



Rapport d'évaluation du projet pilote

Octobre 2016

REPÉRAGE INTERDISCIPLINAIRE DES TROUBLES NEUROCOGNITIFS CHEZ LES PERSONNES VIEILLISSANTES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (PVDI) : PHASE 1

Institut universitaire en déficience intellectuelle
et en trouble du spectre de l'autisme

**INSTITUT
UNIVERSITAIRE**
**EN DÉFICIENCE
INTELLECTUELLE**
**ET EN TROUBLE
DU SPECTRE
DE L'AUTISME**

Auteure

Sylvie Garneau,

agente de planification, programmation et recherche, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)

.....

Collaborateurs principaux

Soutien à l'élaboration du rapport :

Carol Chiasson,

consultante externe

Soutien à la révision du rapport :

Nadia Loirdighi,

agente de planification, programmation et recherche, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)

Pilote du projet :

Sylvie Garneau,

agente de planification, programmation et recherche, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)

Responsable du projet :

Mylène Alarie,

conseillère en gestion des programmes, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)

**Collaboration à la mise en œuvre du projet pilote
(phase 1):**

Chantal Boissonneault,

infirmière, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)

Audrey Tardif,

ergothérapeute, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)

Révision

Frédéric Drolet de Montigny,

agente administrative, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)

Marilyn Guévremont,

agente administrative, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)

Josée Mac Donald,

technicienne en documentation, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)

.....

Soutien à l'édition

Paul Guyot,

conseiller cadre au transfert et à la valorisation des connaissances, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)

Lucie Lemire,

cadre intermédiaire en communication et relations publiques - transitoire, Service de communications, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)

.....

Mise en page

Frédéric Drolet de Montigny,

agente administrative, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)

Marilyn Guévremont,

agente administrative, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)

Il est recommandé de citer le document de cette façon :

CIUSSS MCQ, Institut universitaire en DI et en TSA. *Repérage interdisciplinaire des troubles neurocognitifs chez les personnes vieillissantes présentant une déficience intellectuelle (PVDI) : phase 1*, par S. Garneau. Trois-Rivières, QC : Collections de l'Institut universitaire en DI et en TSA, 2016; 41 p.

Dépôt légal

ISBN (Version électronique) : 978-2-550-77430-3

Table des matières

Liste des acronymes	iii
Remerciements	4
1. Mise en contexte	5
2. Description du projet	8
3. Méthodologie	9
3.1. Déroulement	9
4. Résultats	12
4.1. Résultats de la passation des outils dans la démarche de repérage	12
4.2. Comportements identifiés comme associés aux difficultés cognitives liées au vieillissement chez les participants du projet pilote	14
4.3. Constats saillants en lien avec les démarches entreprises	15
5. Discussion	16
5.1. Observations directes	16
5.2. Outils de repérage	16
5.3. Démarche de repérage (outil d'aide à la prise de décision en matière de repérage des TNC chez les PVDI)	18
5.4. Plan d'intervention	19
5.5. Impacts des résultats	19
5.6. Ajustements proposés au niveau de la démarche de repérage	22
5.7. Démarche proposée pour le repérage des TNC liés au vieillissement des personnes ayant une DI	24
5.8. Propositions de pistes de solution	26
6. Conclusion	30
7. Références	31
Annexe 1 – Description des outils	33
Annexe 2 – Méthodologie	34
Annexe 3 – Outil d'aide à la prise de décision en matière de repérage des troubles neurocognitifs chez les personnes vieillissantes ayant une déficience intellectuelle (PVDI)	39
Annexe 4 – Base de données	40

Liste des tableaux

Tableau 1 - Prévalence de la démence	5
Tableau 2 - Profil des usagers participants (N = 10)	10
Tableau 3 - Profil de l'équipe clinique	10
Tableau 4 - Conditions de passation des outils d'évaluation	11
Tableau 5 - Résultats par outil	13

