



BOÎTE À OUTILS

Continuum de soins pour les troubles cognitifs

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

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

- Clinique mémoire du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie — CHUS).
- Pfizer Canada inc.

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

- Dr Christian Bocti, neurologue et professeur adjoint, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.
- Mme Claire Bonin, infirmière clinicienne, maîtrise, Psychiatrie-Santé mentale, Cliniques ambulatoires gériatriques et Service de gériopsychiatrie, CIUSSS de l'Estrie — CHUS.
- Dr Guy Lacombe, gériatre et professeur titulaire, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.
- Mme Claire Létourneau, infirmière clinicienne, Cliniques ambulatoires gériatriques du CIUSSS de l'Estrie — CHUS.
- Mme Anne-Marie Simard, infirmière clinicienne, maîtrise en sciences infirmières, chargée de projet RUIS Sherbrooke, Projets d'implantation ciblée en GMF : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.
- M. Jacques Thibault, infirmier clinicien, maîtrise en intervention et changement organisationnel, chef d'unité, Cliniques ambulatoires gériatriques du CIUSSS de l'Estrie — CHUS.

Avec la participation de :

- Mme Diane Fortier, gestionnaire de comptes-Réseaux de santé, Pfizer Canada inc.
- GMF Jacques-Cartier de Sherbrooke.

Références suggérées

Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (2015). *Boîte à outils : Évaluation, Diagnostic & Prise en charge des troubles cognitifs en première ligne*. Sherbrooke : Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.

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

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

© CIUSSS de l'Estrie — CHUS, 2015 — tous droits réservés.

Première édition

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

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

Deuxième édition

ISBN : 978-2-924330-71-5 (version imprimée)

ISBN : 978-2-924330-72-2 (version PDF)

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015.

Préambule

Maladies insidieuses qui enlissent la cognition, laissant s'échapper progressivement du corps des morceaux de l'esprit; la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (MA/MA) s'installent chaque jour davantage dans nos sociétés vieillissantes, nous obligeant à réévaluer notre organisation de santé et réajuster nos pratiques cliniques. Nous devons dorénavant envisager la maladie d'Alzheimer, et les autres affections connexes, telle une maladie chronique.

Qui dit maladie chronique, dit INTERDISCIPLINARITÉ, SUIVI SYSTÉMATIQUE et ACCOMPAGNEMENT. Les suivis systématiques du diabète, de l'HTA et des MPOC ainsi que l'approche collaborative qui les sous-tend n'ont plus à faire leurs preuves auprès des infirmières, médecins ou tout autre intervenant en GMF.

*Ne m'oubliez pas quand vous quitterez ma mémoire
Vous viendrez me parler des couleurs de la vie
Quand pour moi images et visages
somberont dans le noir [...]*

Anonyme, 2010

Il est maintenant temps d'emboîter le pas pour la maladie d'Alzheimer!

C'est dans cette perspective que la clinique mémoire du Centre de santé et des services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) initiait, en 2012, un projet local avec le GMF Jacques-Cartier portant sur l'intégration de mesures de soutien médico-infirmier pour l'évaluation des troubles cognitifs simples auprès des équipes de première ligne. Ces mesures ont pris la forme de formations, discussions de cas, supervisions cliniques, le tout, soutenu par la diffusion de la *Boîte à outils : continuum pour les troubles cognitifs* (édition 2013).

Cette initiative de la clinique mémoire jetait les bases du projet Plan Alzheimer Estrie, l'un des 19 projets d'implantation ciblée en GMF pour la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées déployés au Québec à l'automne 2013 (<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/alzheimer/>). Forts de cette expérimentation des bonnes pratiques intégrées et observées en GMF et s'appuyant sur les avis d'experts, les dernières données probantes et les orientations du MSSH, la clinique mémoire et l'équipe du projet Alzheimer Estrie sont donc fières de vous présenter cette nouvelle édition de la *Boîte à outils : Continuum de soins pour les troubles cognitifs*. Nous espérons qu'elle soit un soutien et une référence dans votre pratique quotidienne dans les étapes de repérage, d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de suivi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées auprès des personnes atteintes et de leurs proches.

Nous remercions les partenaires au projet Plan Alzheimer Estrie qui ont participé activement à l'implantation de meilleures pratiques cliniques pour la maladie d'Alzheimer en GMF :

GMF Jacques-Cartier

GMF Grandes-Fourches

GMF Memphré

GMF du Lac

Clinique mémoire CIUSSS de l'Estrie — CHUS

Clinique de gériopsychiatrie CIUSSS de l'Estrie — CHUS

Secteur SAPA CIUSSS de l'Estrie — CHUS

Société Alzheimer Estrie

L'APPUI Estrie



Jacques Thibault



Anne-Marie Simard

En collaboration avec Dr Christian Bocti, Claire Bonin, Dr Guy Lacombe et Claire Létourneau.

TABLE DES MATIÈRES

SECTION 1 : CHEMINEMENT

- 1.1 Cheminement simplifié pour les cas suspectés de troubles cognitifs
- 1.2 Processus clinique en première ligne

SECTION 2 : PROTOCOLE

- 2.1 Protocole et ordonnances collectives

SECTION 3 : ÉVALUATION

- 3.1 Algorithme d'évaluation des troubles cognitifs
- 3.2 Évaluation des fonctions cognitives et des capacités fonctionnelles
- 3.3 Changements cognitifs et fonctionnels observés par le proche aidant
- 3.4 *MMSE — Mini Mental State Examination*
- 3.5 *MoCA — Montreal Cognitive Assessment*
- 3.6 Inventaire du fardeau de Zarit — Protocole SIPA
- 3.7 *GDS — Échelle de dépression gériatrique*
- 3.8 *BREF — Batterie rapide d'efficiency frontale*

SECTION 4 : DIAGNOSTIC

- 4.1 Pistes pour l'examen physique incluant l'examen neurologique en 7 étapes
- 4.2 Recommandations sur le bilan sanguin de base et les indications de l'imagerie cérébrale
- 4.3 La contribution du *DSM-5*
- 4.4 Algorithme de diagnostic différentiel des troubles cognitifs
- 4.5 Caractéristiques et signes cliniques des principales démences (troubles neurocognitifs majeurs)
- 4.6 Critères diagnostiques de démence de type Alzheimer
- 4.7 La démence vasculaire
- 4.8 Délirium chez le patient ambulatoire

SECTION 5 : PHARMACOLOGIE

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

SECTION 6 : SUIVI

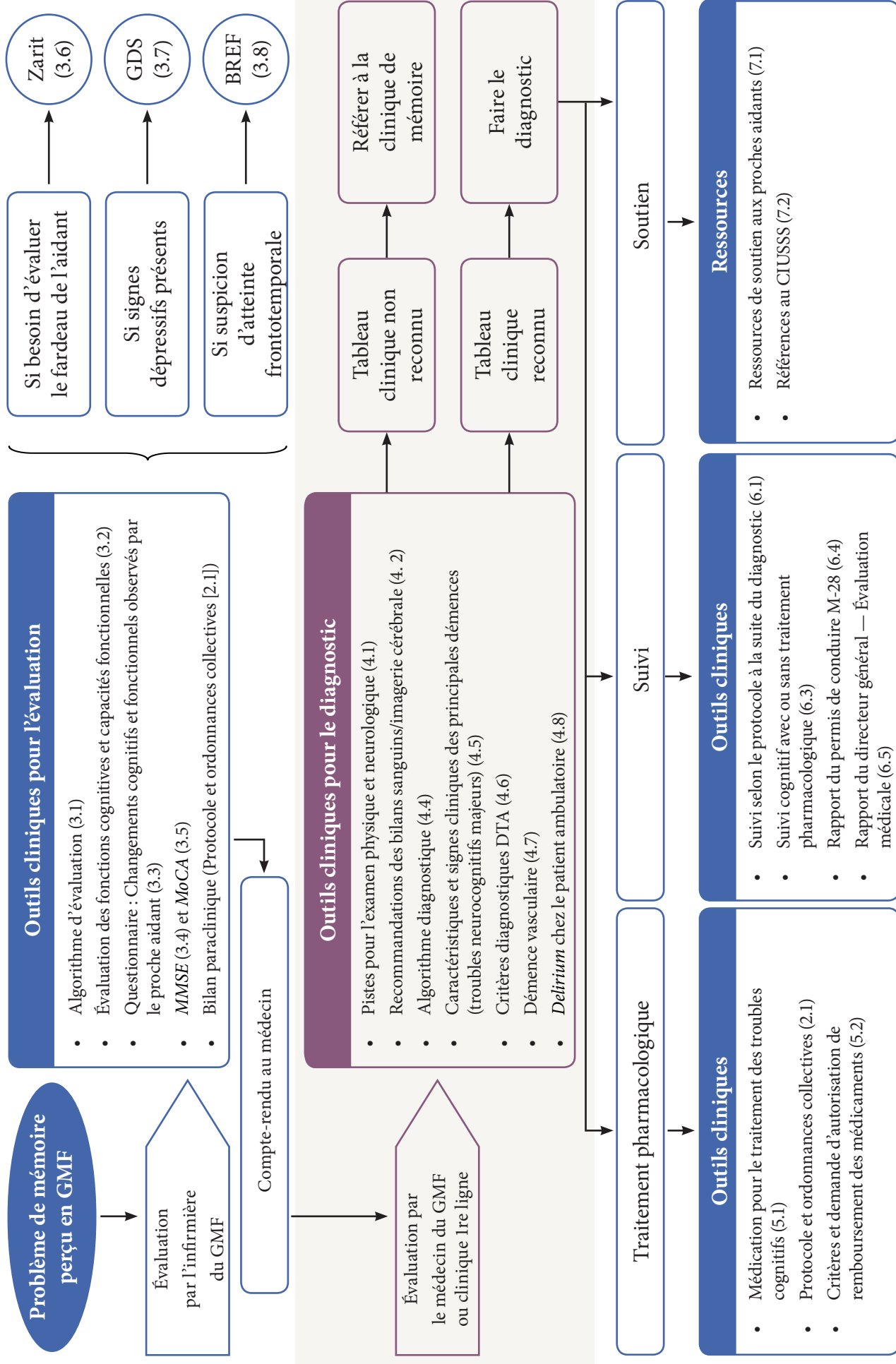
- 6.1 Suivi selon le protocole à la suite du diagnostic
- 6.2 Actions recommandées après un diagnostic de démence
- 6.3 Suivi cognitif avec ou sans traitement pharmacologique
- 6.4 Rapport d'examen médical par un omnipraticien
- 6.5 Rapport du directeur général — Évaluation médicale

SECTION 7 : RESSOURCES

- 7.1 Ressources de soutien aux proches aidants
- 7.2 Références au CISSS ou au CIUSSS
- 7.3 Lexique

SECTION 1 : CHEMINEMENT

1.1 Cheminement simplifié pour les cas suspects de troubles cognitifs



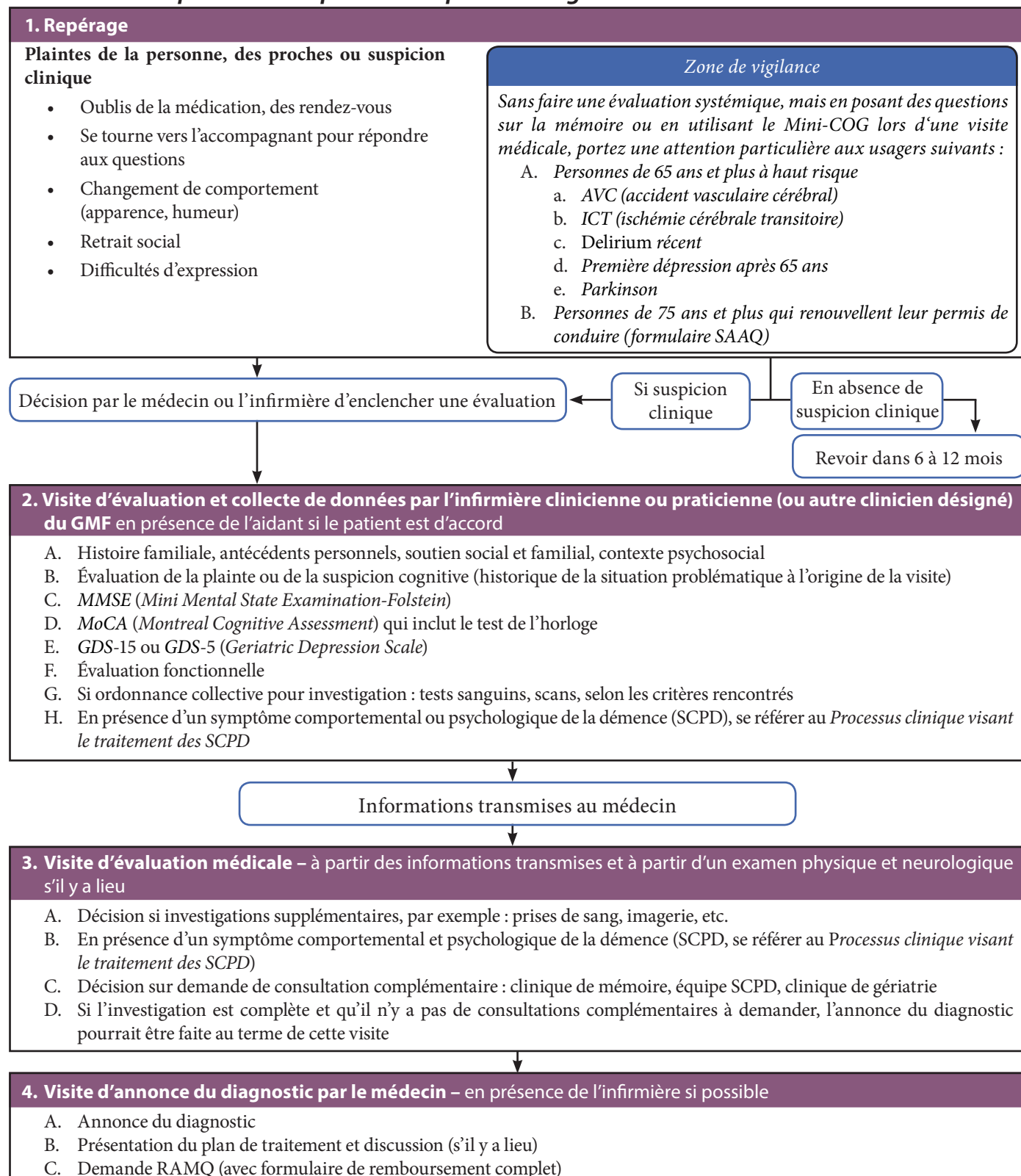
N.B. Les chiffres contenus dans les cases correspondent à l'emplacement du document dans la *Boîte à outils*.

1.2 Processus clinique en première ligne

Le processus clinique se veut une proposition rédigée par un groupe d'experts *AD HOC* convoqué par le MSSS dans le cadre de projets d'implantation ciblée en GMF : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/alzheimer/information-clinique-formation-mentorat.

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Processus clinique interdisciplinaire en première ligne



1.2 Processus clinique 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 puisse 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 d'évaluation de la conduite automobile
 - b. Évaluation des risques de la prise de médication
 - c. Évaluation des risques financiers
- F. *Counselling* sur les aspects médicaux légaux : procuration, régime de protection, etc.
- G. Références s'il y a lieu :
 - a. Services communautaires appropriés (Société d'Alzheimer ou L'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, l'état de la situation, le 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, par l'infirmière – au besoin selon la complexité de la situation

- A. Vérification auprès du patient et de l'aidant sur la compréhension, l'état de la situation, le 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 à la suite de 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



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 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)

SECTION 2 : PROTOCOLE

PROTOCOLE ET ORDONNANCES COLLECTIVES

Propre à chaque GMF

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

Version Web

Procéder à un bilan paraclinique chez une personne présentant une atteinte cognitive en GMF (Groupe de médecins de famille)

ÉMETTEUR :	Président(e) du CMDP		
APPROUVÉ PAR :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :	2015-04-15	DATE DE RÉVISION PRÉVUE :	2019
DATE DE RÉVISION :			
CODE DE CLASSIFICATION :			
ORIGINAL SIGNÉ PAR :	Présidente du CMDP, Marie-Josée Hotte		

ORDONNANCES COLLECTIVES

Une ordonnance collective est une ordonnance établie par règlement du CMDP à l'effet de poser certains actes ou de procéder systématiquement à certains examens ou traitements sans attendre d'ordonnance médicale individuelle chez les personnes de catégories déterminées dans cette ordonnance et le cas échéant, selon le protocole ou la méthode de soins desquels elle relève. L'ordonnance collective ne s'applique pas si elle entre en contradiction avec une ordonnance individuelle.

