A-t-il dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Est-il vraiment convaincu de la réalité de ces choses?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
2. Hallucinations Le patient a-t-il des hallucinations? Par exemple, a-t-il des visions ou entend-il des voix? Semble-t-il voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
3. Agitation/agressivité Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
4. Dépression/dysphorie Le patient semble-t-il triste ou déprimé? Dit-il qu'il se sent triste ou déprimé?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
5. Anxiété Le patient est-il très nerveux, inquiet ou effrayé sans raison apparente? Semble-t-il très tendu ou a-t-il du mal à rester en place? A-t-il peur d'être séparé de vous?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
6. Exaltation de l'humeur Le patient semble-t-il trop joyeux ou heureux sans aucune raison? Il ne s'agit pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient présente une bonne humeur anormale et constante ou s'il trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres.	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
7. Apathie/indifférence Le patient semble-t-il montrer moins d'intérêt pour ses activités ou pour son entourage? N'a-t-il plus envie de faire des choses ou manque-t-il de motivation pour entreprendre de nouvelles activités?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
8. Désinhibition Le patient semble-t-il agir de manière impulsive, sans réfléchir? Dit-il ou fait-il des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet

Description des différents domaines évalués par le NPI-R (suite)	
9. Irritabilité/instabilité Le patient est-il irritable? Faut-il peu de choses pour le perturber? Est-il d'humeur très changeante? Se montre-t-il anormalement impatient?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
10. Comportement moteur aberrant Le patient fait-il les cent pas, refait-il sans cesse les mêmes choses, par exemple ouvrir les placards et les tiroirs ou manipuler sans arrêt des objets?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
11. Troubles du sommeil Est-ce que le patient a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)? Est-il debout la nuit ? Est-ce qu'il erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet
12. Troubles de l'appétit Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (coter S.O. si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir)? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il préfère?	**NON** (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et la répercussion **S.O.** = question sans objet

LA MALADIE D'ALZHEIMER (MA) ET LES AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC)

SUIVI

Cet outil d'aide à la décision est présenté à titre indicatif, ne remplace pas le jugement du professionnel et peut être adapté selon les particularités du milieu. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique soutenues par la littérature scientifique, ainsi que le savoir et l'expérience de cliniciens et experts québécois. Pour plus de détails consultez le site inesss.qc.ca

Éléments à considérer lors du suivi

Diagnostic initial de TNC établi à l'hôpital dans le cas d'un état médical aigu décompensé

Le médecin, en collaboration avec l'équipe traitante, devra **refaire une appréciation** de l'état cognitif et fonctionnel du patient lorsque son **état médical** sera **stabilisé** afin de **confirmer** le diagnostic.

FICHE 3 DE 6

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

Les patients qui présentent des TNC devraient faire l'objet d'un suivi :

- **régulier** (téléphonique ou sur rendez-vous) à l'intérieur d'une période de **6 à 12 mois suivant le diagnostic** ou plus tôt s'il y a un besoin particulier;
- **annuel** (sur rendez-vous) avec le patient et son proche aidant. Il peut être utile de refaire une appréciation des fonctions cognitives, de l'autonomie fonctionnelle et des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) afin d'objectiver l'évolution et la progression de la maladie et d'ajuster les interventions et le niveau d'encadrement nécessaires selon les besoins du patient;
- **plus rapproché** (téléphonique ou sur rendez-vous) avec le patient et le proche aidant selon la sévérité de la maladie ou après avoir amorcé un traitement pharmacologique afin d'évaluer la tolérance, l'adhésion au traitement et l'atteinte des objectifs de soins GUO Tx MA.

Le patient et le proche aidant doivent pouvoir, s'ils le souhaitent, être revus rapidement afin d'évaluer les conséquences psychologiques négatives que l'annonce de la maladie a pu engendrer.

Éléments à vérifier	Actions à entreprendre
Examen clinique	▶ Refaire une appréciation objective : • des fonctions cognitives; • de l'autonomie fonctionnelle; • des SCPD. FICHE 3 DE 6
État nutritionnel	▶ Porter une attention particulière à : • la malnutrition; • la perte pondérale; • vérifier avec le proche aidant si le patient est en mesure de s'alimenter correctement. Au besoin et selon les ressources disponibles dans le milieu, il est conseillé d'orienter le patient et son proche aidant vers un nutritionniste
Médication	▶ Vérifier la médication et l'adhésion aux traitements avec le patient ou le proche aidant : • tout changement ou ajout de médicaments; • les interactions médicamenteuses; • les effets indésirables; • les cascades médicamenteuses. Il est conseillé de consulter le guide d'usage optimal de l'INESSS sur le traitement pharmacologique de la MA et de la démence mixte et en cas de doute, discuter avec un pharmacien qui est plus habilité à évaluer les conséquences de tout changement dans le profil pharmacologique du patient GUO Tx MA.
Autonomie, aptitude, besoin de protection et documents légaux	▶ Revoir et vérifier au besoin : • la capacité du patient à consentir aux soins; • le maintien de l'autonomie et la sécurité à domicile; • l'aptitude du patient à administrer ses biens et à s'occuper de lui-même; • la capacité du patient à conduire un véhicule routier; • le niveau de soins; • les signes d'abus ou de négligence; • le réseau de soutien disponible et les besoins de protection.

Orientation du patient et du proche aidant

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

- **Diriger** les patients présentant une des caractéristiques suivantes vers les services spécialisés :
  - présence de toute manifestation neuropsychiatrique complexe ou si le patient est réfractaire aux interventions de première ligne, ce qui nuit significativement à son fonctionnement ou à ses relations avec ses proches;
  - **détérioration rapide de l'état physique et cognitif** du patient malgré un traitement pharmacologique spécialement prescrit pour traiter la MA;
  - évolution atypique selon le diagnostic retenu.
- **Rester** à l'affût des **signes d'épuisement et de détérioration physique et cognitive chez le proche aidant.** Au besoin :
  - le diriger vers son médecin de famille ou des services d'aide appropriés et locaux offrant un soutien ou du répit à ce type de clientèle, par exemple Société Alzheimer, l'Appui, Baluchon Alzheimer, services d'aide à domicile, centre de jour, Carpe Diem, aidants.ca.;
  - lui remettre de la documentation d'accompagnement;
  - apprécier, à l'aide d'outil tel que l'échelle de Zarit*, le fardeau représenté par la prise en charge d'un patient ayant un TNC diagnostiqué et vivant à domicile.