Liste des acronymes

AMPS	<i>Assessment of Motor and Process Skills</i>
APPR	Agent de planification, programmation et recherche
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS MCQ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CQA	Conseil québécois d'agrément
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
DDN	Date de naissance
DEURI	Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation
DI	Déficience intellectuelle
DSQIID	<i>Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities</i>
IP	Intervenant pivot
IU	Institut universitaire
MoCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
PAD	Programme d'aide à domicile
PADI	Personne âgée présentant une déficience intellectuelle
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PI	Plan d'intervention
PP	Projet pilote
PSI	Plan de services individualisé
PVDI	Personne vieillissante présentant une déficience intellectuelle
PVDI-TNC	Personne vieillissante présentant une déficience intellectuelle ayant des troubles neurocognitifs
RI	Ressource intermédiaire
RNI	Ressource non institutionnelle
RTF	Ressource de type familial
SAG	Service ambulatoire gériatrique
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SD	Syndrome de Down
SIPAD	Système d'information pour les personnes ayant une déficience
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SRSOR	Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort
TGC	Trouble grave du comportement
TNC	Trouble neurocognitif
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UFDPP	Unité fonctionnelle du développement de la pratique de pointe

Remerciements

Nos chaleureux remerciements aux dix personnes vieillissantes présentant une déficience intellectuelle, à leur famille et leurs proches ainsi qu'aux responsables d'hébergement pour avoir participé à ce projet pilote. Leur geste constitue une contribution active au développement du savoir sur le plan cognitif.

Nos remerciements à chacun des collègues des équipes cliniques impliquées, soit les intervenantes pivots, Hélène Pothier, France Julien, Liliane Ducharme, Suzanne-Andrée Ross, Francine Goulet, Johanne Breton, Sylvie Pellerin, Véronique Allard et les superviseurs cliniques Josée Pruneau, Katrine St-Pierre, Jean Lauzière, Sylvie Bouchard, Anne Labrecque, Nathalie Héon et Michel-Robert Masson.

Merci à madame Nadia Loirdighi, agente de planification, programmation et recherche pour sa collaboration aux données documentaires et sa révision du rapport.

Merci à madame Linda Goyette, agente de planification, programmation et recherche et pilote du SIPAD et à monsieur Jean Lauzière, superviseur clinique, pour leur collaboration à l'aspect statistique.

Merci à la direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation (DEURI) pour le soutien à l'actualisation du projet pilote et à l'analyse de son caractère novateur.

Notre gratitude rejoint nos partenaires de la première ligne, soit les médecins généralistes et leurs collègues traitant la personne vieillissante présentant une déficience intellectuelle comme une personne à part entière.

Un remerciement particulier est adressé à l'équipe du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) de Drummondville qui a permis, avec la deuxième ligne, la réponse aux besoins d'une personne présentant un trouble neurocognitif. Le suivi aux besoins de cette personne a été nommé comme exemplaire dans le présent rapport.

Puis, des remerciements au service de courtage de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie¹, incluant le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) de la Montérégie-Est et Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort (SRSOR)², qui ont validé la pertinence du DSQIID auprès de la clientèle présentant une déficience intellectuelle. Merci à monsieur France Fleury pour les échanges concernant la faisabilité du projet pilote.

¹ Fusionnée au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre depuis le 1^{er} avril 2015.

² Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) de la Montérégie-Est et Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort (SRSOR) sont fusionnés au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest depuis le 1^{er} avril 2015.

1. Mise en contexte

Ce projet pilote sur le *Repérage interdisciplinaire des difficultés cognitives liées au vieillissement des personnes présentant une déficience intellectuelle*, homologué par le Conseil québécois d'agrément (CQA) en date du 30 octobre 2015, s'inscrit dans le cadre des actions reliées au programme clientèle *Personnes vieillissantes présentant une déficience intellectuelle* (PVDI) réalisées depuis 2012 en regard de l'implantation et de l'évaluation du programme. L'établissement est amené à apporter un premier niveau de réponse face à la nouvelle réalité démographique rencontrée au sein de la population vieillissante qu'il dessert. En effet, cette réalité démographique a des répercussions sur toutes les sphères biopsychosociales et particulièrement sur le plan physique et cognitif de la personne.