PERSONNES HABILITÉES À EXÉCUTER L'ORDONNANCE

Infirmières habilitées du CSSS-IUGS pratiquant en GMF et ayant reçu la formation donnée dans le cadre du Plan Alzheimer Estrie

Activités réservées de l'infirmière :

- 1° évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ;
- 2° initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance ;

GROUPES DE PERSONNES OU SITUATION CLINIQUE VISÉE PAR L'ORDONNANCE

Toute clientèle inscrite au GMF dans le cadre d'une évaluation initiale des troubles cognitifs.

INDICATION

Clientèle présentant une atteinte ou suspicion de déficit cognitif pour laquelle une évaluation diagnostique est requise.

CONTRE-INDICATION

- Aucune

PROCÉDURE

L'infirmière procède à l'évaluation convenue dans le processus clinique interdisciplinaire de son GMF pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.

Dans le cas où l'évaluation initiale démontre **des résultats anormaux aux tests cognitifs standardisés** (Folstein $\leq$ 23/30, MoCa $\leq$ 25/30) ou un **changement de l'autonomie fonctionnelle** ou si **suspicion d'une atteinte cognitive** :

- 1) L'infirmière vérifie si les examens suivants ont été réalisés **au cours des derniers 6 mois** et sont disponibles dans le dossier médical. Lorsque le bilan n'a pas été réalisé ou ne l'a été que partiellement, elle complète l'investigation via une requête de laboratoire au nom du médecin traitant ou du médecin de garde du GMF qui assurera le suivi:

FSC

calcium sérique

glycémie (à jeun ou pas)

électrolytes (Na., K , BUN , Créatinine)

TSH

albumine

B12

acide folique

- 2) L'infirmière complète une demande d'**ECG** au nom du médecin traitant si non fait **dans la dernière année** et en présence d'un des éléments suivants :

- antécédent d'arythmie cardiaque, de syncope ou de pré-syncope
- pouls au repos < 55/minute
- âge > 70 ans

En cas de doute, elle valide la pertinence de faire un ECG avec le médecin traitant.

Référence

Gauthier S, Patterson C, Chertkow H, Gordon M, 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.

Rédigé par : Anne-Marie Simard, inf.Msc, chargée de projet Plan Alzheimer Estrie

Dr Christian Bocti, neurologue, Clinique de mémoire
Dr Guy Lacombe, gériatre, Clinique de mémoire
Dre Amélie Adjaoud, GMF de Jacques-Cartier.

ANNEXES :	
-----------	--

DIFFUSÉ À :	INFIRMIÈRES DES GMF GRANDES-FOURCHES ET JACQUES-CARTIER, CHEF DE SERVICE DES CLINIQUES AMBULATOIRES GÉRIATRIQUES, DIRECTRICE DQSS, MÉDECINS RESPONSABLES GMF GRANDES-FOURCHES ET JACQUES-CARTIER, DRE AMÉLIE ADJAUD, DRE GENEVIÈVE OLIVIER, ANNE-MARIE SIMARD, CHARGÉE DE PROJET, DR CHRISTIAN BOCTI, DR GUY LACOMBE
-------------	--

ORDONNANCE COLLECTIVE

GMF

Code : **NEURO-01-GMF**

Date d'émission : janvier 2014

Date de révision prévue : janvier 2017

Référence à un protocole
de soins infirmiers

OUI ☐ NON ☒

Objet : Ajuster un inhibiteur de la cholinestérase (IChE) et/ou antagoniste des récepteurs NMDA, chez la clientèle atteinte de troubles cognitifs.

Professionnels habilités

- Les infirmières œuvrant en **GMF** ayant reçu la formation et le mentorat requis sur le repérage, l'évaluation et le suivi des troubles cognitifs.

Secteur(s) d'activité(s) visé(s)

☐ **GMF**

Clientèle, catégories de clientèles ou situation clinique visée

- Les patients du **GMF** atteints de démence sous médication (inhibiteur de la cholinestérase IChE et/ou antagoniste des récepteurs NMDA) ayant été initiée par un médecin.

Activités réservées

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.

Indications / Conditions d'initiation

- Les patients doivent être référés par un médecin du **GMF** à partir du formulaire d'adhésion;
- L'infirmier(ère) instaurant cette ordonnance collective doit posséder les connaissances requises afin d'expliquer la médication, les effets secondaires possibles, les effets attendus et doit être en mesure d'effectuer un suivi infirmier afin de s'assurer de l'efficacité et de l'innocuité du traitement;
- Les patients et/ou l'aidant, doit recevoir et comprendre les informations sur la médication.

Intentions thérapeutiques

- Ajuster un inhibiteur de la cholinestérase (IChE) et/ou antagoniste des récepteurs NMDA, chez la clientèle atteinte de démence.

Intentions cliniques :

- Ralentir l'évolution de la maladie et des symptômes;
- Améliorer ou stabiliser les fonctions cognitives;
- Améliorer ou stabiliser la capacité du patient à accomplir les AVQ et AVD;
- Améliorer l'humeur et le bien-être du patient;
- Maintenir le patient dans son milieu le plus longtemps possible;
- Diminuer le fardeau de l'aidant.

Contre-indications / Limites / Référence au médecin

- Antécédents d'allergie ou d'intolérance à l'un des constituants du produit (voir tableau);
- Détérioration clinique au-delà des attentes;
- Perte > de 3 points au MMSE sur une période de 6 mois;
- Effets secondaires nécessitant l'arrêt de la médication.

Effets secondaires

- Voir tableaux

Interactions médicamenteuses

Voir tableaux

Directives / Références aux outils cliniques

- Déry J, Lalonde G, Morin S, *Protocole interdisciplinaire de dépistage et de suivi des troubles cognitifs*, GMF Medi Centre Chomedey, juillet 2009.
- Patry C, Bolduc J, Savard D, *Protocole interdisciplinaire de dépistage, d'évaluation, de diagnostic et de suivi des troubles cognitifs du GMF Loretteville*, Édition 2011.

Algorithme de l'ajustement des inhibiteurs de la cholinestérase

Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (les plus utilisés en démence)

NOM DU MÉDICAMENT	DONÉPÉZIL (Aricept ^{MD})	RIVASTIGMINE (Exelon ^{MD})	GALANTAMINE (Reminyl ^{MD})
FORMULAIRE RAMQ	MMSE 10-26 : à compléter après 6 mois et par la suite chaque année		
CLASSE :	Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase		
PRÉSENTATION ET POSOLOGIE :	➤ Comprimés de 5 et 10 mg et comprimés à dissolution orale rapide de 5 et 10 mg (RDT) ➤ Dose initiale de 5 mg DIE pour un mois ➤ Augmenter au dosage maximum de 10mg DIE après un mois si bien toléré ➤ Dosage efficace à 5 mg DIE ➤ Prise AM ou HS ➤ Prise en AM = évite les crampes et les cauchemars ➤ Si dose initiale de 2.5 mg augmenter de 2.5 mg aux 2 semaines selon tolérance pour un maximum de 10 mg ➤ Maximum 5 mg par jour si pt de plus de 85 ans et de petit poids (surtout les femmes)	➤ Timbre 5 et 10 cm² ➤ Dose initiale d'un timbre 5 cm² 1f/jour ➤ Augmentation à un timbre de 10 cm² après un mois, si bien toléré ➤ Ne pas réutiliser le même site dans un intervalle de 14 jours ➤ Dosage efficace à 5 cm²	➤ Capsules ER de 8,16 et 24 mg ➤ Dose initiale de 8 mg DIE AM pour un mois ➤ Augmenter la dose à 16 mg puis à un maximum de 24 mg DIE q 1 mois, si bien toléré ➤ Dosage efficace à 16 mg DIE ➤ Éviter si Clcr < 10ml/min ➤ Prendre en mangeant, ne pas ouvrir, couper ou écraser la capsule
EFFETS SECONDAIRES AUTRES :	Communs : nausées, diarrhées, vomissements, étourdissements, céphalées, insomnie, crampes musculaires, fatigue, diminution de l'appétit.		
		➤ Éruption cutanée	

CONTRE-INDICATIONS/ PRÉCAUTIONS :	Absolues : - Hypersensibilité au donépézil - rivastigmine et galantamine - Insuffisance hépatique sévère (rivastigmine) Relatives : - Bloc bifasciculaire - Bloc A-V du premier degré (PR ≥ 250ms) avec bloc de branche - Si angine instable, bradycardie 50-60bpm avec Sx → faire Holter - Si bloc A-V avec PR ≥ 250ms → faire Holter N.B. : probablement sécuritaire : - Bloc A-V premier degré PR < 250ms - Bloc de branche droit ou gauche - Bradycardie 50-60bpm asymptomatique - MPOC instable, épisode de syncope, maladie du sinus		
INTERACTIONS POSSIBLES :	Kétoconazole, quinidine, érythromycine, rifampicine, phénytoïne, carbamazépine, R-OH, Anticholinergiques et Cholinomimétiques.	Anticholinergiques et Cholinomimétiques, R-OH	Kétoconazole, quinidine, érythromycine, rifampicine, phénytoïne, carbamazépine, certains ISRS (paroxétine, fluoxétine et fluvoxamine) R-OH, Anticholinergiques et Cholinomimétiques.
EFFICACITÉ :	➤ Efficacité des agents est comparable selon le CCCDTD4. Effets bénéfiques reliés à la dose. ➤ Un essai d'au moins 3 à 6 mois à dose maximale avant de conclure qu'un agent est inefficace.		

NOM DU MÉDICAMENT	MÉMANTINE (Ebixa ^{MD})
FORMULAIRE RAMQ	Formulaire d'exception RAMQ : MMSE 3-14 à compléter aux 6 mois Remboursement mémantine OU IChE en monothérapie
CLASSE :	Antagoniste des récepteurs NMDA (N-Méthyl-D-Aspartate).
PRÉSENTATION ET POSOLOGIE :	Comprimé de 10 mg Dose initiale de 5 mg DIE pour une semaine Augmenter au dosage maximum de 10 mg BID après 1 mois si bien toléré (dose efficace recommandée 20 mg/jour) Semaine 1 = 5 mg AM Semaine 2 = 5 mg AM et 5 mg PM (si toléré) Semaine 3 = 10 mg AM et 5 mg PM (si toléré) Semaine 4 = 10 mg AM et 10 mg PM Pour une population plus âgée (>80 ans) une dose de 10 mg DIE est souvent suffisante. Si Clcr < 30 ml/min : dose maximum de 5 mg bid
EFFETS SECONDAIRES :	Rares : constipation, céphalées, confusion, étourdissements, augmentation de la tension artérielle
CONTRE-INDICATIONS/ PRÉCAUTIONS RARES :	Hypersensibilité à la mémantine ou à ses excipients. Patients avec troubles cardiovasculaires : surveiller la TA lors des ajustements de doses. Condition clinique altérant le pH urinaire : ex : infections urinaires, diète... Suivi ophtalmique périodique suggéré : opacité cornéenne.
INTERACTIONS POSSIBLES :	Aucune interaction cliniquement significative n'a été signalée. Éviter l'emploi concomitant de médicaments qui peuvent alcaliniser les urines ex : Diamox, Bicarbonate.

Surveillance clinique

- Épisode de syncope, maladie du sinus, BBG, angine instable, MPOC instable, Insuffisance hépatique sévère, patients épileptiques, Hypersensibilité au donépézil, rivastigmine et galantamine ;

Médecins répondants

- Médecin traitant ou le médecin de garde du GMF

Sources

- Bélisle C, Rivard B, (2002) *La démence de type Alzheimer et les autres atteintes cognitives* (troisième édition), Éditions Formed.
- Association des pharmaciens du Canada (2013). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS)*.
- Patterson C, Gauthier S, et al. (2001). The recognition, Assessment and Management of Dementing Disorders : Conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. *Le journal des sciences neurologiques*, 28, suppl. 1- S3, S16.
- OC : *Ajuster un inhibiteur de la cholinestérase (IChE) et/ou antagoniste des récepteurs NMDA, chez la clientèle atteinte de troubles cognitifs*. GMF Loretteville, mai 2011.

PROCESSUS D'ÉLABORATION :

Rédigé par :

Fabien Ferguson, conseiller en soins infirmiers

10 décembre 2013

Personnes consultées :

Claudiane Thériault-Picard,
Pharmacienne-réseau, responsable du volet CLSC
CSSS de Québec-Nord

14 janvier 2014

Dr Louis Verret, neurologue CIME du CHU Québec

16 décembre 2013

Validé par :

Mme Sylvie Bonneau (DSI)

Date

Approbation médicale pour l'ordonnance collective

[illegible]

**FORMULAIRE DE LIAISON POUR
LA TRANSMISSION DE L'INFIRMIERE
AU PHARMACIEN POUR L'APPLICATION DE L'OC**

«Ajuster
un inhibiteur de la cholinestérase (IChE) et/ou
antagoniste des récepteurs NMDA,
chez la clientèle atteinte de troubles cognitifs.»

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'INFIRMIÈRE

**J'AI ÉVALUÉ LA PERSONNE CI-HAUT MENTIONNÉE QUI PRÉSENTE
UNE DÉMENCE**

EN RÉFÉRENCE À L'ORDONNANCE COLLECTIVE [NEURO-01-GMF](#), IL N'Y A AUCUNE CONTRE-INDICATION
A LA PRISE DE LA MÉDICATION PRESCRITE

Démence de type : ☐ Alzheimer
☐ Vasculaire
☐ Mixte
☐ Corps de Lewy
☐ Autres

Nom de la pharmacie : _____
Numéro téléphone : _____ Numéro télécopieur : _____

Ce formulaire représente le formulaire original. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. L'original de ce formulaire ne sera pas réutilisé.

Médication et posologie actuelle : _____

Ajustement à effectuer : _____ Valable pour la durée de la
prescription initiale du Dr _____

Nom de l'infirmière : _____ No. Permis : _____

Téléphone : _____ Poste : _____ Télécopieur : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____

Nom du médecin signataire : _____ No. Permis : _____

Téléphone : _____ Poste : _____ Télécopieur : _____

Notes complémentaires : _____

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE PHARMACIEN

J'AI INITIÉ LA THÉRAPIE SUIVANTE AVEC LA PERSONNE CI-HAUT MENTIONNÉE

Nom du pharmacien : _____ No. Permis : _____

Médication : _____

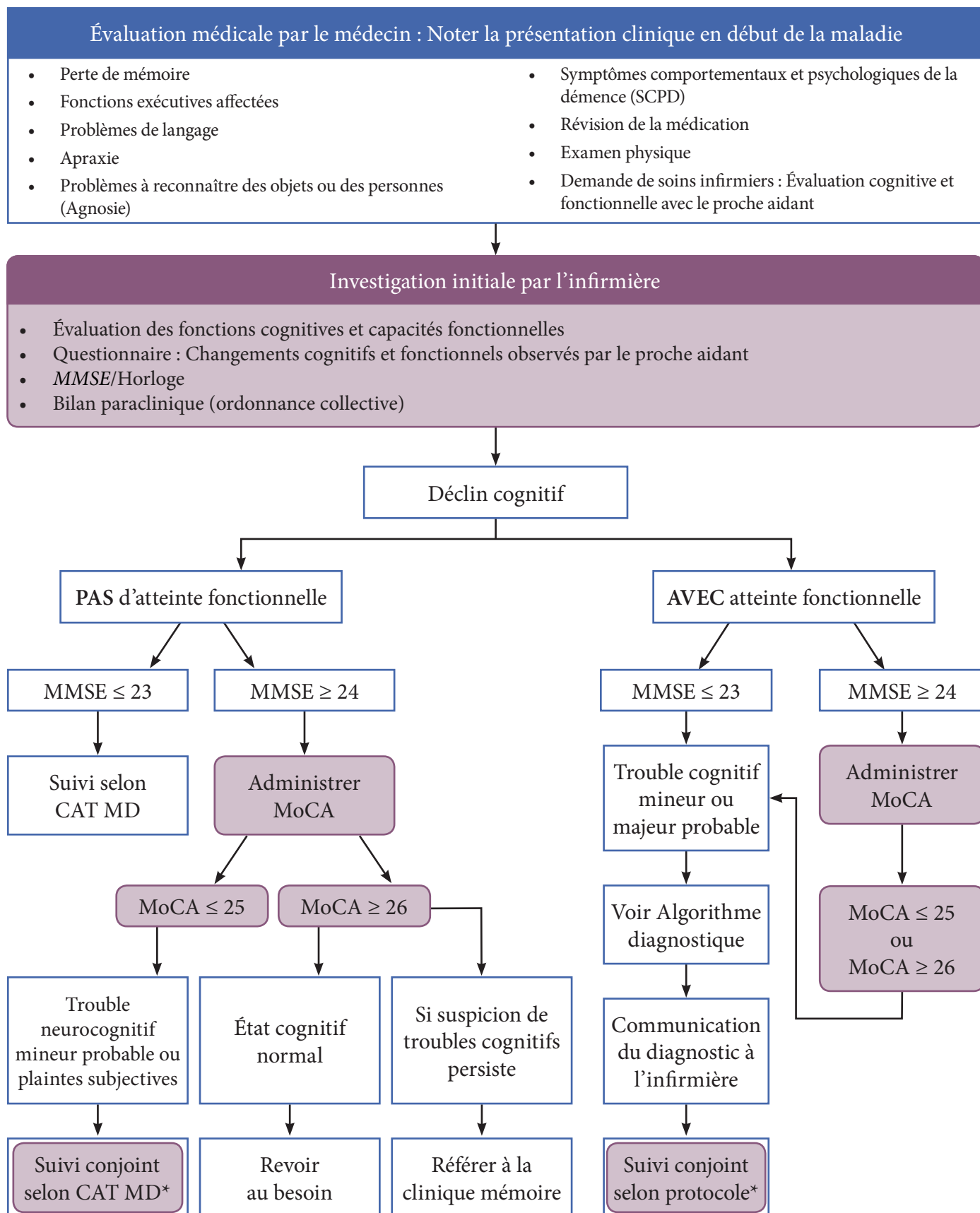
Notes complémentaires : _____

Signature du pharmacien : _____ Date : _____

Pour visualiser l'ordonnance complète, rendez-vous dans le site Web du CSSS Québec-Nord, section Publications/ OC GMF- CRQ (privés)