*L'échelle de Zarit est proposée à titre d'exemple uniquement car l'Institut n'a pas effectué d'analyse approfondie sur cet outil dans le cadre du présent projet.

- **Diriger** tous les patients atteints de la MA ou d'un autre TNC qui y consentent et leur proche aidant **vers des services d'aide** relatifs à ces maladies qui offrent de l'information, du soutien et de la formation :
  - Société Alzheimer;
  - programmes communautaires sur la démence;
  - carrefour de soutien aux proches aidants.

Progression de la MA

L'échelle de détérioration globale de Reisberg (GDS)* est utilisée afin de surveiller la progression de la MA. Son emploi permet également de mieux organiser la prise en charge des patients, de faciliter la communication et l'éducation sur la maladie et de mieux planifier l'organisation des services.

*L'échelle proposée est présentée à titre indicatif uniquement; d'autres échelles de stadification peuvent également être utilisées.

Échelle de détérioration globale de Reisberg et ses collaborateurs, 1982[1]

Stade 1	Pas de déclin cognitif (fonctionnement normal) : • n'éprouve aucune difficulté dans la vie quotidienne.
Stade 2	Déclin cognitif très léger (il peut s'agir de changements normaux associés à l'âge ou de signes précoces de la MA) : • oublie les noms et l'emplacement des objets; • peut avoir de la difficulté à trouver ses mots.
Stade 3	Déclin cognitif léger (présent, dans certains cas, dans la phase initiale de la MA) : • a de la difficulté à s'orienter dans un endroit inconnu; • a de la difficulté à fonctionner au travail.
Stade 4	Déclin cognitif modéré (stade léger de la MA) : • a de la difficulté à accomplir des tâches complexes (finances, magasinage, planification d'un repas avec des invités).
Stade 5	Déclin cognitif relativement grave (stade modéré de la MA) : • a besoin d'aide pour choisir ses vêtements; • a besoin qu'on lui rappelle que c'est l'heure de la douche ou du bain.
Stade 6	Déclin cognitif grave (stade modéré à sévère de la MA) : • perd la notion des expériences et événements récents de sa vie; • a besoin d'aide pour prendre son bain ou a peur de prendre son bain; • a de plus en plus besoin d'aide pour aller aux toilettes ou est incontinent.
Stade 7	Déclin cognitif très grave (stade sévère de la MA) : • utilise un vocabulaire très restreint qui se réduira bientôt à quelques mots seulement; • perd la capacité de marcher et de s'asseoir; • a besoin d'aide pour manger.

1. Reisberg B. et al. Am J Psychiatry 1982; 139: 1136-39

LA MALADIE D'ALZHEIMER (MA) ET LES AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC)

ACTIONS À ACCOMPLIR SUIVANT LE DIAGNOSTIC ET LORS DU SUIVI

Cet outil d'aide à la décision est présenté à titre indicatif, ne remplace pas le jugement du professionnel et peut être adapté selon les particularités du milieu. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique soutenues par la littérature scientifique, ainsi que le savoir et l'expérience de cliniciens et experts québécois. Pour plus de détails consultez le site inesss.qc.ca

Signes d'abus et de négligence

Être vigilant et demeurer à l'affût des signes d'abus ou de négligence à l'égard des patients chez qui un TNC a été diagnostiqué.

En cas de doute

- Encourager le patient à prévenir un professionnel des services sociaux, un ami, un membre de la famille ou la police.
- Communiquer avec les ressources appropriées qui peuvent fournir de l'information, du soutien psychologique et accompagner le patient dans des démarches médicales ou légales (ligne Aide Abus Aînés, Tel-Ainés, etc.).

Formes d'abus

L'abus à l'égard des patients ayant un TNC diagnostiqué peut prendre la forme :

- d'abus physique ou agression sexuelle;
- d'abus psychologique ou émotif;
- d'abus financier (détournement d'argent ou mauvais usage de ses biens);
- de négligence relativement à ses besoins essentiels (nourriture, habillement, hébergement).

Documents légaux et niveaux de soins

Le médecin devrait avoir une discussion éclairée avec le patient **au stade précoce** de son déclin cognitif.

À discuter avec le patient

- Encourager le patient à **rédiger ou à mettre à jour les différents documents légaux** dans le but d'exprimer et de faire respecter ses volontés en matière de soins et de traitements médicaux dans l'éventualité où il deviendrait inapte à consentir (directives médicales anticipées [DMA], testament et mandat en prévision de l'inaptitude).
- Le médecin devrait amorcer ou poursuivre la discussion avec le patient (et le proche aidant, si souhaité par le patient) dans le but **de déterminer ou de réviser le niveau de soins** NIM-1 et aide-mémoire.

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

- Seul un **médecin** peut déterminer le niveau de soins en fonction de l'état de santé du patient et des objectifs de soins préalablement discutés avec celui-ci.
- Les autres professionnels de la santé et des services sociaux peuvent participer à la discussion lorsque pertinent et si le patient le souhaite.

Lorsque le patient devient inapte

Le processus (détermination et révision des niveaux de soins) est fait en sa présence, dans la mesure du possible, avec le représentant légalement mandaté ou avec le curateur public sur recommandation du médecin traitant.

Conduite automobile

Amorcer rapidement une discussion avec le patient à propos de sa capacité à conduire et l'aviser qu'un suivi plus étroit et des évaluations périodiques seront nécessaires :

- aux 6 à 12 mois ou plus tôt si un changement important est noté dans son état de santé et relativement à son autonomie fonctionnelle;
- si un événement se produit (p. ex : un accident de voiture).