Dans les services en déficience intellectuelle (DI) et en trouble du spectre de l'autisme (TSA) du CIUSSS MCQ, les personnes vieillissantes présentant une DI représentent un total de 461 usagers dans l'établissement, dont 52 usagers présentant un syndrome de Down (SD) de 40 à 54 ans et 409 usagers de plus de 55 ans³. Une bonne partie de cette population présente des facteurs de risque (syndromes, passé institutionnel, vieillissement précoce et comorbidité (hypothyroïdie, troubles du comportement, épilepsie, dépression, etc.)).

Le risque de développer une démence pour les personnes présentant une DI ou un syndrome de Down est supérieur à celui de la population générale, tel qu'illustré dans le tableau ci-dessous⁴ :

Tableau 1 - Prévalence de la démence

• <i>Prévalence dans la population générale</i> - o 1-2 % chez les 65-69 ans - o 16-25 % chez les 80 ans et +
• <i>Prévalence dans la population présentant une <u>DI</u></i> - o 14 % chez les 59 ans et + - o 22 % chez les 65 ans et +
• <i>Prévalence chez la population présentant un <u>SD</u></i> - o 40 % chez les 50 ans et + - o 70 % chez les 60 ans et +

Selon Deb (2003)⁵, cette prévalence élevée en DI pourrait s'expliquer par la présence d'un syndrome génétique, par les pertes de réserves du cerveau ainsi que par l'histoire des dommages cérébraux. Ces trois manifestations étant plus communes au sein de cette population.

³ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (2014). *Rapport de recherche – Caractéristiques des personnes âgées présentant une déficience intellectuelle à partir du système SIPAD*. Trois-Rivières : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire.

⁴ McGuire, B. E., Whyte, N. & Hardardottir, D. (2006). *Alzheimer's disease in Down syndrome and intellectual disability : a review*. The Irish Journal of Psychology, vol. 27(3-4), 114-129. Cité dans Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (2015). *Cognition et démence chez les personnes âgées ayant une déficience intellectuelle : rapport de recherche*. Tiré de <http://www.crditedmcq.qc.ca/download.asp?18554>

En 2011, deux objectifs du programme clientèle PVDI ont été implantés auprès des personnes vieillissantes DI, dont l'un concernait le maintien de l'autonomie fonctionnelle (vigilance sur les signes précurseurs des pertes d'autonomie de la personne et évaluation régulière et systématique à partir du SMAF). L'évaluation de son implantation en 2012 a permis d'établir le niveau de base de la réalisation des objectifs auprès de cette clientèle et de proposer des recommandations pour renforcer les aspects qualitatifs de l'intervention.

Parallèlement, en 2012, la direction des services à la clientèle a mandaté un comité ad hoc pour établir le portrait de la situation de la perte d'autonomie vécue par la clientèle desservie par l'établissement et les services qu'elle reçoit de la première ligne. Il importait alors d'émettre des recommandations en vue d'établir des ententes de collaboration avec la première ligne afin de cogérer l'usager populationnel DI vieillissant et de définir les meilleurs moyens d'interactions possibles entre les établissements.

Des outils déjà mis en place dans les services, tel le *Guide de préparation à la visite médicale ou à l'hospitalisation*, allaient faire l'objet d'utilisation de plus en plus fréquente de la part de l'équipe clinique. Parallèlement, les équipes cliniques souhaitaient être davantage supportées pour le repérage des problématiques liées au vieillissement.

L'Unité fonctionnelle du développement de la pratique de pointe⁶ (UFDPP) mise en place en 2010 s'est poursuivie et la pratique de pointe est davantage circonscrite. Deux activités de recherche s'amorcèrent en 2013 avec Dr Pierre Nolin, neuropsychologue, et ses collègues. La première portait sur les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des personnes âgées présentant une déficience intellectuelle à partir du système SIPAD, et la seconde portait sur les caractéristiques cognitives des personnes ayant une déficience intellectuelle. Les membres de l'UFDPP se sont intéressés aux situations cliniques apportées. Un dénominateur commun semblait découler de ces présentations cliniques, soit l'hypothèse de possibles difficultés cognitives liées au vieillissement. On pouvait parfois constater des conclusions hâtives de la part de nos équipes cliniques devant la description de nouveaux symptômes. Une certaine stigmatisation de la présence de la maladie d'Alzheimer pouvait se profiler. Par ailleurs, un alibi pouvait se glisser quant à la présence même de la déficience intellectuelle pour expliquer l'apparition de nouveaux comportements.