SECTION 3 : ÉVALUATION

3.1 Algorithme d'évaluation des troubles cognitifs



* Suivi selon protocole à la suite du diagnostic

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

Médecin

Infirmière

3.2 Évaluation des fonctions cognitives et des capacités fonctionnelles

Consentement à la recherche : ☐ Oui ☐ Non Signature : _____ Médecin de famille : _____ Téléphone : _____ Personne significative : _____ Lien : _____ Tél. : _____	Nom : _____ Prénom : _____ DDN : _____ N° de dossier : _____
Pharmacie : _____ Téléphone : _____	☐ Profil médicamenteux joint avec analyse du pharmacien
Mode de distribution : ☐ Vial ☐ Dosette/Dispill Rx non prescrits et produits naturels: _____	☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide totale ☐ Problème d'observance : _____ _____
Motif du dépistage par médecin traitant - Problème actuel, questions médicales, ajout de médication, etc.	
Description de la problématique — Par la personne elle-même ou un tiers. Événements marquants de la dernière année : (séparation, deuil, déménagement, hospitalisation, etc.).	
Histoire sociale brève	
☐ Âgé(e) de _____ ans ☐ Milieu de vie : _____ ☐ Scolarité : _____ ☐ Diplôme obtenu : _____ ☐ Difficultés d'apprentissage : _____ ☐ Emploi : _____	☐ Retraite à _____ ans ☐ Marié(e) ☐ Veuf (veuve) ☐ Conjoint(e) de fait ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Célibataire ☐ Religieux (se) ☐ Depuis : _____ ☐ Vit seul(e) : _____ ☐ Enfants et lieu de résidence : _____
Habitudes de vie	
☐ Tabac : _____ ☐ Alcool : _____ ☐ Drogue : _____ ☐ Sommeil : _____ ☐ Conduite automobile ☐ Accident/contravention : _____	☐ Quantité/Fréquence : _____ ☐ Quantité/Fréquence : _____ ☐ Quantité/Fréquence : _____ ☐ Apnée du sommeil : _____ ☐ CPAP _____
Antécédents familiaux	
Mère décédée à l'âge : _____ Cause : _____ Troubles cognitifs? : _____ Père décédé à l'âge : _____ Cause : _____ Troubles cognitifs? : _____ Fratrie et famille élargie : Troubles cognitifs? : _____	
Ressources et services en place	
☐ COOP ☐ Popote roulante ☐ Transport ☐ SAD ☐ Gestionnaire de cas ☐ Autre : _____ ☐ Mandat d'inaptitude ☐ Procuration bancaire ☐ Compte conjoint	

3.2 Évaluation des fonctions cognitives et des capacités fonctionnelles (suite)

MMSE: _____ Horloge : _____ MoCA : _____ TA : _____ Pouls : _____ Poids actuel : _____ kg - Perte de poids significative depuis 6 mois (alerte si perte + de 2 kg) ☐ Oui ☐ Non ☐ Droitier (ère) ☐ Gaucher (ère) Déficits : ☐ Visuel ☐ Compensé ☐ Auditif ☐ Compensé										
Bilan paraclinique — En présence de tests cognitifs anormaux et/ou atteinte fonctionnelle										
Bilan sanguin de base	Fait ≤6 mois	Demande faite		Fait ≤6 mois	Demande faite		Fait ≤6 mois	Demande faite		
FSC	☐	☐	Cholestérol	☐	☐	B12	☐	☐		
Glycémie	☐	☐	ALT	☐	☐	PCR	☐	☐		
Créatinine	☐	☐	TSH	☐	☐	BUN	☐	☐		
Électrolyte	☐	☐	Albumine	☐	☐	Acide folique	☐	☐		
ECG ☐ Prescription remise	☐	☐	☐ CT Scan	☐	☐	Calcium	☐	☐		
☐ Requête labo manquant remise au patient										
Sommaire de l'évaluation — Quels changements, depuis quand, impacts fonctionnels sur les AVQ/AVD et perception du déclin cognitif par le patient.										
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ ☐ Atteinte fonctionnelle ☐ Questionnaire : Changements cognitifs et fonctionnels observés par le proche aidant				Synthèse AVQ/AVD		Pas de changement	Besoin de supervision	Difficulté avec aide	Incapable/ refuse	N/A
				Préparer les repas						
				Entretenir la maison						
				Utiliser les appareils						
				Faire les courses						
				Gérer le budget/finances						
				Conduire/Utiliser transport						
				Prendre ses médicaments						
				Loisirs/vie sociale						
				S'alimenter						
				Se laver, s'habiller						
Signature de l'infirmière : _____						Date : _____				
Planification suivi infirmier				☐ Relance téléphonique dans 2 à 4 semaines si traitement ☐ Planification de rendez-vous selon protocole						
CAT Médecin traitant										
DIAGNOSTIC : _____ ☐ Début traitement pharmaco Rx : _____ ☐ Contrôle tests cognitifs : ☐ 6 mois ☐ 12 mois ☐ Autre : _____ ☐ Suivi usuel selon protocole ☐ Référence clinique de la mémoire (Préparation de dossier) Signature du médecin : _____ Date : _____										

**S.V.P remettre
dans la case de
l'infirmière**

3.2 Évaluation des fonctions cognitives et des capacités fonctionnelles (suite)

AVQ/AVD <i>Cocher si modification ou détérioration</i>	Depuis quand?	Détails/Compensation <i>(ex. : utilise les services de popote roulante)</i>
S'alimenter/Préparer les repas		
☐ Changement dans son alimentation		☐ Mange moins ☐ Mange à outrance
☐ Capacité à préparer les repas		
☐ Rotation des aliments dans le frigidaire		
☐ Autre : _____		
Entretenir la maison/Faire des travaux manuels		
☐ Capacité à entretenir la maison intérieur/extérieur		
☐ Capacité à exécuter des travaux manuels		
☐ Propreté de la résidence		
Utiliser les appareils		
☐ Capacité à utiliser le téléphone/Internet		
☐ Capacité à prendre les messages		
☐ Capacité à utiliser les appareils électriques, les outils, les électroménagers		
Faire les courses		
☐ Capacité à identifier ses besoins		
☐ Capacité à remettre le bon montant ou à utiliser sa carte bancaire		
Gérer son budget		
☐ Compréhension de ses relevés de compte		
☐ Capacité à payer ses comptes et faire des chèques		
☐ Autre : _____		
Conduire ou utiliser les moyens de transport		
☐ Respect de la signalisation et de la vitesse		
☐ Déplacements sans accident ou contravention		
☐ Laisseriez-vous vos petits-enfants partir, seuls en voiture, avec votre proche?		
Loisirs/Vie sociale		
☐ Participation aux activités sociales		
☐ Maintien de ses activités favorites		
☐ Autre : _____		

3.2 Évaluation des fonctions cognitives et des capacités fonctionnelles (suite)

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

3.2 Évaluation des fonctions cognitives et des capacités fonctionnelles (suite)

Fonctions cognitives <i>Cocher si modification ou détérioration</i>	Depuis quand?	Détails
Langage		
☐ Dans sa façon de s'exprimer, cherche ses mots		
☐ Description de l'objet au lieu de le nommer		
☐ Capacité à suivre une conversation en groupe		
☐ Compréhension des consignes		
☐ Autre : _____		
Fonctions exécutives		
☐ Capacité à initier une tâche et la terminer		
☐ Capacité à organiser et planifier une tâche		
☐ Capacité à agir dans une situation inhabituelle		
☐ Reconnaissance de ses capacités/incapacités		
☐ Capacité à prendre des décisions		
État mental <i>Cocher si modification ou détérioration</i>	Depuis quand?	Détails
☐ Agitation/comportements dérangeants ou inappropriés		
☐ Agressivité verbale/physique		
☐ Anxiété		
☐ Irritabilité		
☐ Méfiance		
☐ Désinhibition		
☐ Passivité, apathie		
☐ Persévérance		
☐ Propos interprétatifs (ex. : accuse autrui de vol)		
☐ Hallucinations/Illusions		
☐ Symptômes dépressifs		
Question à l'aidant		
Si vous devez vous absenter pendant 2 semaines (voyage, hospitalisation, etc.), seriez-vous inquiet/inquiète de laisser votre proche seul(e)? ☐Oui ☐Non Pourquoi? _____ _____ _____ _____		

3.3 Changements cognitifs et fonctionnels observés par le proche aidant

Nom : _____

Dossier : _____

Âge : _____

Date : _____

Nous vous demandons d'identifier les changements significatifs que vous avez observés dans le fonctionnement quotidien de votre proche, ceci par rapport à son fonctionnement d'avant. **SVP, précisez :**

1. *La nature du changement (comportement, mémoire, langage, attitude, etc.).*
2. *L'impact sur son fonctionnement quotidien (autonomie, sécurité, sociale/familiale, etc.).*
3. *Le début du changement (depuis quand avez-vous remarqué ce changement?).*

S'alimenter/préparer les repas	Depuis quand ?	Exemple du changement observé
Changements observés dans sa capacité de... • S'alimenter • Préparer des repas • Faire la rotation des aliments du réfrigérateur • Autre : _____	(Ex. : +/- 2 ans)	(Ex. : Ne reçoit plus, prépare des repas simples)
Entretenir la maison/travaux manuels	Depuis quand ?	Exemple du changement observé
Changements observés dans sa capacité de... • Entretenir la maison intérieure/extérieure • Faire des travaux manuels • Autre : _____	(Ex. : 6 mois)	(Ex. : Maison plus désordonnée, impatient)
Utiliser les appareils	Depuis quand ?	Exemple du changement observé
Changements observés dans sa capacité de... • Prendre les messages • Utiliser le téléphone/Internet • Utiliser les appareils électriques/électroménagers • Autre : _____	(Ex. : 2 ans)	(Ex. : Appelle beaucoup moins qu'avant)
Faire les courses	Depuis quand ?	Exemple du changement observé
Changements observés dans sa capacité de... • Payer ou utiliser sa carte bancaire • Identifier ses besoins • Faire des achats selon ses besoins • Autre : _____	(Ex. : 6 mois)	(Ex. : Doit faire une liste, oublie son NIP)
Gérer son budget	Depuis quand ?	Exemple du changement observé
Changements observés dans sa capacité de... • Comprendre ses relevés bancaires • Payer ses comptes • Faire des chèques • Autre : _____	(Ex. : +/- 1 an)	(Ex. : Je dois l'aider, ne comprend plus ses comptes)

3.3 Changements cognitifs et fonctionnels observés par le proche aidant (suite)

Conduire ou utiliser les moyens de transport	Depuis quand ?	Exemple du changement observé
Changements observés dans sa capacité de... • Respecter la signalisation et la vitesse • Se déplacer sans accident • Se déplacer de façon sécuritaire • Autre : _____	(Ex. : 1 an)	(Ex. : Son auto a plein d'éraflures)
Loisirs et vie sociale	Depuis quand ?	Exemple du changement observé
Changements observés dans sa capacité de... • Participer aux activités sociales • Poursuivre ses activités de loisirs favorites • Autre : _____	(Ex. : +/- 2 ans)	(Ex. : S'isole beaucoup)
Hygiène et continence	Depuis quand ?	Exemple du changement observé
Changements observés dans sa capacité de... • Prendre soin de son apparence (maquillage/barbe) • Avoir une hygiène personnelle sans odeur • Retenir ses urines et selles/utiliser les toilettes • Autre : _____	(Ex. : +/- 3 ans)	(Ex. : Beaucoup moins coquette qu'avant)
Habillement	Depuis quand ?	Exemple du changement observé
Changements observés dans sa capacité de... • Choisir des vêtements adaptés à la circonstance • Faire la rotation de ses vêtements • Autre : _____	(Ex. : +/- 2 ans)	(Ex. : Porte des vêtements souillés, avant était fière)
Sommeil	Depuis quand ?	Exemple du changement observé
Changements observés dans sa capacité de... • Dormir calmement (bouge peu) • Récupérer facilement • Autre : _____	(Ex. : +/- 2 ½ ans)	(Ex. : Rêve beaucoup, se lève souvent pour uriner)
Mobilité	Depuis quand ?	Exemple du changement observé
Changements observés dans sa capacité de... • Se déplacer sans perte d'équilibre • Se déplacer de façon sécuritaire • Autre : _____	(Ex. : +/- 3 ans)	(Ex. : Refuse de prendre sa canne et s'accroche aux meubles)
Attention	Depuis quand ?	Exemple du changement observé
Changements observés dans sa capacité de... • Maintenir son attention sur une tâche • Faire deux choses à la fois • Autre : _____	(Ex. : 4 ans)	(Ex. : Facilement distraite)

3.3 Changements cognitifs et fonctionnels observés par le proche aidant (suite)

Orientation dans le temps, l'espace et la personne	Depuis quand ?	Exemple du changement observé
Changements observés dans sa capacité de... - Reconnaître les lieux et les trajets connus - Se souvenir de la date et de la journée - Reconnaître les personnes familières - Autre : _____	(Ex. : +/- 2 ans)	(Ex. : Se mêle de journée)
Mémoire	Depuis quand ?	Exemple du changement observé
Changements observés dans sa capacité de se rappeler de... - L'information transmise/reçue - L'heure et la prise de ses médicaments - L'endroit où sont placés les objets - Les rendez-vous, les fêtes, les événements de famille - Autre : _____	(Ex. : +/- 2 ans)	(Ex. : Peut m'appeler plusieurs fois par jour sans raison)
Langage	Depuis quand ?	Exemple du changement observé
Changements observés dans sa capacité de... - S'exprimer : cherche ses mots, se trompe de mot - Suivre une conversation en groupe - Comprendre ce qu'on lui dit (sans surdité) - Compléter ses phrases - Autre : _____	(Ex. : 2 ans)	(Ex. : Cherche souvent ce qu'il [elle] veut dire)
Analyse, adaptation aux changements, etc.	Depuis quand ?	Exemple du changement observé
Changements observés dans sa capacité de... - Compléter ce qu'il entreprend - Planifier et à s'organiser - Réagir et prendre une décision lors d'une situation inhabituelle - Autre : _____	(Ex. : +/- 3 ans)	(Ex. : Plus anxieux si changement de routine)
Humeur et comportement	Depuis quand ?	Exemple du changement observé
Changements observés - Comportement dérangeant ou inapproprié - Irritabilité, agressivité verbale ou physique - Anxiété - Passivité, apathie - Propos interprétatifs (ex. accuse autrui de vol) - Symptômes dépressifs - Hallucinations visuelles ou auditives - Autre : _____	(Ex. : +/- 3 ans)	(Ex. : Facilement irritable et impulsif)
Questions pour vous, proche aidant - Vous devez vous absenter pendant 2 semaines (voyage, hospitalisation, etc.). Seriez-vous inquiet(e) de laisser votre proche seul(e) Oui Non Pourquoi : _____ - Conduite auto : Laisseriez-vous votre proche conduire seul avec vos petits-enfants à bord? Oui Non Pourquoi : _____ - Que trouvez-vous le plus difficile dans la situation actuelle? _____		

3.4

MMSE - MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Propre à chaque GMF

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

Disponible sur le site Internet du MSSS :
[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/
961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/916d2
fbac5d9512485256ec10063b234?OpenDocument](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/916d2fbac5d9512485256ec10063b234?OpenDocument)

Guide d'administration et de cotation du Mini-Examen de l'État Mental

(MEEM) ou Mini-Mental State Examen (MMSE) de Folstein

Développé par :

Monique Bourque, inf. M.A.