Sécurité du public

Si le patient présente un risque pour la sécurité du public en conduisant son véhicule :

- informer le patient de la possibilité d'utiliser d'autres moyens de transport avec son réseau (proches ou organismes communautaires);
- envisager avec lui des stratégies de retrait de ses clés et éventuellement de son véhicule dans la mesure où il consent à l'interdiction de conduire;
- l'aviser que son entourage pourrait être mis au courant de la situation;
- l'informer qu'un signalement à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) pourrait être fait s'il ne respecte pas l'interdiction de conduire;
- l'aviser que le tout sera documenté et consigné à son dossier médical.

Attention : Les outils de repérage peuvent aider à déterminer des facteurs de risque relatifs à la conduite automobile, mais ils ne permettent pas de déterminer l'inaptitude du patient à conduire un véhicule routier.

Signalement à la SAAQ

S'il y a un risque pour la sécurité du public ou en cas de doute, toute personne, y compris le patient, peut le signaler à la SAAQ.

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

- Seuls les médecins, les infirmières, les ergothérapeutes, les psychologues ou les optométristes ont l'autorisation légale de procéder au signalement à la SAAQ d'un patient qu'ils jugent inapte à conduire un véhicule :
  - le Code de la sécurité routière permet uniquement à ces professionnels d'abroger le lien de confidentialité qui les relie aux patients et précise qu'aucun recours en dommages ne peut être intenté contre eux.
- Tous les autres professionnels qui ne bénéficient pas d'une protection légale devraient faire part de leur doute sur l'aptitude du patient à conduire un véhicule routier aux autres membres de l'équipe traitante désignés dans le Code de la sécurité routière afin d'arriver à une décision collective quant au signalement à la SAAQ. En cas de désaccord, il revient à chaque membre de l'équipe d'appliquer son jugement professionnel à la situation.

Remarque : Le signalement à la SAAQ est fortement recommandé lorsqu'un professionnel conseille au patient de ne pas conduire pour des raisons de santé qui appartiennent à son champ d'expertise et si le patient ne semble pas vouloir respecter l'interdiction de conduire.

- Un ergothérapeute peut procéder à une évaluation sur la route, s'il y a notamment :
  - des doutes sur l'aptitude à conduire du patient;
  - une possibilité d'adaptation ou de modifications des habitudes de conduite ou une possibilité de réadaptation pour le patient.

Pour informer les professionnels de la santé et des services sociaux

AMC : Association médicale canadienne. Évaluation médicale de l'aptitude à conduire - Guide du médecin, 8e éd., 2012 **(9e édition disponible prochainement).**	www.cma.ca **Remarque :** Accessible uniquement pour les médecins membres de l'AMC.
CMQ : Collège des médecins du Québec. Société de l'assurance automobile du Québec : L'évaluation médicale de l'aptitude à conduire un véhicule – Guide d'exercice, 2007.	http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2007-03-01-fr-evaluation-medicale-aptitude-conduire.pdf
OEQ : Ordre des ergothérapeutes du Québec. *Interventions relatives à l'utilisation d'un véhicule routier: guide de l'ergothérapeute,* 2008.	http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/Guide_Auto.pdf
SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec : Guide à l'évaluation de l'aptitude à conduire, 2015 **(disponible à l'automne 2015).**	• Déclaration d'inaptitude à conduire un véhicule routier • Rapport d'examen médical par un médecin omnipraticien • Rapport d'examen visuel par un ophtalmologiste ou un optométriste • Rapport d'évaluation fonctionnelle sur l'aptitude physique et mentale à conduire un véhicule routier **Remarque :** Le guide et les formulaires de la SAAQ sont disponibles sur l'extranet santé de la SAAQ. Pour plus de renseignements, consultez votre ordre professionnel.

Pour informer le patient ou le proche aidant

SAAQ : Au volant de ma santé.	http://www.saaq.gouv.qc.ca/documents/documents_pdf/prevention/html/volant_sante.html
SAAQ. Pourquoi une évaluation médicale ?	http://www.saaq.gouv.qc.ca/publications/permis/evaluation_medicale.pdf

Maintien de l'autonomie et sécurité à domicile

- **Maintenir et favoriser** l'autonomie du patient le plus longtemps possible tout en respectant sa capacité décisionnelle et sa sécurité.
- **Vérifier** si l'état de santé physique et psychologique du patient menace **sa sécurité à domicile.**

En cas de doute

- Orienter le patient et son proche aidant vers les services à domicile.
- S'il y a **danger immédiat** pour lui-même ou pour autrui, l'orientation vers les services d'urgence est conseillée.

Patient socialement isolé et vivant à domicile

Mettre en place une équipe qui assurera le suivi sur les plans médical, psychologique et social dans les délais appropriés.

Remarque : L'avis d'une équipe surspécialisée en symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et celui des autres services de deuxième ligne peuvent être requis.

Inaptitude

- Le diagnostic de la MA ou d'un autre TNC ne suffit pas à lui seul à déclarer l'inaptitude. La déclaration de **l'inaptitude repose sur** :
  - l'évaluation médicale et psychosociale, en tenant compte du fonctionnement antérieur du patient;
  - l'appréciation d'une atteinte fonctionnelle;
  - son milieu de vie, sa culture et ses croyances, ses valeurs;
  - la présence de facteurs aggravants.

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

- Selon l'ensemble et le degré de risque pour le patient ou pour son entourage ainsi que la gravité des conséquences, un patient peut être reconnu inapte partiellement ou totalement à administrer ses biens et/ou à prendre soin de sa personne.
- L'inaptitude est temporaire ou permanente selon la nature de la condition médicale.
- Lorsque le patient jugé inapte est bien entouré, il faut privilégier les solutions moins contraignantes (mesures non juridiques) pour les activités de la vie quotidienne.
- Le médecin traitant et son équipe doivent discuter des mesures de protection non juridiques avec le proche aidant.