C'est à l'été 2013 que le programme PVDI de l'établissement s'est intéressé plus en profondeur aux résultats du courtage de l'ASSS de la Montérégie entourant les *Outils de repérage d'un syndrome démentiel chez les personnes présentant une déficience intellectuelle : démarche et recommandations des experts*⁷. Les échanges avec le CRDITED de la Montérégie-Est et Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort (SRSOR) nous confirment la validité de l'outil, sa pertinence, la possibilité de son utilisation avec une clientèle présentant différents niveaux de déficience intellectuelle et l'accessibilité de la passation à différents titres d'emploi dans la mesure où l'usager leur est connu depuis six mois.

⁵ Deb, S. (2003). *Dementia in people with an intellectual disability*. Reviews in Clinical Gerontology, vol. 13(2), 137-144.

⁶ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (2014). *Rapport annuel de gestion 2013-2014*. Tiré de <http://www.crditedmcq.qc.ca/download.asp?id=18380>

⁷ Fleury, F. (2010). *Outils de repérage d'un syndrome démentiel chez les personnes présentant une déficience intellectuelle : démarche et recommandations des experts*. Tiré de <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3342/Experts+DI+démence+rapport+final.pdf>

Lors de nos réflexions sur l'implantation de l'outil DSQIID, nous avons convenu que les équipes cliniques doivent avoir accès à une équipe interdisciplinaire pour les soutenir dans leur observation et leur analyse des nouveaux comportements des PVDI et, ainsi, permettre une analyse plus systématique des problématiques rencontrées. La démarche d'évaluation systématique de la démence constitue d'ailleurs l'un des principes de base dans la prise en charge des troubles neurocognitifs (TNC) afin d'éliminer les causes organiques réversibles des atteintes cognitives⁸. C'est à ce moment qu'on porte à notre connaissance l'existence d'un outil propre à la discipline de l'ergothérapie et qui pourrait soutenir l'évaluation et l'intervention sur le plan fonctionnel de la PVDI, soit l'*Assessment of Motor and Process Skills* (AMPS). Cet outil permet d'évaluer les habiletés fonctionnelles requises dans la réalisation des activités liées à la vie quotidienne et éventuellement une intervention sur la réalisation de segments de tâches par la personne.

Enfin, à la suggestion des membres de l'UFDPP, la passation du MoCA fut introduite exclusivement à titre expérimental afin d'en valider la pertinence d'utilisation auprès de la personne présentant une déficience intellectuelle. Les résultats de cette expérimentation se sont avérés non concluants.

Ce rapport d'évaluation du projet pilote vise à valider la pertinence de son implantation au sein de l'établissement. Ainsi, il constitue une synthèse détaillée et orientée vers la prise de décision en matière de repérage interdisciplinaire des TNC.

⁸ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (2015). *Cognition et démence chez les personnes âgées ayant une déficience intellectuelle : rapport de recherche*. Tiré de <http://www.crditedmcq.qc.ca/download.asp?18554>

2. Description du projet

But du projet

Favoriser un repérage systématique des problématiques en lien avec les troubles neurocognitifs liés au vieillissement des personnes présentant une DI dans le but de leur permettre l'accès aux meilleurs services qui leur sont requis, et ce, au moment opportun.

Autres impacts souhaités : soutenir le repérage d'autres problématiques biopsychosociales des PVDI et raffiner le diagnostic différentiel des TNC.

Objectifs du projet pilote

1. Observer et documenter, avec le soutien d'une équipe interdisciplinaire, la présence de possibles TNC liés au vieillissement de la personne présentant une DI.
2. Assurer un meilleur maillage avec les autres partenaires du CIUSSS MCQ quant à la population vieillissante présentant une DI et manifestant des problématiques liées au vieillissement.

Clientèle cible

- Usagers présentant une déficience intellectuelle de 55 ans et plus.
- Usagers présentant un syndrome de Down de 40 ans et plus (risque de vieillissement précoce).