Conseillère clinicienne en soins infirmiers

Direction de la qualité des soins et services, CIUSSS de l'Estrée - CHUS

Professeure associée à l'École en sciences infirmières

Faculté de médecine et des sciences de la santé

Université de Sherbrooke

Claire Létourneau, inf. B. Sc.

Infirmière clinicienne

Clinique de mémoire, CIUSSS de l'Estrée - CHUS

Claire Bonin, inf. B. Sc.,

Infirmière clinicienne

Clinique de mémoire, CIUSSS de l'Estrée - CHUS

Révisé par :

Dr Christian Bocti, md. FRCP(c), neurologue

Dr Tamas Fülöp, md. FRCP(c), interniste, gériatre

Dr Guy Lacombe, md. FRCP (c), interniste, gériatre

Sherbrooke
2014



Outil d'Évaluation

Mini-Examen de l'état Mental

(MEEM)

EXAMEN DE FOLSTEIN SUR L'ÉTAT MENTAL



DT9088

Nom de l'établissement _____

A) Orientation

Demander au sujet :

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

B) Enregistrement

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

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

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

Donner 1 point pour chaque bonne réponse au 1^{er} 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 :	}	5	()
100 - 7 = () 93 - 7 = () 86 - 7 = () 79 - 7 = () 72 - 7 = () 65.			
OU			
Donner 1 point pour chaque bonne réponse.			
☐ Demander au sujet d'épeler le mot « MONDE » à l'envers. (EDNOM) : _____			
			(écrire les lettres)

D) Rétention mnésique

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

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.

Autorisé par CESSIUGS, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke 2013

Nom de l'utilisateur

N° de dossier

E) Langage (suite)

9- Demander au sujet de lire et de suivre l'instruction suivante :

« **FERMEZ VOS YEUX** »

COTE
MAXIMALE

1 ()

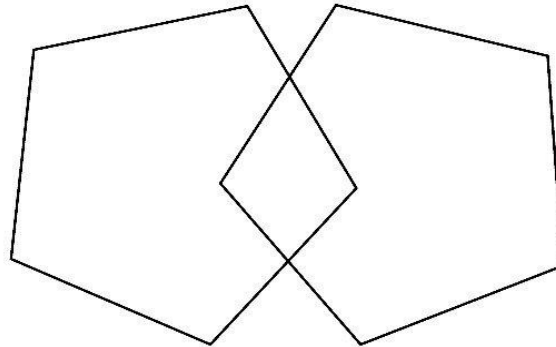
10- Demander au sujet d'écrire une phrase :

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



Guide d'administration et de cotation du (MEEM)

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

➤ **Caractéristiques du MEEM (MMSE) :**

- 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 pour les atteintes cognitives légères.
 - ↳ N'évalue pas les fonctions exécutives.

➤ **Population cible nécessitant une évaluation des fonctions cognitives avec le MEEM (MMSE) :**

- Personne âgée 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 cardiovasculaire

Habiletés requises pour l'administration du test :

- Les épreuves validées du MEEM (MMSE) 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 et 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 (MMSE).
- **L'entretien avec le proche aidant est essentiel** pour valider certaines informations obtenues aux tests cognitifs 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 lui 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 qu'il y a des questions faciles et d'autres plus difficiles.

Habiletés pendant l'entrevue :

- Utilisez un ton de voix neutre et non menaçant.
- Exprimez-vous clairement, une consigne à la fois, avec des mots simples.
- Laissez à la personne le temps de répondre aux questions (environ 30 secondes), si elle n'a pas répondu, ne répétez pas la question et passez à l'item suivant.
- Observez 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.
- Recevez avec empathie les sentiments exprimés.
- Évitez de confronter la personne à ses incapacités.
- Évitez d'engager la conversation durant le test. Si la personne demande si ses réponses sont bonnes, dites-lui « nous en reparlerons à la fin ».
- Remerciez la personne de sa collaboration.

Épreuve du MEEM :

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	()

Guide d'administration :

Qu'est-ce que j'évalue :

- Orientation
- Mémoire long terme

Quelles sont les instructions concernant cette épreuve et comment le dire :

- Commencez 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? ...** »
- Évitez de demander à la personne « pourriez-vous ou êtes-vous capable? », car si celle-ci est incapable de répondre à la question, ceci peut contribuer à augmenter son stress et son sentiment d'échec.
- Si la personne vous demande de répéter la question, nous ne reposons pas la question. Il faut seulement dire : « **Maintenant on continue** ».
- Si la personne vous demande : « **pourquoi toutes ces questions?** » L'informer que c'est pour vérifier sa mémoire et la ramener à l'épreuve en disant « maintenant nous allons continuer les exercices.... tout se passe bien. »
- Si la personne dépasse le temps alloué et si elle semble toujours chercher la réponse, laissez-la terminer, mais indiquez le score de 0 et inscrire pourquoi.
- Allouez environ 10 secondes pour répondre à chaque item.

De quelle façon dois-je coter l'épreuve?

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

Épreuve du MEEM :

B) Enregistrement

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

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

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

Donner 1 point pour chaque bonne réponse au 1^{er} 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 : _____

Guide d'administration :

Qu'est-ce que j'évalue :

- Mémoire de travail (encodage, enregistrement)

Quelles sont les instructions concernant cette épreuve et comment le dire :

- Commencez 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.** »
- Donnez les 3 mots groupés, 1 par seconde, face à la personne, en articulant bien.
- Si la personne répète après chaque mot, ne vous arrêtez pas et demandez-lui de redire les mots à la fin de la présentation « **quels sont les 3 mots que je viens de vous dire?** ».
- Notez le pointage selon la réponse fournie à cette question.
- Si la personne interrompt la présentation des mots, souvent en posant une question comme « c'est quoi le premier mot? », ne vous arrêtez pas pour répondre. Terminez la présentation des 3 mots, puis demandez : « **Quels sont les trois mots que je viens de vous dire?** ». Notez selon la réponse fournie à cette question.
- Si la personne ne peut répéter les 3 mots correctement, répétez-les de nouveau jusqu'à 3 reprises maximum. Que la personne soit capable ou non de répéter les 3 mots, passez 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 ».
- Allouez 20 secondes pour répéter les 3 mots.

De quelle façon dois-je coter l'épreuve :

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

Épreuve du MEEM :

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.
OU Donner 1 point pour chaque bonne réponse. } 5 ()
- ☐ Demander au sujet d'épeler le mot « MONDE » à l'envers. (EDNOM) : _____
(écrire les lettres)

Guide d'administration :

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 « épeler le mot monde à l'envers » :

- Demandez d'abord à la personne d'épeler le mot « MONDE » à l'endroit, en disant : « **Épeler le mot MONDE** ».
 - ↳ Si elle est incapable, aidez-la une fois seulement en disant : « **cela s'épelle : M O N D E** ».
Prononcez les lettres distinctement en prenant 1 seconde par lettre.
 - ↳ Si la personne est incapable d'épeler le mot « MONDE » même avec aide, indiquez 0.
 - ↳ Si la personne est analphabète ou dyslexique et incapable d'épeler le mot « MONDE », indiquez 0 et inscrivez pourquoi.
- Dites ensuite : « **Maintenant, épelez le mot MONDE à l'envers SVP** ».
- Accorder 30 secondes pour répondre.

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 un point pour chaque lettre dans le bon ordre et **à la bonne place**.
- Procédure pour effectuer le calcul :
 - ↪ Écrire la bonne réponse : **E D N O M**.
 - ↪ Inscrire sous chaque lettre les **cinq premières lettres** mentionnées par la personne.
 - ↪ Relier les lettres données par la personne au mot : **E D N O M** (cf. : l'exemple).

E	D	N	O	M
E	D	N	O	M

 5

E	D	N	O	M
E	D	M	O	M

 4

E	D	N	O	M
E	D	M	O	N

 3

E	D	N	O	M
E	N	M	O	E

 2

E	D	N	O	M
D	E	M	O	N

 1

E	D	N	O	M
D	E			

 0

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

Épreuve du MEEM :

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 ()			

Guide d'administration :

Qu'est-ce que j'évalue :

- Mémoire long terme

Quelles sont les instructions concernant cette épreuve et comment le dire :

- Dites : « **Quels sont les 3 mots que je vous ai demandés de retenir?** »
- Accordez 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?

- Accordez 1 point par mot adéquatement identifié sans indice.

Épreuve du MEEM :

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	()	
<i>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.</i>			

Guide d'administration :

Qu'est-ce que j'évalue :

- Compréhension écrite et orale
- Expression écrite et orale
- Mémoire
- Capacité à exécuter une consigne en 3 étapes

Quelles sont les instructions concernant cette épreuve et comment le dire :

▪ Dénomination :

- ✎ Prenez un crayon dans votre main et dites: « **qu'est-ce que c'est?** »
- ✎ Indiquez par la suite votre montre et demandez : « **qu'est-ce que c'est?** »
- ✎ Accordez 10 secondes maximum, pour chaque réponse.

▪ Répétition :

- ✎ Dites : « **Écoutez bien ce que je vais vous dire et répétez après moi : « PAS DE SI NI DE MAIS »** »
- ✎ Prononcez clairement à haute voix et pas trop lentement.
- ✎ Si la personne dit ne pas avoir entendu, ne pas répéter et dites : « **Répondez ce que vous pensez avoir entendu** ».
- ✎ Allouez 10 secondes pour répondre

▪ Consignes en 3 étapes

- ✎ Prononcez les 3 consignes clairement en 6 secondes environ, sans interruption et 1 seule fois: « **Prenez le papier de la main droite (ou gauche), pliez-le en 2 et redonnez-le-moi svp** ».
- ☞ Si la personne interrompt en demandant : Qu'avez-vous dit? ou quelque chose de semblable, continuez à donner la consigne, puis dites : « **Faites ce que vous pensez que je vous ai demandé de faire.** »
- ✎ Pour la première partie de la consigne : l'examineur 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 la feuille tout de suite après avoir entendu la première partie de la consigne. Si cela se produit, l'examineur 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 parties de la consigne.
- ✎ Une fois la consigne donnée, l'examineur 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. N'interrompez pas la personne, si vous pensez qu'elle peut le faire. Si la personne demande si elle peut prendre ses 2 mains pour plier le papier, dites : « **oui** »
- ↳ Lorsque la personne a exécuté les 2 premières consignes, l'examineur 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 répétez aucune des 3 consignes. Si la personne vous demande de le faire, dites : « **faite ce que vous pensez avoir entendu** ».

De quelle façon dois-je coter l'épreuve?

- Accordez 1 point pour chaque item correctement exécuté.

Épreuve du MEEM :

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)			

Guide d'administration :

Qu'est-ce que j'évalue :

- Compréhension écrite
- Expression écrite

Quelles sont les instructions concernant cette épreuve et comment le dire :

- **Pour l'épreuve « Fermez vos yeux » :**
 - ↳ Tendre une feuille sur laquelle il est écrit en gros caractères : **FERMEZ VOS YEUX**
 - ↳ Dites : « **SVP, faites ce qui est écrit** ».
 - ↳ Accordez jusqu'à 5 secondes comme temps de réaction.
 - ↳ Dès que la personne ferme les yeux dites : « **Ouvrez vos yeux** ».
- **Pour l'épreuve « écrire une phrase » :**
 - ↳ Demandez à la personne d'écrire une phrase complète peu importe laquelle, à son choix.
 - ↳ Ne pas demander d'écrire une phrase avec un sujet et un verbe.
 - ↳ Allouer 30 secondes pour écrire la phrase.

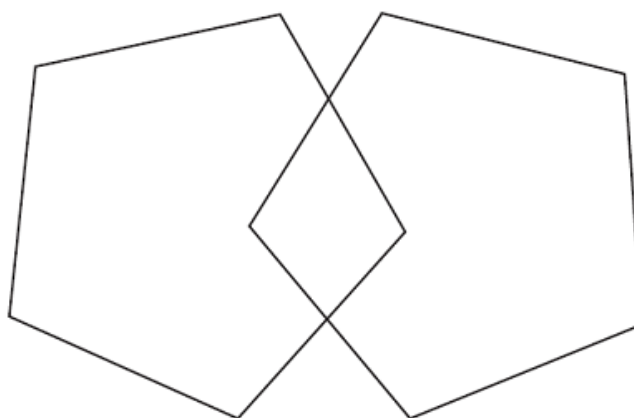
De quelle façon dois-je coter l'épreuve?

- Yeux : Accordez 1 point si la personne ferme les yeux sans incitation.
- Phrase : Accordez 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.

Épreuve du MEEM :

F) Praxie de construction

11- Demander au sujet de copier le dessin suivant :



Guide d'administration :

Qu'est- ce que j'évalue :

- Praxie visuo-constructive
- Fonctions exécutives

Quelles sont les instructions concernant cette épreuve et comment le dire :

- Présentez une feuille avec deux pentagones et dites : « **Recopiez ce dessin, SVP** »
 - ↳ Pour les personnes droitières, placez le modèle de leur côté gauche. Pour les personnes gauchères, placez le modèle de leur côté droit en inversant le pentagone. De cette façon, elles ne cacheront pas le modèle avec la main qu'elle dessine.
- Allouez 1 minute pour terminer le dessin.
 - ↳ Si après 1 minute la personne s'applique encore, laissez-la terminer pour ne pas la décourager, mais inscrivez le pointage en fonction de la production accomplie dans la première minute. Ne tenez pas compte de ce qui est fait après la minute.
 - ↳ Si la personne fait plusieurs essais dans la première minute, ceci est autorisé. Calculez le pointage pour la meilleure production.

De quelle façon dois-je coter l'épreuve?

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

Fin des épreuves du MEEM

Attention :

Le deuxième rappel ne fait pas partie du MEEM et n'est pas comptabilisé.

- 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 difficulté d'encodage, les indices n'améliorent pas la performance.

Quelles sont les instructions concernant cette épreuve et comment le dire :

- Dites : « **Quels sont les 3 mots que je vous ai demandés de retenir ?** »
 - ↳ Pour les mots dont la personne ne se rappelle pas spontanément, l'examineur fournit un indice catégoriel (sémantique)
 - ↳ Ensuite, pour les mots dont la personne ne se rappelle pas malgré l'indice sémantique, l'examineur fournit un choix de réponses et elle doit alors identifier le mot approprié.
- Les indices des mots sont :
 - ↳ Indice catégoriel : **C'est quelque chose pour se vêtir.**
 - ↳ Choix de réponses : **Chaussure, 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.**

Données complémentaires pertinentes à noter :

Quelles sont les observations qualitatives et pertinentes à noter durant l'administration du test concernant l'attitude, le comportement et les réactions de la personne ?

- Est-ce que la personne est expéditive dans ses réponses ou au contraire, lente à répondre ?
- Tente-elle de camoufler ou de minimiser ses erreurs, en disant par exemple que depuis sa retraite elle ne fait plus attention aux dates et aux journées ?
- Est-ce qu'elle est très anxieuse devant l'échec ? Se justifie-t-elle continuellement ?
- Est-elle impulsive dans ces réponses ?
- 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 doit-on constamment la ramener à la tâche ?

Références bibliographiques

Douglas, A; Letts, L; Eva, K; Richardson, J. (2012). Use of the Cognitive Performance Test for Identifying Deficits in Hospitalized Older Adults. (Articles from Rehabilitation Research and Practice are provided here courtesy of Hindawi Publishing Corporation.)

Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198.

Hébert, R; Girouard, D. (1992). Manuel pour l'administration et la cotation de l'échelle du statut mental modifiée (3MS) Centre de recherche en gérontologie et gériatrie de l'Hopital d'Youville de Sherbrooke, Canada. (Traduction et adaptation française du Manual for the administration and scoring of the Modified Mini-Mental State (3MS) de Evelyne Lee Teng, et Helena Chang Chui, 1991.)