Mesures de protection non juridiques pour les patients jugés inaptes

- Mobiliser les proches pour accompagnement plus fréquent :
  - accompagner le patient régulièrement pour les repas;
  - augmenter la fréquence des visites et des contacts téléphoniques.
- L'accompagner dans ses transactions financières :
  - limiter son argent de poche;
  - réduire ou annuler les fonctions de ses cartes de crédit et de débit ou les lui retirer et lui enlever ses chèques;
  - mettre en place des paiements préautorisés;
  - surveiller par Internet ses transactions bancaires, avec son autorisation.
- Instaurer des services à domicile (popote roulante, télésurveillance, aide à l'hygiène, transport bénévole).
- L'aider à choisir un milieu de vie approprié à ses besoins.
- Superviser et simplifier la prise de la médication et vérifier son adhésion aux traitements pharmacologiques.

Cette liste est non-exhaustive et est présentée à titre d'exemple uniquement.

Aptitude vs inaptitude

- L'aptitude du patient est présumée par la loi.
- L'inaptitude doit être évaluée et prouvée, le cas échéant.

Aptitude à administrer ses biens

Vérifier si l'état de santé physique et psychologique du patient menace sa capacité à administrer ses biens.

En cas de doute

- Évaluer la gestion **financière quotidienne** (manipuler l'argent comptant, comprendre les relevés de compte, faire un chèque, se souvenir d'achats ou de transactions bancaires, etc.).
- Évaluer la connaissance de sa situation financière (connaissance de son patrimoine, ses avoirs, ses dettes, ses revenus et ses dépenses mensuels).
- Évaluer sa perception de son inaptitude et de son **besoin d'assistance** (reconnaît ses incapacités, recourt à des moyens compensatoires et passe à l'action).

Capacité remise en question

La capacité d'un patient atteint d'un TNC à administrer ses biens est souvent remise en question lorsqu'il :

- semble à risque d'abus ou vulnérable aux influences et aux pressions;
- est victime de pressions ou d'influence indue;
- est isolé socialement;
- prend des décisions ou fait des actions inappropriées et inhabituelles aux yeux de son entourage.

Remarque : La trousse Échelle de Montréal pour l'évaluation des activités financières (EMAF) peut être utilisée afin de mesurer la capacité fonctionnelle d'une personne à administrer ses biens lorsque sa capacité est remise en question.

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

L'expertise d'un **travailleur social,** d'un **ergothérapeute,** d'un **neuropsychologue** ou d'une **équipe spécialisée** pourrait être nécessaire afin de mieux déterminer la contribution des TNC et de l'atteinte fonctionnelle à l'inaptitude à administrer ses biens.

Remarque : Certaines des évaluations précitées sont des activités réservées en vertu du projet de loi 21.

Aptitude à prendre soin de soi-même

Vérifier si l'état de santé physique et psychologique du patient menace sa capacité à prendre soin de sa personne de façon autonome.

En cas de doute

Les éléments suivants devraient être pris en considération :

- son autonomie dans ses activités de la vie quotidienne (AVQ)/ activités de la vie domestique (AVD) (fonctions vésicales, entretenir son milieu de vie, faire ses courses, s'occuper de ses traitements médicaux et pharmacologiques, etc.)*;
- la connaissance de son état de santé (reconnaît ses problèmes de santé, évalue les risques et conséquences des traitements);
- ses capacités d'autoprotection (se protège et réagit à des situations d'urgence, possède des plans d'action).

* La situation peut nécessiter l'évaluation par un ergothérapeute.

Capacité remise en question

Lorsque des événements récents laissent croire que le patient n'a plus la capacité de veiller à son bien-être ou de prendre soin de sa santé, surtout s'il demeure seul.

Éléments à prendre en considération pour vérifier si l'état de santé physique et psychologique du patient menace sa capacité à prendre soin de sa personne de façon autonome

L'ensemble des risques**	• gestion inadéquate des médicaments; • alimentation déficiente en quantité ou en qualité); • état du logement (salubrité, indices d'incendie); • incapacité à obtenir l'aide appropriée en situation urgente (feu, maladie, chute); • état des affaires; • patrimoine.
La fréquence ou la probabilité de survenue des risques	• possible; • probable; • imminente; • incertaine.
L'ampleur des conséquences	• sévérité (légère, modérée, sévère); • durée (temporaire ou permanente); • nature.
La présence de facteurs aggravants**	• exigences environnementales humaines (p. ex. : personnes à charge); • exigences environnementales physiques (p. ex. : maison ou autres biens à entretenir, résidence dans un lieu isolé ou difficile d'accès...); • situation d'abus rapportée ou suspectée; • isolement.
La présence de facteurs atténuants**	• soutien familial adéquat et réseau social fiable; • comportement responsable et sécuritaire; • capacité d'autocritique face à sa situation.

** Listes non exhaustives et présentées à titre d'exemple uniquement.

Besoin de protection

Un besoin de protection est suspecté lorsqu'un patient inapte doit être assisté ou représenté dans l'exercice de ses droits civils. **Peut être causé par** l'isolement, la durée de l'inaptitude, la nature ou l'état des affaires de la personne.

S'il y a un doute relativement au besoin de protection

- Orienter le patient avec son proche aidant vers un travailleur social qui procédera **à une évaluation psychosociale de la situation** et pourra recommander l'ouverture d'un régime de protection (p. ex. : tutelle ou curatelle) pouvant répondre aux besoins du patient.
- Vérifier l'existence ou non d'un **mandat en cas d'inaptitude :**
  - si oui : demander l'homologation du mandat en cas d'inaptitude;
  - si non : demander au tribunal l'ouverture d'un régime de protection selon le degré d'inaptitude établi.

Protection juridique

L'inaptitude d'un patient ne nécessite pas toujours l'ouverture d'un régime de protection juridique, notamment si ses besoins sont satisfaits et si le réseau de soutien est adéquat.

Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

- Évaluations **requises** pour une demande d'ouverture d'un régime de protection ou l'homologation d'un mandat en prévision de l'inaptitude :
  - **le médecin :** évaluation médicale (déterminer le degré d'inaptitude du patient);
  - **le travailleur social :** évaluation psychosociale (déterminer son réseau de soutien et son besoin de protection).
- Évaluations **utiles** pour établir un portrait complet, au besoin :
  - **l'ergothérapeute :** évaluation des habiletés fonctionnelles et du niveau d'autonomie;
  - **le neuropsychologue :** évaluation des fonctions cognitives ou des fonctions mentales supérieures;
  - **l'infirmière :** évaluation de la condition physique et mentale.