3. Méthodologie

3.1. Déroulement

- Élaboration du projet et suivi présenté aux gestionnaires et superviseurs du service à l'adulte DI en janvier 2014.
- Transmission d'un courriel avec la précision du cheminement à suivre pour le recrutement de 10 participants.

Étapes du projet pilote

- **Recrutement**
 - 15 situations cliniques présentant l'hypothèse de TNC liés au vieillissement furent identifiées par les superviseurs cliniques au pilote du projet suite à la communication du courriel présentant la procédure de démarrage du projet pilote.
 - Les 9 premières situations cliniques furent retenues ainsi que la 11^e⁹.
 - Les 4 autres situations cliniques suivantes furent mises en attente jusqu'à la confirmation d'une seconde procédure qui fut transmise en septembre 2014¹⁰.
- Un entretien téléphonique fut réalisé avec chacune des 9 équipes cliniques impliquées dans le projet pilote à l'automne 2014.
- Chacune des passations d'outil faisait l'objet d'un rapport clinique; soit un rapport individuel découlant du DSQIID par l'infirmière avec la collaboration de l'intervenant pivot, soit un rapport individuel découlant de l'AMPS par l'ergothérapeute avec la collaboration de l'intervenant pivot et du milieu d'hébergement, soit encore un rapport conjoint pour les participants ayant bénéficié de la passation des deux outils du DSQIID et de l'AMPS. Ces rapports devaient ensuite être dirigés vers le médecin traitant sous la responsabilité des intervenants pivots.

⁹ La 10^e n'a pu être retenue suite à la demande d'un superviseur clinique précisant l'impossibilité de participation au projet pilote en raison d'un trop grand volume de travail rencontré par l'intervenant pivot.

¹⁰ Plusieurs nouvelles situations cliniques ont été portées à l'attention de l'équipe du projet. Par souci de soutenir les équipes cliniques dans le repérage de possibles troubles neurocognitifs liés au vieillissement des usagers, une procédure simplifiée a été transmise. Ce deuxième exercice de repérage s'est actualisé avec un groupe de 25 usagers entre septembre 2014 et février 2015.

Tableau 2 - Profil des usagers participants (N = 10)

Âge	Condition des usagers	Modalité de services	Territoire de provenance	Hébergement	Vécu institutionnel
4 hommes (âge 57, 60, 66, 67) (AM 62,5 ans) 6 femmes (âge 52, 63, 64, 65, 73, 74) (AM 65,2 ans) Âge moyen (AM) : 64,1 ans Sexe/âge	2 - Syndrome de Down 1 - « Enfant de Duplessis »/santé mentale 1 - Polyhandicapé 1 - DI avec santé mentale 5 - DI sans spécification	Au début du projet : ✓ 4 en épisode de service ✓ 6 en services spécifiques À la fin du projet : ✓ 2 en épisode de service ✓ 8 en services spécifiques	2 - Arthabaska* 4 - Centre Mauricie* 1 - De l'Érable* 2 - Drummond* 0 - Haut St-Maurice 0 - Maskinongé* 0 - Nicolet-Yamaska-Bécancour* 1 - Trois-Rivières/Cap	1 - RI 9 - RTF	5 - Ayant vécu en milieu institutionnel 5 - N'ayant pas de vécu en milieu institutionnel

*Sur ces territoires, d'autres usagers se sont inscrits au deuxième exercice de repérage (procédure simplifiée)

Tableau 3 - Profil de l'équipe clinique

Intervenant pivot (IP)	Superviseur clinique	Responsable de ressources résidentielles	Famille – fratrie
Nombre : 9, dont un IP suivait 2 usagers À l'emploi de l'établissement, services en DI-TSA : ancienneté de 3 à 25 ans Formation - Psychoéducation (1) - Éducation spécialisée (8)	Nombre : 6 Supervision des intervenants pivots : 1 superviseur/ 2 IP/ total 3 usagers 2 superviseurs/ 2 IP/ chacun 2 usagers 3 superviseurs/ 1 IP/ chacun 1 usager	Nombre : 10 1 - RI 9 - RTF 1 participant était intégré dans la RTF depuis moins de 12 mois. Implication : Dans toutes les visites, il faut reconnaître la mise à contribution du responsable d'hébergement pour l'ensemble des 10 usagers.	Pour 3 usagers, il y a eu l'implication d'un membre de la fratrie : 1 sœur, 2 frères. Type d'implication - Une personne agissant aussi comme représentant légal a été présente et interactive dans toutes les activités d'évaluation et d'accompagnement (p. ex. : chez le médecin) - Deux personnes ont donné leur accord lorsqu'avisées de la démarche et ne se sont pas davantage impliquées dans celle-ci.