Molloy, DW. (1999). Standardized Mini-Mental State Examination. Newgrange Press, Hamilton, Canada April 1999.

Voyer, P., Danjou, C; Nkogho Mengue, PG. (2013). Les démences. Dans : Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. 2^e Édition, ERPI. Chapitre 4, p 51-82

3.5 MoCA – Montreal Cognitive Assessment

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 d'approximativement dix minutes. Le nombre de points maximum est de 30; un score de 26 et plus est considéré comme normal.

1. Alternance conceptuelle

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

Cotation : Un point est alloué si le sujet réussit la séquence suivante : 1-A-2-B-3-C-4-D-5-E. N'allouez aucun point si une erreur n'est pas immédiatement corrigée par le sujet.

2. Capacités visuoconstructives (cube)

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

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

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

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

3. Capacités visuoconstructives (horloge)

Administration : Indiquant l'espace approprié, l'examineur donne les instructions suivantes : « Maintenant, je veux que vous dessiniez une grande horloge ronde en plaçant tous les chiffres et indiquant l'heure à 11h 10 ».

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

- **Contour (1pt)** : Le contour doit être un cercle avec peu de déformation (p. ex. : déformation mineure de la fermeture du cercle).
- **Chiffres (1pt)** : 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 (1pt)** : 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.

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

4. Dénomination

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

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

5. Mémoire

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

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

6. Attention

Empan numérique

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

Empan numérique inversé

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

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

Concentration

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

Cotation : Aucun point n'est alloué s'il y a plus de deux erreurs (p. ex., tape sur une mauvaise lettre ou omet de taper sur une lettre A).

Calcul sérié

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

Cotation : Cet item est coté sur 3 points. N'allouer aucun point si aucune soustraction n'est correcte. 1 point pour 1 soustraction correcte. 2 points pour 2 ou 3 soustractions correctes. 3 points pour 4 ou 5 soustractions

3.5 MoCA – Montreal Cognitive Assessment (suite)

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, p. ex., $100 - 7 = 92 - 85 - 78 - 71 - 64$. Le « 92 » est incorrect, mais tous les chiffres subséquents sont corrects. Donc, il s'agit de 4 soustractions correctes, le score est de 3 points.

7. Répétition de phrases

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

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

8. Fluidité verbale

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

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

9. Similitudes

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

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

Cotation : Un point est alloué pour chacune des deux dernières paires correctement réussies.

- **Les réponses suivantes sont acceptées :**
 - pour train-bicyclette : moyens de transport, moyens de locomotion, pour voyager
 - pour montre-règle : instruments de mesure, pour mesurer.
- **Les réponses non acceptables :**
 - pour train-bicyclette : ils ont des roues, ils roulent
 - pour montre-règle : ils ont des chiffres.

10. Rappel différé

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

L'examineur 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 souvient pas spontanément, l'examinateur fournit un indice catégoriel (sémantique). Ensuite, pour les mots dont le sujet ne se souvient 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 ici-bas :

VISAGE :	indice catégoriel : partie du corps	choix de réponses : nez, visage, main
VELOURS :	indice catégoriel : tissu	choix de réponses : denim, coton, velours
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 point 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.

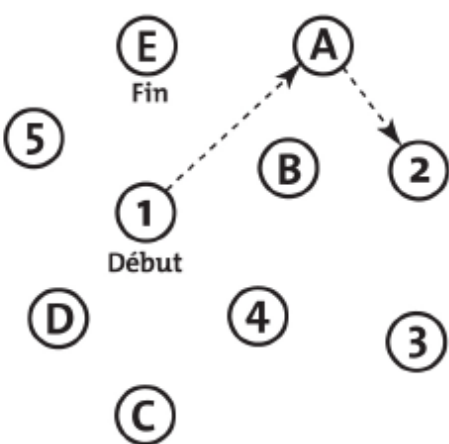
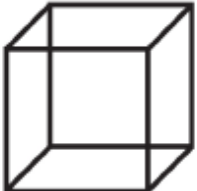
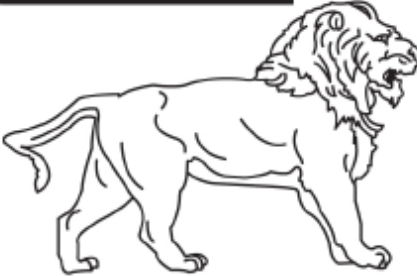
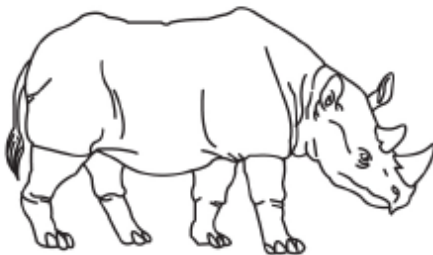
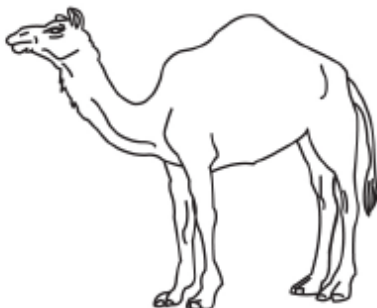
11. Orientation

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 exacts ». 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. Ajoutez 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 comme normal.

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF		DÉNOMINATION		MÉMOIRE		ATTENTION		LANGAGE		ABSTRACTION		RAPPEL		ORIENTATION									
 [] []		 Copier le cube		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points) [] [] [] Contour Chiffres Aiguilles		POINTS ___/5																	
 []		 []		 []		POINTS ___/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. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>VISAGE</th> <th>VELOURS</th> <th>ÉGLISE</th> <th>MARGUERITE</th> <th>ROUGE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1^{er} essai</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2^{ème} essai</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	1 ^{er} essai						2 ^{ème} essai						Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2		Pas de point ___/2	
	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE																		
1 ^{er} essai																							
2 ^{ème} essai																							
Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB		POINTS ___/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		POINTS ___/3																					
LANGAGE Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []		POINTS ___/2																					
Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min [] _____ (N ≥ 11 mots)		POINTS ___/1																					
ABSTRACTION Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle		POINTS ___/2																					
RAPPEL Doit se souvenir des mots SANS INDICES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>VISAGE</th> <th>VELOURS</th> <th>ÉGLISE</th> <th>MARGUERITE</th> <th>ROUGE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </tbody> </table>			VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE		[]	[]	[]	[]	[]	Points pour rappel SANS INDICES seulement		POINTS ___/5							
	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE																		
	[]	[]	[]	[]	[]																		
Optionnel <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>VISAGE</th> <th>VELOURS</th> <th>ÉGLISE</th> <th>MARGUERITE</th> <th>ROUGE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Indice de catégorie</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Indice choix multiples</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Indice de catégorie						Indice choix multiples						POINTS ___/5			
	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE																		
Indice de catégorie																							
Indice choix multiples																							
ORIENTATION [] Date [] Mois [] Année [] Jour [] Endroit [] Ville		POINTS ___/6																					

INVENTAIRE DU FARDEAU DE ZARIT — PROTOCOLE SIPA

Propre à chaque GMF

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

Disponible à l'adresse suivante :
<http://geriatrie-albi.com/zarit.pdf>

3.7 GDS — Échelle de dépression gériatrique

Geriatric Depression scale, Yeasavage & coll.

À REMPLIR PAR L'USAGER

Nom : _____ Dossier : _____

Âge : _____ Date : _____

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

3.7 GDS — Échelle de dépression gériatrique

Geriatric Depression scale, Yeasavage & coll.

CORRIGÉ

Nom : _____ Dossier : _____

Âge : _____ Date : _____

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

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

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

3.8 BREF — Batterie rapide d'efficiency frontale

N° DOSSIER :

NOM :

PRÉNOM :

D.D.N. :

Date : _____

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

SECTION 4 : DIAGNOSTIC

4.1 Pistes pour l'examen physique incluant l'examen neurologique en 7 étapes

Objectifs de l'examen physique et neurologique :

- Déterminer s'il y a une cause réversible sous-jacente telle qu'une lésion structurale du cerveau (lésion focale).
- Établir un **diagnostic différentiel** tel un syndrome parkinsonien ou un AVC.

Étape 1 : Signes vitaux et état de vigilance

Signes vitaux et poids		Évaluation de l'état général	Évaluation de l'état mental et de la parole
• Hypertension artérielle vs Hypotension orthostatique • Gain ou perte de poids	• Habillage du sujet (soigné vs négligé, adapté au climat) • Apparence et hygiène personnelle • Expression du visage • Comportement et manières • Humeur	• Niveau de conscience et d'attention • Façon de s'exprimer	

Étape 2 : Fonctions cognitives

Évaluation cognitive

- Quantification des fonctions cognitives

Étape 3 : Évaluation des nerfs crâniens

Nerfs évalués	Manœuvre	Manifestations	Diagnostic(s) différentiel(s)
Nerf optique	Champs visuels par confrontation	Amputation des champs visuels	Quadrantopsie supérieure = lésion temporale profonde
Nerfs 3-4-6	Mouvements extraoculaires	Nystagmus	Ex. : Pathologie cérébelleuse
		Saccades hypométriques	Ex. : Parkinsonisme
		Limitation des mouvements verticaux : ne traversent pas l'horizon (<i>skiing</i>)	Ex. : Paralyse supranucléaire progressive (parkinson-plus)
Nerfs du visage (5 et 7)			
Nerf glosso-pharyngien (9)		Conversion de l'oropharynx	

4.1 Pistes pour l'examen physique incluant l'examen neurologique en 7 étapes (suite)

Étape 4 : Système moteur et réflexes

Signe	Manœuvre	Manifestations	Diagnostic(s) différentiel(s)
Motricité volontaire	Serment ou pronateurs	Chute du bras	Lésion focale voies motrices — Atteinte du motoneurone supérieur
	Mouvements alternatifs rapides des membres supérieurs : pianoter, pince pouce-index	Asymétrie	Lésion focale voies motrices — Atteinte du motoneurone supérieur
	Observation	Tremblement au repos	Ex. : Parkinsonisme
Motricité involontaire	Mouvements alternatifs rapides des membres supérieurs et inférieurs	Bradykinésie	Ex. : Parkinsonisme
	Mouvements passifs flexion-extension poignet et coude	Rigidité, roue dentée	Ex. : Parkinsonisme
	Cutané plantaire	Extensions (Babinski)	Ex. : Lésion focale voies motrices
Réflexes	Réflexes ostéotendineux	Asymétrie des réflexes	Ex. : Lésion focale voies motrices
	Élévation de la jambe tendue (5 sec.)	Chute vers la civière	Ex. : Lésion focale voies motrices
Signes de souffrance cellulaire	Observation	Myoclonies provoquées ou spontanées	Ex. : Hypoperfusion, Creutzfeld-Jacob
	Observation	Fasciculations a/n muscles : langue, bras, jambe	Ex. : SLA
Réflexes primitifs	Paume des mains	Palmomentonier	Peu spécifique
	Hors vision	Glabellaire	Ex. : Atteinte plus spécifique aux noyaux gris centraux
	Poignet soutenu	<i>Grasping</i>	Ex. : Pathologie préfrontale

Étape 5 : Dépistage sensitif

Signe	Manœuvre	Manifestations	Diagnostic(s) différentiel(s)
Fonction sensitive	Piqûre	Asymétrie de la sensation	Lésion focale voies sensitives

4.1 Pistes pour l'examen physique incluant l'examen neurologique en 7 étapes (suite)

Étape 6 : Fonction cérébelleuse

Signe	Manœuvre	Manifestations	Diagnostic(s) différentiel(s)
Épreuves cérébelleuses MS	Doigt/nez (toujours exclure la faiblesse)	Dysmétrie	Ex. : Atteinte hémisphère cérébelleux
Épreuves cérébelleuses MI	Taper du pied rapidement (plus aisé que talon-genou)	Irrégularité	Ex. : Atteinte cérébelleuse

Étape 7 : Démarche

Signe	Manœuvre	Manifestations	Diagnostic(s) différentiel(s)
Anomalies de la démarche	Observation : • Stabilité au lever sans appui • Stabilité au demi-tour • Initiation des mouvements • Longueur/hauteur du pas • Largeur du polygone de sustentation • Balancement des bras	Apraxie magnétique (parfois après distance)	Ex. : hydrocéphalie
		Petit pas, décomposition du mouvement, hésitation initiale	Parkinsonisme
		Extrapyramidal et posture en extension	Ex. : Parkinson plus — paralysie supranucléaire — progressive

Saviez-vous qu’il est possible de faire un examen de dépistage neurologique très rapide et très sensible en seulement quelques minutes?

Une combinaison de 3 épreuves motrices est plus sensible que l’examen des forces standard. Par exemple, les combinaisons bras tendus (serment), asymétrie des réflexes et pince pouce-index sont très sensibles et spécifiques (plus de 95 %) pour détecter une lésion hémisphérique.

4.2 Recommandations sur le bilan sanguin de base et les indications de l'imagerie cérébrale

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

Bien que les cas de démences réellement réversibles soient très rares, en revanche, les cas de troubles cognitifs légers qui s'améliorent à la suite du retrait d'un agent néfaste pour la cognition semblent plus fréquents.

Afin d'exclure une problématique traitable ou réversible s'apparentant à la symptomatologie de la maladie d'Alzheimer, telles qu'une cause médicamenteuse ou métabolique, une dépression, l'apnée du sommeil, quelles analyses sanguines sont recommandées ?

Bilan sanguin de base	
FSC	TSH
Électrolytes (Na, K)	Vitamine B12
Calcium	Albumine
Glycémie	Acide folique

Autres tests sanguins selon jugement clinique, tels que :	
Bilan hépatique	VIH
CRP	Syphilis

L'imagerie cérébrale par tomodensitométrie magnétique ?

Utile au dx différentiel chez les patients avec déclin cognitif présentant un des critères suivants :
Âgé de moins de 60 ans.
Détérioration rapide et inexpliquée des facultés cognitives (c.-à-d. 1 ou 2 mois) ou de l'état fonctionnel.
Durée « courte » de la démence (moins de 2 ans).
Traumatisme crânien grave survenu récemment.
Symptômes neurologiques inexpliqués (ex. : apparition de maux de tête violents ou de crises épileptiques graves) ou anomalies focales à l'examen neurologique (ex. : hémiparésie ou signe de Babinski).
Antécédents de cancer (en particulier ceux associés à 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 cognitif (possibilité d'hydrocéphalie à pression normale).
Symptômes cognitifs ou tableau clinique inhabituel ou atypique (ex. : aphasie progressive).

De plus, un scan ou une IRM doit être effectué dans le cadre de l'évaluation d'une personne présentant un déficit cognitif, car la présence d'une maladie cérébrovasculaire insoupçonnée est susceptible de conduire à des modifications de la prise en charge clinique.

4.3 La contribution du DSM-5

DMS-4 et 4TR sont utilisés depuis 26 ans

- Ces critères syndromiques sont toujours utilisés pour préciser les indications des traitements par IACHÉ et décrire l'épidémiologie des troubles cognitifs.

L'évolution des connaissances et la pression pour faire disparaître le terme « démence » amènent l'American Psychiatric Association à modifier son approche diagnostique des maladies cognitives dégénératives (DSM-5, 2013). Certaines de ces modifications vous sont immédiatement utiles :

Le mot « démence » est un frein à la consultation et à l'intervention.

- Il est remplacé par « Troubles neurocognitifs majeurs ».

Une atteinte cognitive sans limites fonctionnelles (MCI) doit être reconnue.

- Elle porte le diagnostic de « Troubles neurocognitifs mineurs ».

Les SCPD modifient grandement la prise en charge et

- Un diagnostic de TNC doit toujours être accompagné de la **spécification** « avec ou sans SCPD ».

Une **quantification**, une mesure du déficit, est exigée au dossier.

- Cela implique donc des tests tels Folstein et/ou *MoCA* et/ou BREF, etc.

Une définition claire et simple des stades en « Troubles neurocognitifs majeurs » :

- Léger dès qu'au moins un AVD (ex. : gestion financière) est touché.
- Modéré dès qu'un AVQ est touché.
- Sévère lorsqu'il y a dépendance pour plusieurs AVQ.