Remarque : Certaines des évaluations précitées sont des activités réservées en vertu du projet de loi 21.

Le majeur inapte et le refus de soins de santé

En **cas de refus** catégorique d'un majeur inapte relativement à des soins qui sont jugés nécessaires, une **demande en vue d'obtenir une ordonnance** de traitement ou d'hébergement doit être présentée à la cour.

Ordonnance de traitement et d'hébergement

Le médecin doit :

- établir si l'état de santé du patient nuit à sa capacité de consentir;
- documenter les difficultés du patient à comprendre, manipuler et raisonner l'information suivante :
  - la nature de la maladie dont il est atteint;
  - la nature et le but des soins;
  - les risques associés aux soins;
  - les risques encourus si les soins ne lui sont pas prodigués.

Attention : Il est nécessaire d'obtenir une ordonnance « en vue de traitement ou hébergement contre le gré » pour traiter ou héberger un patient sans son consentement.

Aptitude à consentir aux soins

Un majeur protégé par un régime de protection comme une tutelle ou sous mandat homologué :

- pourrait être reconnu apte à consentir ou à refuser des soins;
- inversement, un patient apte pourrait être occasionnellement ou temporairement inapte à consentir aux soins.

Étape 9 – Visite de réévaluation médicale

Liste de vérification du médecin

Traitement pharmacologique, INESSS

Références 1re ligne

Références 2e ligne

Rencontre avec le médecin pour réévaluation médicale
Liste de vérification

IDENTIFICATION DU PATIENT	
Nom :	# Dossier :
Date de naissance : Âge :	Pharmacie :

Interventions	✓
Mettre à jour les interventions posées par les professionnels du GMF	
Réviser la médication (Polymédication, effets secondaires)	
Procéder à l'examen physique complet (TA, FC, auscultation, poids, neurologique et psychologique)	
Référer aux professionnels GMF	
Référer aux services spécialisés (Clinique de mémoire, Médecine spécialisée, Équipe ambulatoire des gestions SCPD, Hôpital de jour, etc.) au besoin	

Signature : _____ **Date :** _____

Section 4

Évaluation et suivi psychosocial

Outils du travailleur social

Liste de vérification des interventions et suivis

Évaluation du fonctionnement social

Rapport d'évaluation du fonctionnement social

Histoire de vie

Inventaire du Fardeau de Zarit

Reconnaître les signes de fatigue

Accompagnement au proche aidant
Liste de vérification des interventions et suivis

IDENTIFICATION DU PATIENT	
Nom :	# Dossier :
Date de naissance : Âge :	Proche aidant :

Interventions de suivi	✓	Date
Établir un premier contact avec le patient et le proche aidant		
Proposer, si possible, une rencontre individuelle au proche aidant		
Identifier les besoins du proche aidant		
Utiliser, au besoin, la grille d'épuisement des aidants (Zarit) et la grille des signes de fatigue		
Réaliser, selon le contexte, une rencontre avec la personne, son proche et les autres membres de sa famille s'il y a lieu		
S'assurer de laisser nos coordonnées à la personne et au proche aidant afin de favoriser le contact avec une personne de référence		
Informer la personne et son proche aidant sur les ressources disponibles		
Remettre de la documentation sur les services		
Accompagner la personne et son proche dans les démarches vers les ressources		
Référer aux partenaires ciblés		
Introduire et donner de l'information au sujet des documents légaux (mandat d'inaptitude, procuration)		
Effectuer un suivi psychosocial à court terme avec le patient et le proche aidant		
Effectuer une relance téléphonique au proche aidant dans les situations identifiées		

Signature : _____ **Date :** _____

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches
Québec

ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL

IDENTIFICATION	
Nom :	**Âge :**
Date de naissance :	**Référant :**
Adresse :	**Date de la demande :**
Téléphone :	**# Dossier :**
Médecin de famille :	**Intervenant social au dossier :**
Statut : ☐Marié ☐Conjoint de fait ☐Célibataire ☐Veuf	
Milieu de vie : ☐Maison ☐Appartement ☐RPA ☐Résidence publique Milieu : ☐Seul ☐Avec conjoint ☐ Avec enfants ☐Autre : _____	
HISTOIRE SOCIALE ET ENVIRONNEMENT	
Contexte de la demande : **Définition de la situation problématique :** **Sources d'information :**	
Histoire sociale :	
Caractéristiques de la personne :	
Habitudes de vie :	
Situation familiale et sociale/implication du réseau :	
Ressources et services :	
DESCRIPTION DE L'AUTONOMIE	
Fonctions mentales :	
Santé physique/ diagnostics	
Mobilité :	

AVD-:
AVQ- :
Gestion de la médication :
Conduite automobile : ☐Oui ☐Non
Mandat d'inaptitude/procuration/situation financière :
ANALYSE DE LA SITUATION
Opinion professionnelle :
Recommandations :

**Référence au besoin à l'évaluation initiale de l'infirmière clinicienne*

Signature : _____

Date : _____

No de permis :_____

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches
Québec

Programme de repérage et de suivi des personnes présentant des troubles neurocognitifs

NOM :
DATE DE NAISSANCE :
NO. DOSSIER :
ADRESSE :
TÉLÉPHONE :

RAPPORT D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL

DEMANDE ET CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

La demande de services : XXXX est référé à la travailleuse sociale par son médecin de famille, XXXXX, pour XXXXX

Sa situation nous est présentée par XXX, infirmière-clinicienne de l'équipe qui a réalisé l'évaluation initiale auprès de XXXX

Les informations contenues à la présente évaluation nous proviennent du dossier médical, de l'évaluation infirmière, et d'une rencontre XXXXX

Identification du patient : (âge, statut, lieu de résidence, occupation, scolarité)

Situation actuelle et besoins identifiés :

CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES

Histoire sociale : (histoire de vie et histoire de santé)

Caractéristiques personnelles, familiales et sociales : (traits de caractère, état affectif, rôles sociaux, valeurs,)

Mobilité : (plaintes a/n mobilité, histoire de chute, utilisation d'un accessoire de marche)

Habitudes de vie : (sommeil, exercice, alimentation, tabac, alcool, stimulants, loisirs, etc.)