Autres professionnels impliqués

- Infirmière
- Ergothérapeute (pour certains participants sélectionnés)
- Agente de planification, programmation et recherche rattachée au programme PVDI (pilote du projet)
- Conseillère en gestion de programme rattachée au programme PVDI

Tableau 4 - Conditions de passation des outils d'évaluation

<i>Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities (DSQIID)</i> Temps de passation : 20 min	<i>Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)</i> Temps de passation : 60 min	<i>Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF)</i> Temps de passation : 60 à 120 min	<i>Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</i> Temps de passation : 10 à 20 min
Outil validé en langue anglaise et identifié comme étant pertinent à utiliser avec la clientèle présentant une DI (ASSS de la Montérégie-Est) Passation à chacun des 10 usagers Administration par l'intervenant pivot et l'infirmière clinique Nombre de visites : 1 par usager Deuxième passation planifiée pour 2 usagers ayant une cote < 20 lors de la première passation et pour lesquels une hypothèse de TNC demeurerait présente. La passation a eu lieu.	Outil validé auprès d'une clientèle présentant une DI (excluant la présence de DI sévère) ainsi qu'auprès d'une clientèle présentant une démence. Expérimentation afin de faire converger les résultats avec l'outil DSQIID. Passation : Pour optimiser la participation de l'ergothérapeute¹¹, 6 participants résidant sur le territoire sud ont été ciblés pour la passation de l'AMPS. Seulement 3 des 6 usagers ont finalement été sélectionnés pour la passation de l'AMPS. Nombre de visites prévues par usager : 2 Lors de la première des deux visites à l'usager, l'ergothérapeute observe et identifie deux à trois tâches de la vie quotidienne de l'usager pour lesquelles il est reconnu performant. Ces tâches ciblées seront évaluées au moment de la passation de l'AMPS lors de la deuxième visite à l'usager. Administré par l'ergothérapeute formée à l'AMPS	La passation du SMAF est obligatoire pour toutes les PVDI recevant des services de soutien à la personne, et ce, à chaque plan d'intervention et au besoin (lorsqu'on constate un changement dans le fonctionnement de la personne). Il a donc été convenu dans le projet, d'évaluer les écarts aux SMAF. Clientèle ciblée par la passation de l'outil : • Personne ayant le SD à partir de 40 ans • Personne polyhandicapée à partir de 40 ans • Pour tout autre usager à partir de 55 ans (ou plus tôt, au besoin) Administration par l'intervenant pivot Tous les usagers du projet bénéficiaient de la passation d'au moins un SMAF.	Outil évaluant les dysfonctions cognitives légères. Suite à une discussion avec l'équipe orientée sur la pratique de pointe des PVDI (UFDPP), la passation du MoCA fut introduite exclusivement à titre expérimental afin d'en valider la pertinence d'utilisation auprès de la personne présentant une déficience intellectuelle. Usagers ciblés : Les 6 usagers vus par l'ergothérapeute pour la passation de l'AMPS Administration par l'ergothérapeute 2 passations du MoCA ont été possibles

¹¹ Compte tenu de l'association à des territoires (Drummond, Arthabaska, de l'Érable) pour l'ergothérapeute impliquée dans le projet, l'équipe projet a obtenu l'autorisation du gestionnaire d'une démarche clinique pour 4 usagers. En cours de route du projet, l'équipe a obtenu l'autorisation pour 2 usagers additionnels.

4. Résultats

4.1. Résultats de la passation des outils dans la démarche de repérage

SMAF

- Documenter, en utilisant le SMAF de façon régulière, dès que des changements surviennent, et ce, avant d'actualiser des analyses, des hypothèses, des conclusions et/ou des interventions.
- Sa passation est déjà pratiquée au sein de l'établissement auprès de toute personne de 55 ans et plus ainsi qu'auprès des personnes de 40 ans et plus présentant des signes de vieillissement précoce¹².
- Une évaluation SMAF devrait être refaite lorsque la situation clinique est stabilisée. Il est à noter que le SMAF permet de mettre en lumière les situations de handicap vécues par la personne.