Dans tous les TNC, on devrait **préciser une cause** possible :

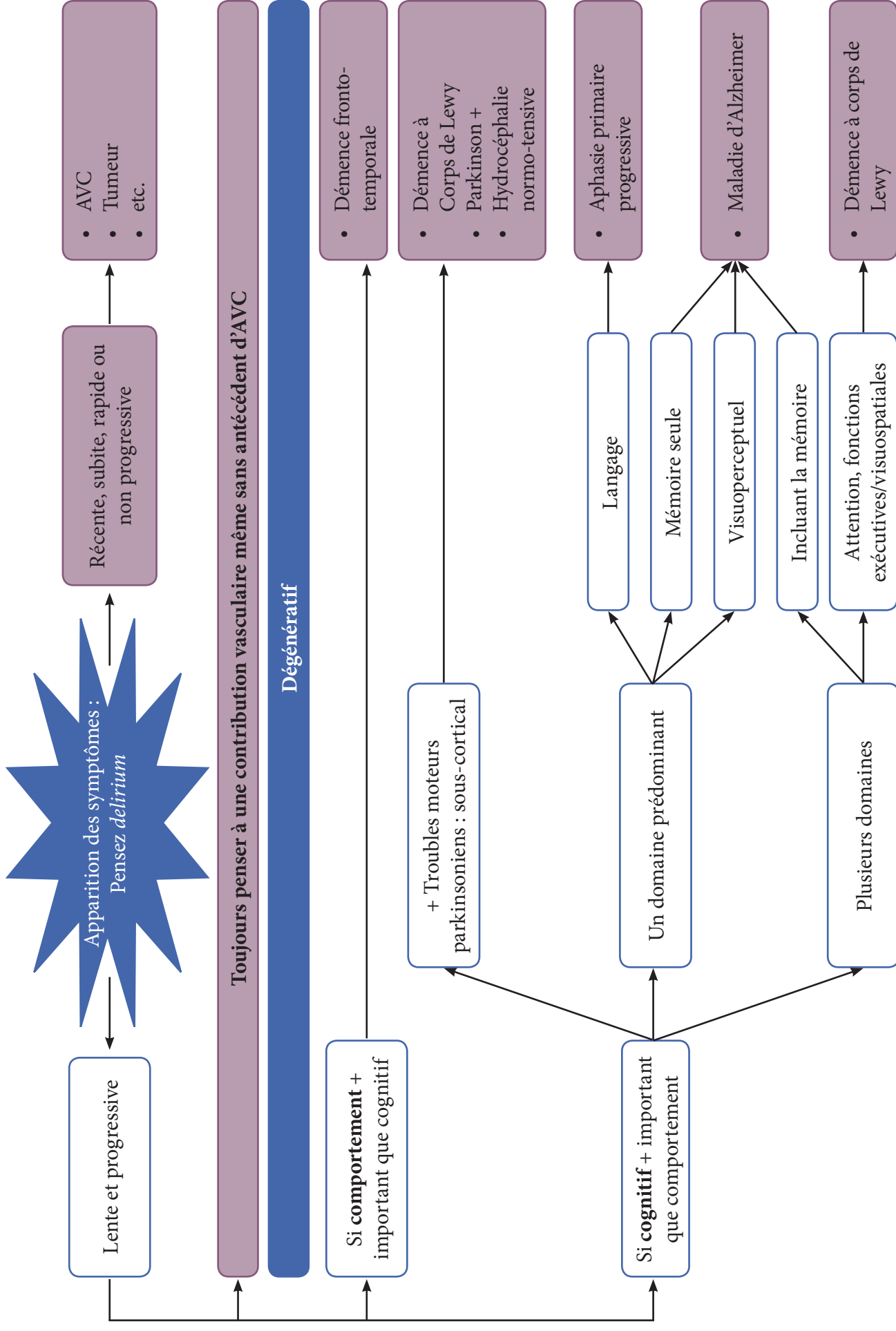
- Plus difficile, mais toutes les maladies dégénératives commencent par une période sans répercussion fonctionnelle et progressent.

Exemple de rédaction de la note diagnostique au dossier du patient :

« Troubles neurocognitifs majeurs d'intensité légère, de type Alzheimer, sans SCPD » **ET** le résultat d'au moins un test cognitif au dossier, exemple « *MMSE* 24/30 »

Troubles neurocognitifs (TNC)		
	Majeur	Mineur
A	1. Déclin cognitif significatif, comparativement à un niveau de performance antérieur, dans ≥ 1 domaine cognitif, tel qu'en font foi : Une suspicion de déclin cognitif par le patient, un tiers ou le clinicien ET	2. Une atteinte modeste de la performance cognitive démontrée par une évaluation neuropsychologique standardisée (préférentiellement) ou une autre évaluation clinique quantitative.
	2. Une atteinte substantielle de la performance cognitive démontrée par une évaluation neuropsychologique standardisée (préférentiellement) ou une autre évaluation clinique quantitative.	
B	Les déficits cognitifs empêchent de réaliser seul les activités quotidiennes.	Les déficits cognitifs n'interfèrent pas avec le fonctionnement.
C	Les déficits cognitifs ne surviennent pas exclusivement en cours de <i>delirium</i> .	
D	Les déficits cognitifs ne sont pas expliqués par un trouble mental.	
	Préciser : - La cause - Avec ou sans trouble du comportement - La sévérité	Préciser : - La cause - Avec ou sans trouble du comportement

4.4 Algorithme de diagnostic différentiel des troubles cognitifs



4.5 Caractéristiques et signes cliniques des principales démences (troubles neurocognitifs majeurs)

	ALZHEIMER	VASCULAIRE	CORPS DE LEWY	FRONTO-TEMPORALE variante comportementale
A. PRÉVALENCE	• Environ 60 à 70 % des cas diagnostiqués • Davantage les femmes • Entre 40 et 90 ans, souvent 65 ans et +	• Environ 20 % • Davantage les hommes	• Environ 5 à 15 % • Davantage les hommes • Vers l'âge de 70 ans	• Environ 5 à 7 % (variante comportementale) • Davantage les hommes • Souvent entre 50 et 60 ans
B. DÉBUT CLINIQUE ET ÉVOLUTION DE LA MALADIE	Début insidieux et évolution progressive	• Début soudain ou insidieux • Évolution progressive par paliers (ou escalier) • Détérioration variable	• Début insidieux et rapide • Symptômes parkinsoniens et de démence < 1 an	• Début insidieux et évolution progressive • Atteintes comportementales beaucoup plus importantes que les atteintes cognitives
C. FONCTIONS ATTEINTES	Impact fonctionnel par rapport au niveau antérieur • Mémoire épisodique et déclin dans un autre domaine cognitif : - Langage - Fonctions exécutives	Impact fonctionnel par rapport au niveau antérieur • Variable selon la zone atteinte par un infarctus cérébral • Les troubles des fonctions exécutives et de l'attention semblent dominer	Impact fonctionnel par rapport au niveau antérieur • Fonctions exécutives et attention • Fonctions visuoconstructives +++ • Mémoire peu altérée au début de la maladie et « indicable », puis déclin par la suite	Impact fonctionnel par rapport au niveau antérieur • Problèmes surtout exécutifs, diminution de : - Attention/concentration - Jugement - Flexibilité mentale
D. SYMPTÔMES TYPIQUES INITIAUX	• Perte graduelle et importante de la mémoire récente du quotidien (ex. : ce qu'ils ont fait la veille ou la semaine dernière) • Désorientation spatio-temporelle • Trouble du langage (anomie ou manque du mot) • Difficulté à exécuter des tâches complexes • Apathie • Retrait social	• Problèmes exécutifs : - Attention - Organisation - Jugement - Flexibilité mentale • Difficulté pour la récupération de l'information • Modification de la personnalité et de l'humeur • Anomalie de la démarche inexpliquée	Fluctuation importante des fonctions cognitives (surtout de l'attention) se manifestant sur quelques heures ou quelques jours • Hallucinations visuelles détaillées et récurrentes • Idées délirantes • Sommeil agité avec rêves +++ • Étourdissements, chutes, syncopes • Parkinsonisme	Troubles de comportement : • Perte précoce du sens des convenances sociales • Modification de la personnalité et désinhibition • Rigidité mentale et inflexibilité • Distractivité et impulsivité • Manque d'autocritique • Apathie ou inertie • Comportement persévératif, ritualisé et compulsif • Perte d'empathie ou de sympathie • Hyperoralité et modification du régime alimentaire • Négligence précoce de l'hygiène

4.5 Caractéristiques et signes cliniques des principales démences (troubles neurocognitifs majeurs) (suite)

	ALZHEIMER	VASCULAIRE	CORPS DE LEWY	FRONTO-TEMPORALE variante comportementale
E. MMSE – ATTEINTES INITIALES CLASSIQUES	- Orientation temporelle ↓ - Rétention des 3 mots ↓ et non amélioré avec indices - Pentagones ok	Peu d'atteintes de la mémoire et de l'orientation	- Mémoire → ok et « indicable » - Atteinte de l'attention - Difficulté avec le mot monde - Atteinte importante des fonctions visuoconstructives (pentagones)	- Souvent dans les limites de la normale ou encore MMSE > 24 - Préservation relative de la mémoire, de l'orientation et des praxies
F. MoCA : ATTEINTES INITIALES CLASSIQUES	- Des fonctions visuospatiales et exécutives pour les pentagones et le cube - Difficulté d'organisation et initiation de la tâche - Hésitation - Persévération - Compréhension plus difficile de la consigne - Rétention des 5 mots ↓+++	- Alternance conceptuelle et cube : - Désorganisation, persévération - Diminution de la fluidité du langage : - Lettre F - Mémoire améliorée avec indices - Pour le rappel des 5 mots	- Très détérioré P/R au MMSE - Déficits particulièrement prédominants dans les questions évaluant surtout les fonctions exécutives et visuospatiales : - Alternance conceptuelle et cube très désorganisés - Lettre A et soustraction : laborieux et présence de fatigue mentale - Rappel « indicable »	Peu d'atteintes, mais impulsivité
G. HORLOGE	Progression typique : - Hésitation, mais résultat ok - Aiguilles incorrectes (11 h 10) - Espace augmenté entre 5-6, 11-12 - Chiffres entassés à droite	Désorganisation, persévération (Aucune amélioration à la pratique)	Horloge très désorganisée	Peu d'atteintes, mais impulsivité
H. AUTRE	- Exclure une situation de <i>délirium</i> - Exclure toute autre pathologie neurologique - Non explicable par une atteinte psychiatrique	- Présence d'un tableau vasculaire - Tableau moins homogène, varie selon les zones affectées - CT-SCAN : présence de leucoaraïose	Sensibilité sévère aux neuroleptiques	

Adapté du tableau de Dr Éric Tardif (2013). Boîte à outils CIUSSS de l'Estrie — CHUS par Claire Létourneau, infirmière clinicienne (2015) clinique de mémoire, CIUSSS de l'Estrie — CHUS (2015)/ Révisé par Dre Hélène Imbeault, Phd en neuropsychologie, Clinique de mémoire, CIUSSS de l'Estrie — CHUS.

SOURCES :

- Bocfi, C. (2014). Démarche diagnostique – démence à corps de Lewy et démence fronto-temporale. Formation RUIS dans le cadre du projet d'implantation ciblée GMF – Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.
- Bourque, M. (2013). Les principales démences : comprendre pour mieux dépister, évaluer et intervenir. Cahier de formation à l'intention des infirmières. Programme de formation continue. OIIQ.
- Lacombe, G. (2014). Démarche diagnostique Alzheimer, MCI et démence vasculaire. Formation RUIS dans le cadre du projet d'implantation ciblée GMF – Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. 2^e édition. St-Laurent, Québec. Édition du Renouveau pédagogique.

4.6 Critères diagnostiques de démence de type Alzheimer

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

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

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

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

D. Les deux critères principaux de la section A ne sont pas dus à :

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

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

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

4.7 La démence vasculaire

La contribution vasculaire aux troubles cognitifs

- Les facteurs vasculaires sont les plus importants parmi les facteurs de risque à une détérioration cognitive;
- L'identification de tout trouble cognitif, mineur ou majeur, devrait être utilisée pour motiver, autant chez le patient que chez ses proches, la prise en charge du syndrome métabolique et l'amélioration des habitudes de vie. Cela contribue à retarder l'apparition ou la progression des déficits;
- La contribution vasculaire augmente avec l'âge et peut exacerber les déficits déjà existants en se rajoutant à une maladie dégénérative. On parle alors de démence mixte, mais il pourrait être préférable d'être plus précis. Ex. : « troubles neurocognitifs majeurs, vasculaires avec Alzheimer possible, sans SCPD ».

En plus des incidents hémorragiques, post-hypoperfusion ou post-hypoxique, on reconnaît en général 3 types de présentation clinique aux démences vasculaires :

1. Accidents vasculaires multiples

Progression classique en escalier

Nécessite en général au moins une atteinte de l'hémisphère dominant

Peut s'installer dans les 3 mois de l'ACV

Documenté par des déficits focaux ou l'imagerie

Déficits directement liés au site des accidents vasculaires, mais en général prédominance perceptuo-praxiques

2. Infarctus stratégique

Un seul peut suffire, dément du jour au lendemain

Décrit avec tout type d'atteinte vasculaire : ACV, hémorragie, vasculite, migraine, etc.

Dans un site de confluence cognitive tel : Thalamus et noyaux caudés surtout

Souvent mnésique et perceptuel domine

3. Microvasculaire sous-cortical

Progression souvent insidieuse surtout si maladie de la substance blanche

Évolution en marches d'escalier si multilacunaire

Manifestations sous-corticales

Dysexécutif, lenteur, apathie, labilité émotionnelle, pseudobulbaire

Toute manifestation d'allure vasculaire sans facteurs de risque apparents demande une référence en clinique de mémoire pour éliminer des causes métaboliques ou familiales moins fréquentes.

4.8 Le *delirium* chez le patient ambulatoire

Une brève description

- Toute modification aiguë ou subaiguë de la performance neurocognitive.
- Implique obligatoirement une atteinte de l'attention et presque toujours une désorganisation autant de la pensée, de l'état d'éveil que de la perception temporelle.
- Atteint au moins 20 % des personnes âgées hospitalisées et augmente la durée d'hospitalisation et le risque d'orientation en hébergement de longue durée. Et pourtant, il demeure sous-diagnostiqué.
- La désorganisation cognitive et la fluctuation qu'apporte le *delirium* augmentent le risque de chute et nécessitent souvent une surveillance.

Étiologie et présentation

Certaines étiologies peuvent survenir en contexte ambulatoire :

- Médication, en particulier les psychotropes, anticholinergiques, antihistaminiques, narcotiques, antiémétiques, analgésiques, anticonvulsivants, etc.
- Inconfort, telle que constipation, douleur (fracture?) ou déshydratation.
- Infections locales ou systémiques.

Cette désorganisation cognitive résultant d'une insulte nouvelle au fonctionnement cérébral se produit fréquemment à domicile. Une consultation médicale pour confusion, agitation, hypoactivité ou détérioration cognitive est souvent demandée par les proches aidants. Évidemment une personne atteinte de troubles neurocognitifs y sera plus susceptible et toute détérioration rapide demande une évaluation pour *delirium*.

Critères du *delirium* (selon le DSM-5, 2013)

- | | |
|----------|---|
| A | Perturbation de l'attention et de la vigilance |
| B | Perturbation se développe rapidement (heures-jours), constitue un changement par rapport au fonctionnement usuel et fluctue en intensité pendant la journée |
| C | ≥ 1 autre domaine cognitif est touché (mémoire, orientation, langage, perception) |
| D | A et C ne s'expliquent pas mieux par un autre TNC et ne sont pas le fait d'une réduction importante de l'état d'éveil (ex. : coma) |
| E | Hx E/P ou labos soutiennent l'existence d'un lien physiologique direct entre le tableau et un phénomène causal |

L'évaluation clinique au bureau

On devra alors faire une évaluation complète de tout changement récent de la médication, un examen physique détaillé et un examen cognitif.

4.8 Le *delirium* chez le patient ambulatoire (suite)

Soyez plus vigilant à la capacité attentionnelle du patient

Exemples d'observation :

- Le patient comprend-il les consignes facilement ?
- Est-il distrait par les moindres stimuli extérieurs ?
- Se fatigue-t-il rapidement ?
- Est-ce que sa performance fluctue ou si ses réponses diffèrent pour la même question ?

On peut évaluer « l'attention » dans le *MoCA* :

1. « L'empan chiffre » : soit le nombre de chiffres qu'une personne peut répéter dans le même ordre, comme les cinq.

OU

2. Le test de la « lettre A »

Si ces sous-tests ne sont pas réussis, l'atteinte de l'attention peut diminuer les résultats aux autres épreuves.

On devra être prudent pour interpréter le résultat global. L'évaluation devra être répétée après l'épisode de *delirium*.