Fonctions mentales : (oublis, discours répétitif, discours tangentiel, oublis des mots, perte d'objets, difficultés d'attention, changements de comportement, hallucinations, agitation, agressivité, irritabilité, anxiété, etc.)

AVQ : (entretien de sa personne, hygiène, continence/incontinence, habillage)

AVD : (entretien int./ext., préparation de repas, courses, gestion financière, gestion de la médication, utilisation du téléphone)

CARACTÉRISTIQUE DE L'ENVIRONNEMENT

Réseau : (familial et social, dynamique des relations)

Ressources et services:

Environnement physique : (propreté, accessibilité, autres paramètres des lieux)

Situation financière : (revenus, dépenses, procuration, mandat d'inaptitude, autres particularités le cas échéant)

ANALYSE ET SYNTHÈSE

INTERVENTIONS RÉALISÉES

OPINION PROFESSIONNELLE ET RECOMMANDATIONS

_____ Date : _____

XXXXXXXX, travailleuse sociale
No de permis : XXXX1111111

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches
Québec

Prise en charge de la personne atteinte de troubles cognitifs et de l'aidant

NOM :
DATE DE NAISSANCE :
NO. DOSSIER :
ADRESSE :
TÉLÉPHONE :
MD :

HISTOIRE DE VIE DE LA PERSONNE

Catégories	Questions types	Informations recueillies
Famille	- Avez-vous des enfants ? Leurs noms? - Des petits-enfants ? Combien? - Des frères ou des sœurs ? - Le type de relation avec les membres de votre famille? - Y a-t-il des conflits dans la famille ? - Les personnes significatives autres que les membres de la famille (amis, voisins)? - Est-ce que vous recevez de la visite de vos proches ? Qui vous visite le plus souvent ? La fréquence et la durée des visites?	

Provenance	- Dans quelle ville êtes-vous né ? - Dans quelle ville avez-vous habité la majeure partie de votre vie ? - Quelle était votre type de résidence (maison, logement)?	
Travail	- Quelle était votre métier? - Votre niveau de scolarité? - Implication particulière dans la communauté ? - Expérience de bénévolat ?	
Passions	- Avez-vous des passions ? - Activités personnelles qui vous stimulent? - Les activités personnelles pour lesquelles vous investissiez beaucoup de temps par le passé? - Divertissements et occupations : Avant la retraite ? À la retraite ? - Croyances ? - Animaux préférés ? - Une attention qui vous fait très plaisir?	

Réalisations	- Ce dont vous êtes le plus fier? - Vos plus grandes réalisations personnelles ? - Vos plus grandes réalisations professionnelles ?	
Habitudes de vie et routines	- Quelles sont vos habitudes alimentaires? (heure de repas, aliments consommés, collation) - Mets préférés - Mets non appréciés - Vos préférences concernant l'hygiène? (bain, douche, moment de la journée) - Vos habitudes de sommeil? (heure du lever et du coucher, sieste, routine avant la nuit) - Êtes-vous sportif ? - Aimez-vous les activités extérieures? - Les activités de groupe ou les activités individuelles?	
Évènements marquants	- Les événements qui ont été marquants pour vous? (mariage, famille, retraite, décès) - Les événements heureux de votre vie? - Les événements les plus tristes? - Les épreuves les plus difficiles?	

Personnalité/ Qualités	- Le genre de personne que vous êtes ? (sociable, solitaire, fonceuse, douce, ricaneuse, sérieuse). - Votre façon de réagir dans les moments difficiles? - Ce que vous aimez et détestez chez les autres ? - Vos qualités ? - Vos défauts ?	
Informations supplémentaires	- Autre information pertinente? - -	

Signature : _____ **Date :** _____

Source utilisée : Histoire de vie du CEVQ- Philippe Voyer

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches
Québec

Nom :
Proche aidant :
Numéro de dossier :

INVENTAIRE DU FARDEAU DE ZARIT

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquez À QUELLE FRÉQUENCE il vous arrive de vous sentir ainsi : **JAMAIS, RAREMENT, QUELQUEFOIS, ASSEZ SOUVENT ou PRESQUE TOUJOURS.** Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse.
En lien avec l'aide apportée à votre proche, à quelle fréquence vous arrive-t-il de…

		Jamais	Rarement	Quelquefois	Assez souvent	Presque toujours
1-	Sentir que votre proche demande plus d'aide qu'il n'en a besoin?	0	1	2	3	4
2-	Sentir que vous n'avez plus assez de temps pour vous?	0	1	2	3	4
3-	Vous sentir tiraillé entre les soins prodigués à votre proche et les autres responsabilités familiales ou de travail?	0	1	2	3	4
4-	Vous sentir embarrassé par le comportement de votre proche?	0	1	2	3	4
5-	Vous sentir en colère lorsque vous êtes en présence de votre proche?	0	1	2	3	4
6-	Sentir que votre rôle d'aidant nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille/amis?	0	1	2	3	4
7-	Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre proche?	0	1	2	3	4
8-	Sentir que votre proche est dépendant de vous?	0	1	2	3	4
9-	Vous sentir tendu(e) quand vous êtes avec votre proche?	0	1	2	3	4
10-	Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre proche?	0	1	2	3	4
11-	Sentir que vous plus autant de moment d'intimité qu'auparavant ?	0	1	2	3	4
12-	Sentir que votre vie sociale s'est détériorée?	0	1	2	3	4
13-	Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis en présence de votre proche?	0	1	2	3	4
14-	Sentir que votre proche semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il peut compter?	0	1	2	3	4
15-	Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre proche compte tenu de vos autres dépenses?	0	1	2	3	4
16-	Sentir que vous ne serez plus en mesure de prendre soin de votre proche encore bien longtemps?	0	1	2	3	4
17-	Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis le début de la maladie de votre proche?	0	1	2	3	4
18-	Souhaiter avoir la possibilité de laisser le soin de votre proche à quelqu'un d'autre durant une période déterminée?	0	1	2	3	4
19-	Sentir que vous ne savez plus trop quoi faire pour votre proche?	0	1	2	3	4
20-	Sentir que vous devriez en faire plus pour votre proche?	0	1	2	3	4
21-	Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent?	0	1	2	3	4
22-	Finalement, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins de votre proche sont un fardeau, une charge?	0	1	2	3	4
	Total					