DSQIID

- La passation du DSQIID après la passation et l'analyse du SMAF demeure hautement individualisée et est la procédure la plus prometteuse lorsqu'une personne présente des signes de TNC liés au vieillissement. **Un repérage systématique des difficultés cognitives liées au vieillissement auprès de toute la clientèle présentant une DI par l'utilisation du DSQIID ne nous apparaît pas pertinent.**

AMPS

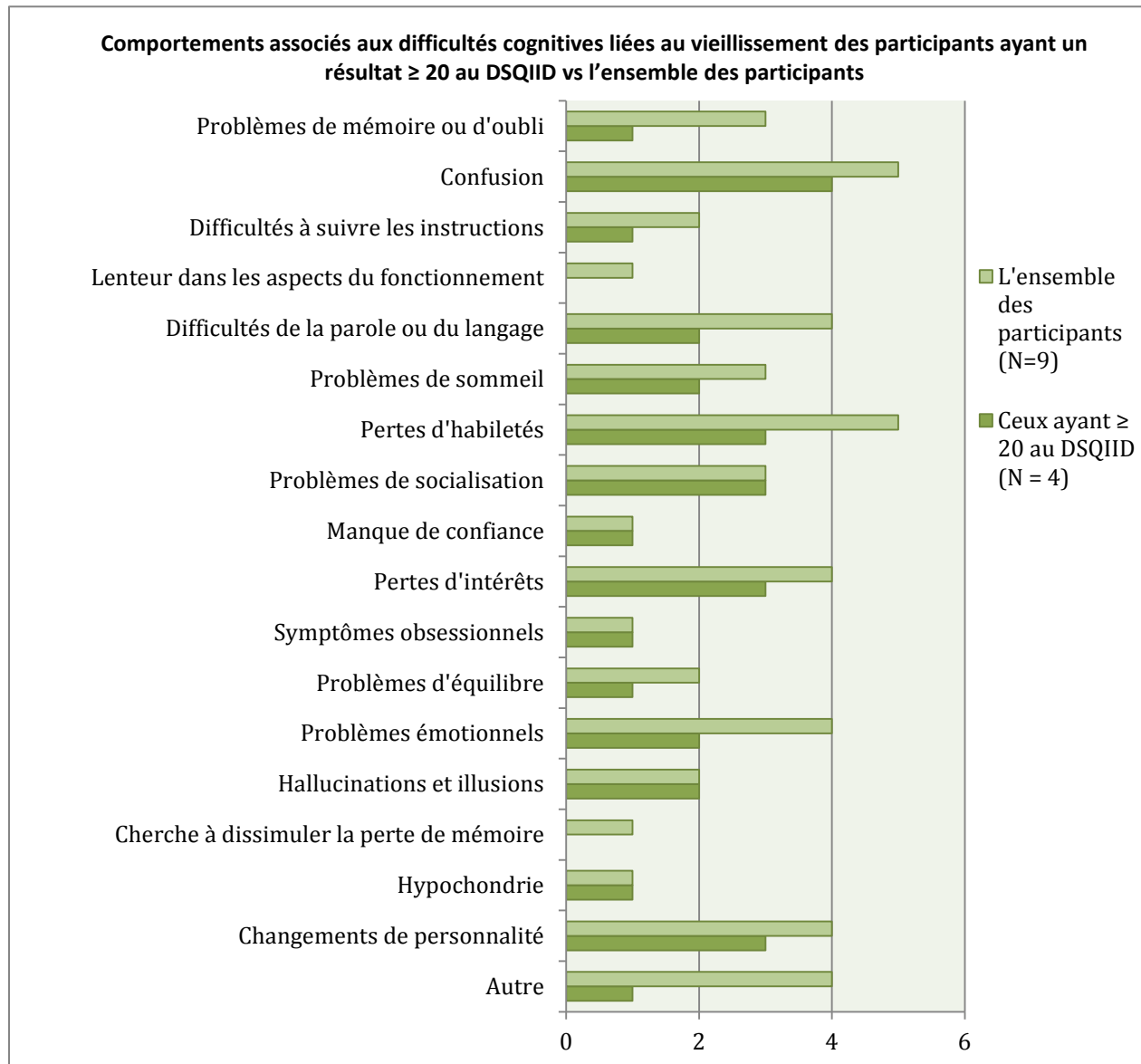
- La tâche dédiée de l'ergothérapeute qui entre au dossier consiste en la passation de l'AMPS, à l'analyse des résultats, à la formulation des recommandations et, le cas échéant, à leur suivi. L'implication de l'ergothérapeute comporte aussi une participation active aux rencontres interdisciplinaires pour la mise en place des interventions.
- Dans le cas où une autre ergothérapeute est déjà impliquée dans le dossier, la tâche dédiée de l'ergothérapeute intégrée à l'équipe interdisciplinaire se limitera exclusivement à la passation de l'AMPS et à l'analyse des résultats. Le suivi étant assumé, le cas échéant, par l'ergothérapeute déjà au dossier.