Examens complémentaires

En plus du bilan sanguin de base, il pourrait être pertinent selon le jugement clinique du médecin d'y ajouter les tests suivants :

- Enzymes hépatiques
- Culture d'urine
- Radiographie pulmonaire
- CRP : peut indiquer le besoin de chercher plus activement une cause non exprimée par le patient.
- L'électroencéphalogramme (EEG) : rarement utile et sera réservé aux troubles soudains et imprévisibles suggestifs d'atteinte icatale ou persistante inexpliqués.
- La tomographie axiale cérébrale (SCAN) : rarement indiquée dans un contexte d'atteinte cognitive fluctuante sans atteinte focale.

Traitement

Le traitement de la cause devrait amener rapidement une amélioration, mais il faudra souvent plusieurs semaines avant un retour à l'état de base. En absence d'agitation importante, de dangerosité ou d'inconfort majeur, les neuroleptiques devraient être évités.

Rédaction de la note au dossier du patient

Préciser :

- Mode de présentation
 - Hyperactif, hypoactif ou mixte
- Aiguë ou chronique (plus de quelques jours)

SECTION 5 : PHARMACOLOGIE

Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (les plus utilisés en démence)*

Autres

Tableau inspiré du CSSS de Laval, avec la collaboration du Dr Élisabeth Azuelos, octobre 2013. Reproduction avec permission.

5.2 Critères et demande d'autorisation de remboursement des médicaments

Critères de remboursements des médicaments d'exception

Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IACHÉ)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Demande d'autorisation de paiement Donépézil, etc.

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/formulaires/8008.pdf>

Demande d'autorisation de paiement Mémantine, etc.

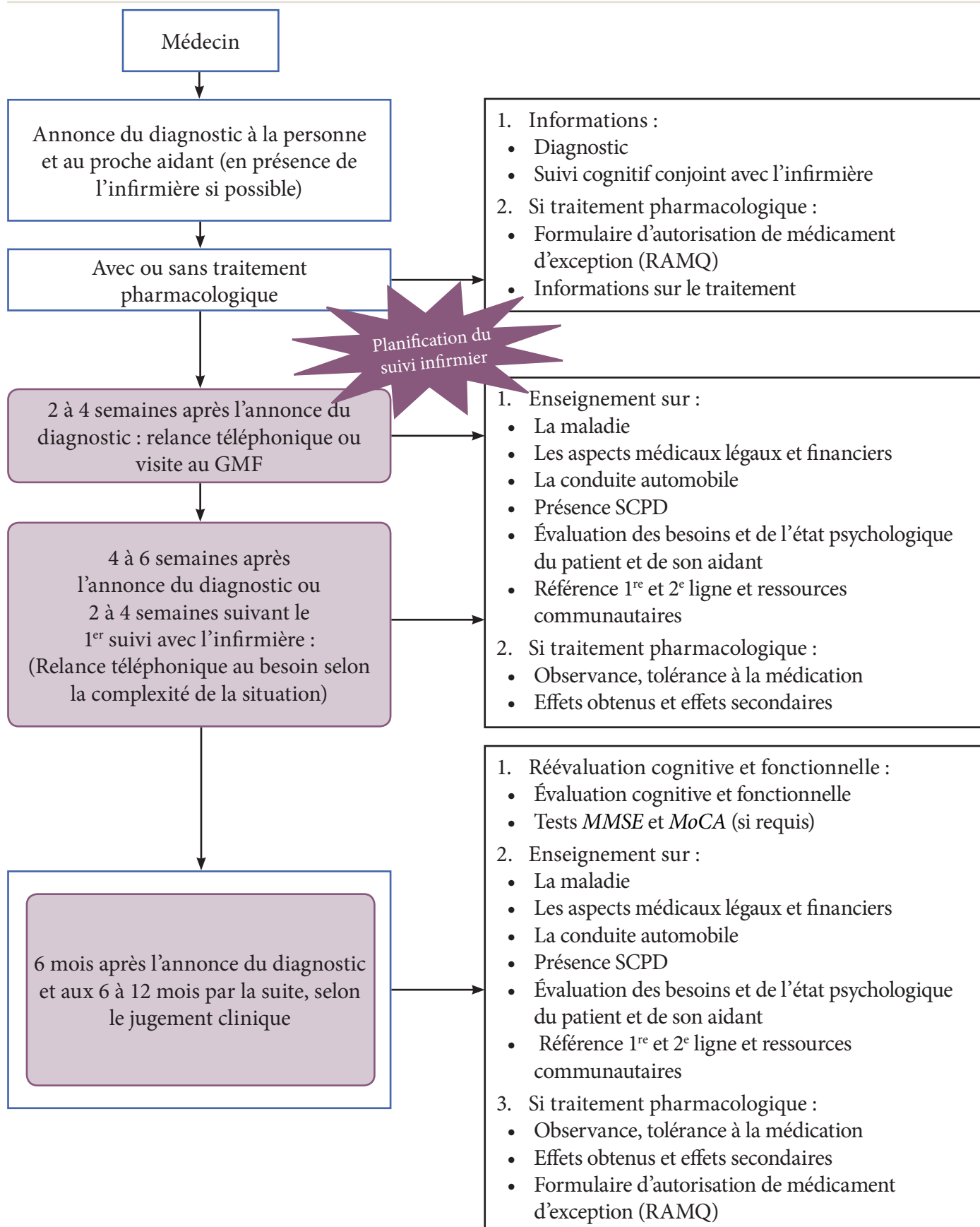
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/formulaires/8009.pdf>

Demande d'autorisation de médicament

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/optometristes/medicaments/medicaments-patient-exception/Pages/index-formulaires-mc.aspx>

SECTION 6 : SUIVI

6.1 Suivi selon le protocole à la suite du diagnostic



6.2 Actions recommandées après un diagnostic de démence

Nom : _____ Dossier : _____

Âge : _____ Date : _____

Actions recommandées après un diagnostic de démence	Fait	À faire
1. Informer le patient et sa famille du diagnostic.		
2. Identifier le proche aidant et évaluer le support nécessaire.		
3. Décider du besoin de références à d'autres ressources (liste locale).		
4. Évaluer la sécurité : automobile, finances, médication, cuisine.		
5. Déterminer la présence de procuration, mandat d'inaptitude.		
6. Évaluer la compétence du patient.		
7. Référer le patient et sa famille à la Société Alzheimer/L'Appui.		
8. Donner de l'information sur les traitements non pharmacologique et pharmacologique.		
9. Développer un plan d'intervention et réévaluer régulièrement.		
10. Surveiller la réponse au traitement initié.		
11. Évaluer et prendre en charge les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).		
12. Évaluer les problèmes fonctionnels et le statut nutritionnel et intervenir au besoin.		

6.3 Suivi cognitif avec ou sans traitement pharmacologique

Consentement à la recherche : ☐ Oui ☐ Non Signature : _____ Médecin de famille : _____ Téléphone : _____ Personne significative : _____ Lien : _____ Tél. : _____	Nom : _____ Prénom : _____ DDN : _____ N° de dossier : _____	
Pharmacie : _____ Téléphone : _____	☐ Profil médicamenteux joint avec analyse du pharmacien	
Mode de distribution : ☐ Vial ☐ Dosette/Dispill Rx non prescrits et produits naturels: _____	☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide totale ☐ Problème d'observance : _____ _____ _____	
Traitement		
DIAGNOSTIC :	Traitement : ☐ Oui ☐ Non Débuté le : _____ Médicament actuel : _____ Approuvé jusqu'au : _____	
À compléter si prise de médicament contre l'Alzheimer		
Observance au traitement : ☐ Oui ☐ Non Raison : _____		
Titrage selon ordonnance collective : ☐ Oui ☐ Non		
Évaluation des effets secondaires (☒ si présence de symptômes)		
☐ Nausées	☐ Crampes membres inférieurs	☐ Confusion
☐ Perte d'appétit	☐ Céphalées	☐ Hallucinations
☐ Vomissements	☐ Étourdissements, syncope	☐ Rougeur (site du timbre)
☐ Diarrhées, douleur abdominale	☐ Troubles du sommeil	
Évaluation subjective de la réponse au traitement selon :		
Proche aidant :	☐ Stabilisation	☐ Détérioration ☐ Amélioration
Personne atteinte :	☐ Stabilisation	☐ Détérioration ☐ Amélioration
_____ _____ _____		

6.3 Suivi cognitif avec ou sans traitement pharmacologique (suite)

Changement depuis la dernière visite

Problème médical, hospitalisation, déménagement, deuil, séparation, perte d'emploi, SCPD, etc.

☐ Proche aidant ☐ Personne atteinte

Questionnaire des changements cognitifs et fonctionnels observés par le proche aidant : ☐ Oui ☐ Non

Évaluation de l'état psychologique de l'aidant : ☐ GDS ☐ Zarit ☐ Autre

Ressources et services en place

☐ COOP ☐ Popote roulante ☐ SAD ☐ Transport ☐ Gestionnaire de cas ☐ Société Alzheimer/Appui

☐ Soutien psychologique ☐ Autre : _____

☐ Mandat d'inaptitude ☐ Procuration bancaire ☐ Compte conjoint

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____

Sommaire de l'évaluation — Quels changements, depuis quand, impacts fonctionnels sur les AVQ/AVD et perception du déclin cognitif par le patient.

	Synthèse AVQ/AVD	Pas de changement	Besoin de supervision	Difficulté avec aide	Incapable/ refuse	N/A
_____	Préparer les repas					
_____	Entretenir la maison					
_____	Utiliser les appareils					
_____	Faire les courses					
_____	Gérer le budget/finances					
_____	Conduire/Utiliser transport					
_____	Prendre ses médicaments					
_____	Loisirs/vie sociale					
_____	S'alimenter					
_____	Se laver, s'habiller					

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

TA : _____ Pls : _____

MMSE : _____ MMSE antérieur : _____ (date : _____)

Horloge : _____ Horloge antérieure : _____ (date : _____)

MoCA : _____ MoCA antérieur : _____ (date : _____)

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____

À remplir par le médecin traitant :

Dosage : ☐ idem ☐ ↑ ☐ ↓ _____ ☐ Cessé

Signature médecin : _____ Date : _____

☐ Changement de molécule : _____

☐ Revoir par l'infirmière : ☐ Quand? _____ ☐ Raison : _____

Note : _____

**S.V.P remettre
dans la case de
l'infirmière**

6.3 Suivi cognitif avec ou sans traitement pharmacologique (suite)

AVQ/AVD <i>Cocher si modification ou détérioration</i>	Depuis quand?	Détails/Compensation <i>(ex. : utilise les services de popote roulante)</i>
S'alimenter/Préparer les repas		
☐ Changement dans son alimentation		☐ Mange moins ☐ Mange à outrance
☐ Capacité à préparer les repas		
☐ Rotation des aliments dans le frigidaire		
☐ Autre : _____		
Entretenir la maison/Faire des travaux manuels		
☐ Capacité à entretenir la maison int/ext.		
☐ Capacité à exécuter des travaux manuels		
☐ Propreté de la résidence		
Utiliser les appareils		
☐ Capacité à utiliser le téléphone/Internet		
☐ Capacité à prendre les messages		
☐ Capacité à utiliser les appareils électriques, les outils, les électroménagers		
Faire les courses		
☐ Capacité à identifier ses besoins		
☐ Capacité à remettre le bon montant ou à utiliser sa carte bancaire		
Gérer son budget		
☐ Compréhension de ses relevés de compte		
☐ Capacité à payer ses comptes et faire des chèques		
☐ Autre : _____		
Conduire ou utiliser les moyens de transport		
☐ Respect de la signalisation et de la vitesse		
☐ Déplacements sans accident ou contravention		
☐ Laisseriez-vous vos petits-enfants partir, seuls en voiture avec votre proche?		
Loisirs/Vie sociale		
☐ Participation aux activités sociales		
☐ Maintien de ses activités favorites		
☐ Autre : _____		

6.3 Suivi cognitif avec ou sans traitement pharmacologique (suite)

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

6.3 Suivi cognitif avec ou sans traitement pharmacologique (suite)

Fonctions cognitives <i>Cocher si modification ou détérioration</i>	Depuis quand?	Détails
Langage		
☐ Dans sa façon de s'exprimer, cherche ses mots		
☐ Description de l'objet au lieu de le nommer		
☐ Capacité à suivre une conversation en groupe		
☐ Compréhension des consignes		
☐ Autre : _____		
Fonctions exécutives		
☐ Capacité à initier une tâche et la terminer		
☐ Capacité à organiser et planifier une tâche		
☐ Capacité à agir dans une situation inhabituelle		
☐ Reconnaissance de ses capacités/incapacités		
☐ Capacité à prendre des décisions		
État mental <i>Cocher si modification ou détérioration</i>	Depuis quand?	Détails
☐ Agitation/comportements dérangeants ou inappropriés		
☐ Agressivité verbale/physique		
☐ Anxiété		
☐ Irritabilité		
☐ Méfiance		
☐ Désinhibition		
☐ Passivité, apathie		
☐ Persévération		
☐ Propos interprétatifs (ex. accuse autrui de vol)		
☐ Hallucinations/Illusions		
☐ Symptômes dépressifs		
Question à l'aidant		
Vous devez vous s'absenter pendant 2 semaines (voyage, hospitalisation, etc.). Seriez-vous inquiet/inquiète de laisser votre proche seul(e)? ☐ Oui ☐ Non Pourquoi? _____ _____ _____ _____		

RAPPORT D'EXAMEN MÉDICAL PAR UN OMNIPRATICIEN

Permis de conduire M-28

Nom

Prénom

Adresse (Numéro, rue, appartement)

Municipalité

Code postal

Date de naissance

Numéro de permis de conduire

Téléphone (résidence)
Ind. rég.

Téléphone (travail)
Ind. rég.

Retournez le formulaire à :

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

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

À LA PERSONNE VISÉE PAR L'EXAMEN MÉDICAL

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

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

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

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

AU MÉDECIN

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

TROUBLES VISUELS

1 Glaucome, cataracte, champ visuel anormal, etc.

Indiquer tout diagnostic si connu : _____

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

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

Champ visuel par confrontation : ☐ Normal ☐ Anormal Diplopie : ☐ Oui ☐ Non

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

TROUBLES AUDITIFS

2 Perte de l'ouïe

Diagnostic : _____

Perte de l'ouïe : ☐ Oreille droite ☐ Oreille gauche

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

TROUBLES NEUROLOGIQUES

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

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

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

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

Description de la manifestation des crises : _____

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

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

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

Nom

Prénom

Date de naissance

Numéro de permis de conduire

TROUBLES CARDIAQUES ET VASCULAIRES

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

Diagnostic :

Classe
fonction-
nelle selon
NYHA

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

Angine : ☐ Oui ☐ Non

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

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

Syncopes ▶ Date : ▶ Cause :

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

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

Anévrisme de l'aorte : ☐ Abdominale Diamètre : cm ☐ Thoracique Diamètre : cm Indication chirurgicale ☐ Oui ☐ Non Préciser : ☐ Échographie ☐ Tomodensitométrie

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

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

TROUBLES RESPIRATOIRES

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

Diagnostic :

Classe
fonctionnelle

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

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

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

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

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

DIABÈTE ET TROUBLES MÉTABOLIQUES

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

Diagnostic :

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

Traitement : ☐ Insuline ☐ Hypoglycémiant ☐ Diète

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

Si oui, combien ? Date du dernier épisode :

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

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

Nom

Prénom

Date de naissance

Numéro de permis de conduire

TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET ABUS DE SUBSTANCES

7 *Agressivité, trouble de comportement, trouble de personnalité, psychose, dépression, angoisse, abus ou dépendance (alcool, drogues, médicaments) consommation inappropriée (alcool, alcool + cannabis, médicaments, drogues) etc.*

Diagnostique selon DSM-IV :

Échelle globale de fonctionnement (EGF) selon DSM-IV :

Date de la dernière crise psychotique :

► Nombre d'épisodes depuis 1 an :

► Nombre d'épisodes depuis 3 ans :

Selon DSM-IV : Abus chronique à une substance : ☐ Oui ☐ Non

► Si oui, laquelle ?

Dépendance à une substance : ☐ Oui ☐ Non

► Si oui, laquelle ?

Date de début de rémission :

Habitudes de consommation (quantité, fréquence, durée) :

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

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

8 *Limitations physiques, amputation, difformité congénitale, etc.*

Diagnostic :

La personne est-elle limitée dans ses mouvements ? ☐ Oui ☐ Non ► Si oui, décrivez ses limitations.

La personne porte-t-elle une prothèse ou une orthèse ? ☐ Oui ☐ Non ► Si oui, précisez : .