Signature : _____ **Date :** _____

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches
Québec

RECONNAÎTRE LES SIGNES DE FATIGUE

Toute personne aidante est susceptible de connaître des périodes d'épuisement qui la rendent elle-même **fragile et vulnérable**. L'exercice qui suit peut vous aider à identifier vos signaux d'alarme personnels. Apprenez à les reconnaître. Ce questionnaire n'est pas scientifique et a été conçu à titre indicatif seulement et ne doit pas être pris comme le seul indicateur de votre état. Il sera remis au **travailleur social** du programme de repérage et de suivi des personnes présentant des troubles cognitifs.

Votre nom : _____ **Âge** : _____

Lien avec la personne : ☐Conjoint(e) ☐Parent ☐Ami(e) ☐Autre : _____

SIGNES DE LA FATIGUE	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	La plupart du temps
J'ai de la difficulté à m'endormir ou je me réveille souvent la nuit	0	1	2	3	4
Je me lève fatigué(e) le matin, je manque d'énergie pour faire mes journées	0	1	2	3	4
J'ai perdu l'appétit ou je mange trop	0	1	2	3	4
Je suis indisposé(e) ou malade plus souvent qu'avant (grippe, rhume, mal de tête)	0	1	2	3	4
Je consomme de plus en plus de médicaments	0	1	2	3	4
J'ai développé des problèmes de santé chronique (hypertension, mal de dos, etc.)	0	1	2	3	4
Je me sens irritable et impatient(e)	0	1	2	3	4
J'en fais beaucoup et, pourtant, je me sens coupable de ne pas en faire plus	0	1	2	3	4
J'ai du mal à me concentrer (régler des factures, lire, etc.)	0	1	2	3	4
J'ai tendance à oublier des choses simples et connues (rendez-vous, clés, etc.)	0	1	2	3	4
J'ai abandonné les activités que j'aime	0	1	2	3	4
Je n'ai plus beaucoup de contact avec d'autres gens	0	1	2	3	4
J'ai l'impression de pleurer pour des riens	0	1	2	3	4
Je me sens triste et découragé(e)	0	1	2	3	4
Je suis anxieux (se) face à l'état de mon proche et face à l'avenir	0	1	2	3	4
J'ai envie de tout abandonner	0	1	2	3	4