Au cours des 12 derniers mois avez-vous constaté une modification :

– du fonctionnement physique ? ☐ Oui ☐ Non ► Si oui, précisez :

– du fonctionnement cognitif ? ☐ Oui ☐ Non ► Si oui, précisez :

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

MÉDICATION COURANTE

9 *Effets secondaires des médicaments, interaction des médicaments, polypharmacie, etc.*

Énumérer les médicaments pris régulièrement et préciser la posologie. Au besoin, joindre une liste au lieu de remplir cette section.

NOM DU R	DOSE	FRÉQUENCE	NOM DU R	DOSE	FRÉQUENCE
		Die-Bid-Tid-Qid-prn			Die-Bid-Tid-Qid-prn
		Die-Bid-Tid-Qid-prn			Die-Bid-Tid-Qid-prn
		Die-Bid-Tid-Qid-prn			Die-Bid-Tid-Qid-prn

À la prise de ses médicaments, la personne ressent-elle des effets secondaires ayant un impact sur la conduite sécuritaire d'un véhicule routier ?

☐ Oui ☐ Non ► Si oui, lesquels ?

Cocher si aucun médicament n'est pris régulièrement ☐

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

Nom

Prénom

Date de naissance

Numéro de permis de conduire

AUTRES DIAGNOSTICS

10 EGF diminuée, difficultés AVD/AVQ, détérioration de l'état général, obésité morbide, dialyse, insuffisance rénale, etc.

Diagnostic : _____

Diagnostic : _____

Diagnostic : _____

RECOMMANDATIONS

11 Croyez-vous pertinent que la Société exige que cette personne subisse des évaluations complémentaires? ☐ Oui ☐ Non

► Si oui, lesquelles? – Évaluation sur route par la Société : ☐ Oui ☐ Non ► Si oui, précisez à la section 12.

– Évaluation fonctionnelle par un ergothérapeute : ☐ Oui ☐ Non ► Si oui, précisez à la section 12.

– Consultations spécialisées : ☐ Oui ☐ Non ► Si oui, lesquelles? _____

Cette personne devrait-elle cesser de conduire en attendant ces évaluations? ☐ Oui ☐ Non ► Si oui, précisez à la section 12.

COMMENTAIRES ADDITIONNELS

12 Décrire toute situation qui laisse présager un risque pour la conduite automobile.

RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DU MÉDECIN

13 ☐ Je suis le médecin traitant de cette personne depuis _____ ans. Nombre de visites par année : _____

☐ Je ne suis pas le médecin traitant de cette personne. Son médecin traitant est : _____

☐ Cette personne n'a pas de médecin traitant _____.

Nom et adresse du médecin (en caractères d'imprimerie)

Signature

Date de l'examen

Date du rapport

Numéro du permis d'exercice

Téléphone

Télécopieur

Vous pouvez joindre à ce formulaire tout document que vous jugez pertinent.

La communication de renseignements personnels

Le personnel autorisé de la Société de l'assurance automobile du Québec traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils sont indispensables pour appliquer la Loi sur l'assurance automobile et le Code de la sécurité routière. La Société communique ces renseignements à ses mandataires et à certains ministères et organismes, selon la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ces renseignements peuvent aussi servir à des fins de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter ces renseignements ou les corriger. Pour plus d'information, adressez-vous aux centres de relations avec la clientèle ou consultez la Politique de confidentialité de la Société au www.saaq.gouv.qc.ca.

RAPPORT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL — ÉVALUATION MÉDICALE

Formulaires

Protection des majeurs inaptes

Rapport du directeur général

Évaluation médicale

*Dans le cadre d'une demande d'ouverture d'un
régime de protection ou de l'homogation d'un
mandat (PDF)*

[http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/outils/
publications/formulaires.html](http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/outils/publications/formulaires.html)

Évaluation médicale dans le cadre d'une demande d'ouverture d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat

Important : imprimez en mode recto seulement.

Suivez les instructions de la page 4.

1. Renseignements généraux sur la personne visée par l'évaluation

Nom à la naissance		Prénom à la naissance		Nom usuel si différent	
Date de naissance aaaa-mm-jj	Sexe ☐ Femme ☐ Homme	N° d'assurance maladie		N° de dossier à l'établissement	
Adresse numéro, rue, ville					Code postal

2. Information sur la demande d'évaluation

Quelles sont les circonstances motivant la demande d'évaluation médicale (éléments déclencheurs)?

3. Sources ou références

Personnes consultées dans le cadre de votre évaluation

Nom de la première personne consultée			Prénom		
Lien avec la personne	N° de téléphone	Poste	Date de la consultation aaaa-mm-jj	Type de consultation ☐ Entretien téléphonique ☐ Rencontre	
Nom de la deuxième personne consultée			Prénom		
Lien avec la personne	N° de téléphone	Poste	Date de la consultation aaaa-mm-jj	Type de consultation ☐ Entretien téléphonique ☐ Rencontre	

4. Maladies ou troubles qui affectent l'aptitude de la personne

Maladies neurocognitives ou dégénératives

☐ Démence (précisez) :	Type de démence	Stade	Instrument de mesure utilisé
☐ Traumatisme crânien			
☐ AVC			
☐ Autre (précisez) : _____			
Date du diagnostic (année-mois) aaaa-mm			

Maladies ou troubles mentaux

☐ Troubles psychotiques (précisez) :	_____
☐ Troubles de l'humeur (précisez) :	_____
☐ Autre (précisez) :	_____
Date du diagnostic (année-mois) aaaa-mm	

Troubles du développement intellectuel	
☐ Léger ☐ Moyen ☐ Sévère ☐ Troubles du spectre de l'autisme	
Date du diagnostic (année-mois) aaaa-mm	
Quel est le principal diagnostic en lien avec l'incapacité de la personne?	
La date du diagnostic correspond-elle avec le moment de la survenance de l'incapacité?	
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas	
Y a-t-il d'autres diagnostics qui contribuent à l'incapacité de la personne?	
☐ Oui ☐ Non	Si oui, lesquels? _____ _____
Quelles sont les principales conclusions des tests réalisés (ex. : MMSE, MoCA, etc.)? (Si pertinent, joignez les résultats en annexe.)	
_____ _____ _____ _____	

5. Quelles atteintes (pathologiques, cliniques, fonctionnelles) expliquent l'incapacité de la personne?	
Orientation	
_____ _____	
Mémoire	
_____ _____	
Affect	
_____ _____	
Jugement	
_____ _____	
Autres	
_____ _____	

6. Évaluation de l'aptitude de la personne

A. Protection de la personne

- ☐ À mon avis, la personne est **apte** à assurer la protection de sa personne et à exercer ses droits civils. (Passez à la section B.)
- ☐ À mon avis, la personne est **inapte** à assurer la protection de sa personne et à exercer ses droits civils.
Le degré de l'incapacité est :
- ☐ **partiel**, parce qu'elle peut prendre certaines décisions éclairées pour elle-même et exercer certains de ses droits civils.
- ☐ **total**, parce qu'elle ne peut pas prendre de décisions éclairées pour elle-même ni exercer ses droits civils.

B. Administration des biens

- ☐ À mon avis, la personne est **apte** à administrer ses biens et à exercer ses droits civils relatifs aux biens. (Passez à la section 7.)
- ☐ À mon avis, la personne est généralement ou habituellement apte, mais a besoin, pour certains actes ou temporairement, d'être assistée ou conseillée dans l'administration de ses biens. (Passez à la section 7.)
- ☐ À mon avis, la personne est **inapte** à administrer ses biens et à exercer ses droits civils relatifs aux biens.
Le degré de l'incapacité est :
- ☐ **partiel**, parce qu'elle peut prendre certaines décisions éclairées quant à l'administration de ses biens.
- ☐ **total**, parce qu'elle ne peut pas prendre de décisions éclairées quant à l'administration de ses biens.

C. Capacités résiduelles

Si l'incapacité est partielle, quelles capacités résiduelles identifiables conserve la personne?

7. Conclusions de l'évaluateur

- L'évaluation médicale démontre l'incapacité de la personne, et, considérant la sévérité et l'évolution possible du diagnostic médical, la durée de l'incapacité est :
 - ☐ temporaire parce qu'une amélioration de son état est possible. Précisez : _____
 - ☐ permanente parce qu'aucune amélioration n'est envisagée.
 - L'évaluation médicale a été réalisée le aaaa-mm-jj.
- J'ai informé la personne du motif de l'évaluation et de mes conclusions en date du aaaa-mm-jj.

8. Médecin ayant procédé à l'évaluation

Nom		Prénom		Spécialité	N° de permis d'exercice
N° de téléphone	Poste	N° de télécopieur	Adresse courriel		
Adresse professionnelle principale numéro, rue, ville					Code postal
Signature (signez la copie originale en bleu)					Date aaaa-mm-jj



Instructions

Instructions générales

N.B. : Si l'espace alloué est insuffisant, vous pouvez continuer sur une feuille que vous annexerez au présent document. Ce formulaire doit être complété dans la langue la plus utilisée par la personne (français ou anglais).

Le tribunal nomme un conseiller à la personne généralement ou habituellement apte, mais qui a besoin d'être assistée ou conseillée dans l'administration de ses biens, pour certains actes, ou temporairement. Ex. : vendre un immeuble, renoncer à une succession. **Le Curateur public ne peut pas être conseiller au majeur (mais il peut être nommé tuteur ou curateur).**

Le tribunal ouvre une **tutelle** s'il est établi que l'incapacité du majeur à prendre soin de lui-même ou à administrer ses biens est **partielle ou temporaire**, et qu'il a besoin d'être représenté dans l'exercice de ses droits civils.

Il nomme alors :

- un tuteur à la personne **et** aux biens; OU
- un tuteur à la personne ou un tuteur aux biens. (art. 285 C.c.Q.)

Les tuteurs ou curateurs aux biens et à la personne peuvent être différents, ce qui permet notamment de partager les responsabilités.

Le tribunal ouvre une **curatelle** s'il est établi que l'incapacité du majeur à prendre soin de lui-même et à administrer ses biens est **totale et permanente**, et qu'il a besoin d'être représenté dans l'exercice de ses droits civils.

Il nomme alors un curateur. (art. 281 C.c.Q.)

Une décision éclairée présuppose la connaissance de tous les éléments nécessaires à la prise de décision.

Section 6 : Évaluation de l'aptitude de la personne — A : Protection de la personne

Un régime de protection à la personne est ouvert pour assurer la protection de la personne et la représenter dans l'exercice de ses droits civils (ex. : poser une action en justice, donner accès à son dossier, accepter que son image soit captée et utilisée, etc.) Le mandant pourrait également avoir prévu des clauses à cet effet dans le mandat qu'il aura rédigé en prévision de son incapacité.

La protection de la personne réfère à ses besoins fondamentaux. Par exemple, la personne peut-elle se nourrir et se loger convenablement ou demander les services requis pour le faire? Peut-elle assurer sa sécurité? Donc, compte tenu de son état de santé et de ses revenus, les conditions de vie de la personne sont-elles adéquates?

Le terme *droits civils* désigne l'ensemble des prérogatives attachées à la personne. Il comprend, notamment, le droit au respect de sa vie privée et de sa vie familiale, de son domicile et de sa correspondance, le droit à l'image, le droit à la liberté et à la sûreté, le droit d'aller et venir, le droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion, le droit à la liberté d'expression, à la liberté de réunion et à la liberté d'association, le droit au mariage et le droit de fonder une famille. L'exercice des droits civils nécessite une compréhension des impacts y étant rattachés. Il importe de s'assurer que malgré sa maladie, la personne a les capacités pour prendre des décisions éclairées dans son quotidien. Si la personne est inapte, c'est une autre personne qui exercera certains de ses droits civils en son nom.

Attention : Même si une personne est sous régime de protection, elle peut continuer à consentir à ses soins ou y opposer un refus. Son aptitude à consentir devra être évaluée pour chaque soin.

Instructions (suite)

Section 6 : Évaluation de l'aptitude de la personne — B : Administration des biens

Un régime de protection aux biens est ouvert à une personne pour la représenter dans l'administration de ses biens. Le mandant pourrait également avoir prévu des clauses à cet effet dans le mandat qu'il aura rédigé en prévision de son inaptitude.

L'administration des biens et l'exercice des droits civils y étant rattachés réfèrent notamment à la capacité de contracter, de percevoir ses revenus, d'accepter ou de refuser une succession, de faire une donation, de gérer ou vendre un immeuble, de gérer son salaire, etc.

La question à se poser est : malgré sa maladie, la personne a-t-elle les capacités pour prendre des décisions éclairées dans son quotidien et en comprendre les impacts?

Section 8 : Médecin ayant procédé à l'évaluation

Vos coordonnées complètes sont importantes, y compris votre adresse courriel, si disponible. Elles nous permettent de communiquer plus rapidement avec vous si requis.

Instructions de transmission

Important : Les informations contenues dans ce rapport sont hautement confidentielles. Il est donc nécessaire d'en assurer la confidentialité à toutes les étapes, lors de la production des évaluations et la transmission à l'intérieur de l'établissement et aux destinataires autorisés seulement. La transmission doit s'effectuer seulement lorsque l'évaluation conclut à l'inaptitude.

Dans le cadre d'une **demande d'ouverture d'un régime de protection public (par le Curateur public)** :

- transmettez l'original de ce rapport au directeur général de l'établissement.

Dans le cadre d'une **demande d'ouverture d'un régime de protection privé (par les proches) ou d'une demande d'homologation d'un mandat** :

- transmettez l'original de ce rapport au requérant ayant attesté sous serment qu'il entend demander l'ouverture du régime de protection ou l'homologation du mandat; ([art. 22 LSSSS](#))
- transmettez une copie à la personne visée et conservez une copie à votre dossier.

SECTION 7 : RESSOURCES

7.1 Ressources de soutien aux proches aidants

Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer

www.alzheimer.ca/fr/federationquebecoise

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

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

Coordonnées téléphoniques de la société Alzheimer de votre région : _____

Des protocoles d'aiguillage existent dans certaines régions.

L'APPUI pour les proches aidants d'âînés

www.lappui.org

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

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

Des protocoles de référence existent dans certaines régions.

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

Baluchon Alzheimer

www.baluchonalzheimer.com

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

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

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

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

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

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

MeSSAGES est une formation gratuite sur Internet qui vise à outiller les proches aidants d'une personne âgée de 65 ans et plus afin qu'ils puissent gérer, au quotidien, le stress lié à leur rôle.

La formation se déroule sur une période de sept semaines à raison d'une session hebdomadaire d'une durée approximative de 60 minutes. Des groupes d'une dizaine de proches aidants sont accompagnés par une professionnelle de la santé (tutrice).

De plus, tout au long de la formation, les aidants ont la possibilité d'échanger avec leurs pairs sur un forum de discussion qui leur est dédié.

Autres ressources régionales

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Formulaire d'aiguillage (référence)

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

Coordonnées du proche aidant :

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Courriel : _____ Lien avec la personne atteinte : _____

Signature : _____ Date : _____

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

L'APPUÏ POUR LES
ESTRIE PROCHES AIDANTS
D'AINÉS

Réservé au professionnel de la santé

Nom de l'intervenant référant : _____

Coordonnées de l'intervenant référant : _____

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

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

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

7.2 Références au CISSS ou au CIUSSS

Centre local de services communautaires (CLSC)

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

Coordonnées du CLSC de votre région : _____

Une requête de services standardisée existe dans plusieurs régions.

Clinique mémoire

Évaluation et suivi clinique

Les cliniques de la mémoire ont pour principaux mandats de :

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

Coordonnées de la clinique mémoire de votre région : _____

Une requête de services standardisée existe dans plusieurs régions.

Recherche

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

Des protocoles de référence existent dans certaines régions.

Équipe SCPD

Les équipes ambulatoires SCPD ont pour principaux mandats de :

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

Coordonnées d'équipe ambulatoire SCPD de votre région : _____

Des protocoles de référence existent dans certaines régions.

7.3 Lexique

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

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

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

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

Apathie : État caractérisé par une absence d'intérêt pour les activités quotidiennes, de la passivité, de l'indifférence, un manque de motivation et d'initiative, une diminution des contacts sociaux, des expressions faciales et des réponses émotives.

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

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

Dysarthrie : Trouble de l'élocution.

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

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

Flexibilité mentale : Capacité à s'adapter à la nouveauté et aux changements.

Fluidité verbale ou fluence verbale : Capacité d'évocation rapide de mots appartenant à une même classe.

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

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

Hyperoralité : Modifications des habitudes alimentaires telles qu'une augmentation de la fréquence et des portions des prises alimentaires et un intérêt marqué pour l'exploration orale des objets.

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