*Tableau tiré du guide d'accompagnement à l'intention du proche aidant, 2011

Section 5

Partenariat/Arrimage

1re ligne Programme services SAPA

2e ligne Clinique mémoire

2e ligne Équipe ambulatoire des gestions SCPD

Section 6

Plan de formation

Section 7

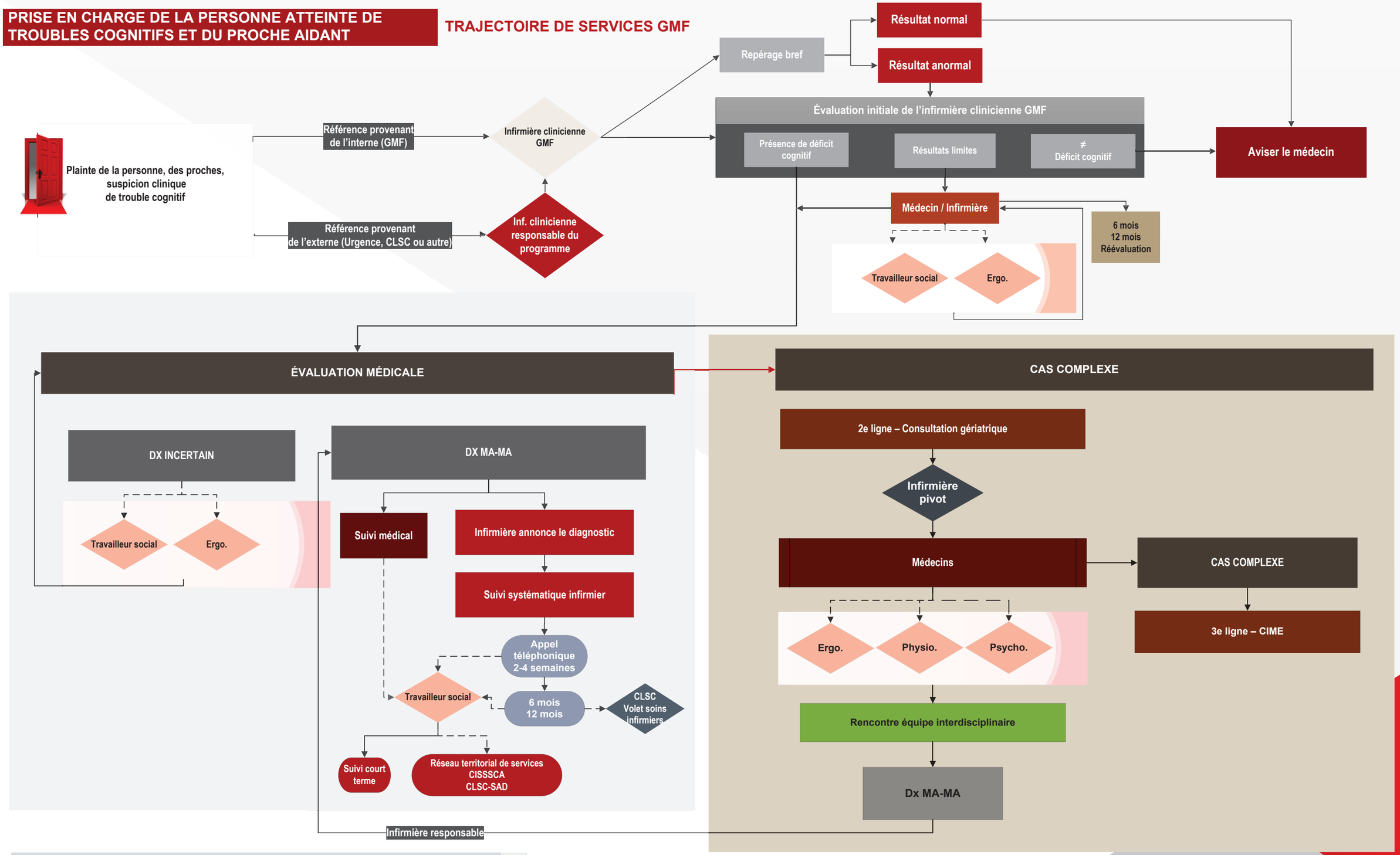
Annexes

Annexe A

Trajectoire de services GMF de Thetford

PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE ATTEINTE DE TROUBLES COGNITIFS ET DU PROCHE AIDANT

TRAJECTOIRE DE SERVICES GMF



LÉGENDE

- Porte d'entrée
- Référence au besoin
- Référence systématique

CIME : Clinique interdisciplinaire de la mémoire

MA-MA : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

Annexe B

Trajectoire pour la clientèle GMF présentant des SCPD

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

Trajectoire pour la clientèle GMF présentant des S.C.P.D.

Suspicion ou manifestation d'un SCPD

Infirmière GMF responsable :

- NPI-R (INESSS)
- Description des comportements dérangeants
- Concertation avec le médecin traitant

Clientèle connue au CISSS-CA volet CLSC

Transmission des renseignements recueillis au CISSS-CA volet CLSC : accueil santé

Prise en charge au programme SAPA en partenariat avec le médecin traitant.

Clientèle non-connue au CISSS-CA volet CLSC

État de situation :

Évaluation infirmière responsable ↔ Évaluation médicale

Évaluation Ergo / GMF

Évaluation TS / GMF

Rencontre interdisciplinaire Médecin traitant / professionnels

SCPD graves :

- Présence de risque pour la santé et la sécurité du patient ou d'autrui
- Niveau d'implication élevé
- Dangerosité immédiate souffrance psychologique ou santé physique

SCPD modérés avec souffrance significative sans dangerosité

SCPD légers sans dangerosité

Partenaires / réseau

Consultation gériatrique CLSC Urgence

Prise en charge au GMF

*Interventions de base *Recadrage *Prévention

Document de travail
17-01-2017

Références

Processus clinique interdisciplinaire en première ligne
MSSS, Publication no : 14-829-09W, No. ISBN (PDF) : 978-2-550-71830-7
http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001071/

Outils pour professionnels - Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs
Repérage et processus menant au diagnostic
L'épreuve des cinq mots de Dubois
Test de l'horloge
Questionnaire AD8
Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9)
Inventaire neuropsychiatrique réduit (NPI-R)
https://www.inesss.qc.ca/activites/transfert-de-connaissances/outils-pour-professionnels-maladie-dalzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs.html

La maladie d'alzheimer (ma) et les autres troubles neurocognitifs (TNC)
Document synthèse : repérage, diagnostic, annonce et suivi fiche descriptive 1 – 6
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_DocumentSynthese_Reperage_diagnostic_annonce_suivi.pdf

Traitement pharmacologique Maladie d'Alzheimer et démence mixte,
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Webinaires/Octobre_2015/INESSS_GUO_Alzheimer.pdf

L'échelle MMSE en français est disponible à l'adresse suivante :
http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/916d2fbac5d9512485256ec10063b234/$FILE/AH-107_DT9088%20(04-10).pdf

Protocole de soins

Processus clinique interdisciplinaire en première ligne
Guide standardisé pour l'administration du test MMSE page 5 à 15
https://www.mcgill.ca/familymed/files/familymed/rd_annexes_du_protocole_de_soins_alzheimer_1e_ligne20150127.pdf

Échelle du MOCA , www.mocatest.org

Évaluation initiales de l'infirmière clinicienne, Collecte de données auprès du patient
2016, Centre intégré de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches

Questionnaire salle d'attente auprès du proche aidant
Référence : Nathalie Lamarre, ergothérapeute Hôpital gériatrique de Jour CSSS Haut-Richelieu-Rouville (2013-2014)
Source : Questionnaire Clinique CEDRA (Centre Diagnostique Recherche Alzheimer)
Questionnaire Salle d'attente PAM GMF Loretteville / Val-Bélair

Repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'alzheimer (MA) et d'autres troubles neurocognitifs (TNC)
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS-SyntheseRecommandations_MA_TNC.pdf

Liste de vérification (check list) suivi d'un patient atteint d'un TNC
La maladie d'alzheimer (MA) et les autres troubles neurocognitifs (TNC)
Suivi d'un patient atteint d'un TNC
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/Liste-verification_Suivi_Alz.pdf

Les troubles de mémoire (power point)
Basé sur le livre de la maladie d'Alzheimer du Dr Fadi Massoud et Dr Alain Robillard Édition AP, 2013

Société Alzheimer Chaudière-Appalaches
Déclaration d'inaptitude à conduire un véhicule automobile
http://www.cgm-quebec.ca/pdf/formulairesaaq.pdf
Rapport d'examen médical M-28
https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/extranet_sante/sante-conducteur/formulaires/6228-35.pdf

Inventaire du fardeau de Zarit
http://www.rqrv.com/fr/instrument.php?i=91
http://www.rqrv.com/fr/instru/inventaire-du-fardeau.pdf
Version française: Réjean Hébert, MD, MSc., MPhil
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Téléphone : 819-780-2220, ext. 45130
Courriel : rejean.hebert@usherbrooke.ca

Guide d'accompagnement à l'intention du proche aidant, 2011
http://ctvp.ca/wp-content/uploads/2016/01/GuideAccompagnementProcheAidant2015.pdf