¹² Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (2011). *Personne présentant le syndrome de Down; personne polyhandicapée; personne épileptique présentant une DI allant de moyenne à grave et une perte aux plans physique, cognitif et psychologique (clientèle visée au Plan d'action favorisant l'implantation de deux objectifs du programme)*. Trois-Rivières : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire.

Tableau 5 - Résultats par outil

DSQIID 1^{re} passation à 10 usagers ➤ 4 résultats de ≥ 20 (repérage positif) ➤ 6 résultats de $< 20^*$ (repérage négatif) Repérage négatif : 1 : autres hypothèses avancées (santé physique, environnementale ou psychiatrique) 1 : hypothèse environnementale confirmée (un changement de milieu de vie a ramené la personne à son fonctionnement antérieur positif) 1 : hypothèse de trouble de santé mentale corroborée en psychogériatrie. 2 : cotation négative en raison de manifestations importantes des symptômes de TNC depuis plus de 6 mois (en effet, le repérage de TNC s'est fait trop tardivement pour un usager). On estime que les TNC pour l'autre usager étaient présentes depuis 3 ans et l'usager ne présentait pas de nouveaux comportements au DSQIID. * 2^e passation pour 2 usagers Présumant des TNC émergents chez 2 usagers ayant un résultat inférieur à 20, une 2^e passation a eu lieu 8 mois après la 1^{re}. ➤ Résultat supérieur à 20 pour un usager à la 2^e passation ➤ Résultat inférieur à 20 et inférieur au résultat de la 1^{re} passation pour l'autre usager. Il avait bénéficié des recommandations de l'ergothérapeute suite à la passation de l'AMPS (aide technique – marchette) et intervention médicale (changement de Rx, vitamines et opération pour les cataractes)	AMPS 1^{re} passation à 3 usagers Annulation de passation pour 3 autres usagers : ➤ L'état d'un usager s'étant beaucoup amélioré suite à l'intervention réalisée avant le projet pilote ➤ L'état d'un usager s'étant beaucoup détérioré ➤ L'état de la trop grande charge de travail d'un IP et la difficulté d'adaptation de la ressource d'hébergement aux changements de l'usager 2^e passation - Présumant des TNC émergents, liés au vieillissement ➤ Pour un usager ayant eu un résultat inférieur à 20 au DSQIID, une 2^e passation a eu lieu 7 mois plus tard ➤ Pour un usager, la 2^e passation a dû être annulée vu l'anxiété générée par celle-ci Résultats (partiels**) : ➤ Pour 2 participants : atteintes cognitives ayant un impact modéré sur le fonctionnement quotidien ➤ Pour 2 participants : atteintes cognitives marquées ayant un impact important sur le fonctionnement quotidien **Les résultats complets se retrouvent dans les rapports conjoints.
SMAF ➤ À la fin du projet pilote, lors d'entrevues faites avec les IP et leurs superviseurs cliniques respectifs, on constate que l'écart des 2 derniers SMAF n'avait pas été consulté par l'équipe clinique avant d'entamer les démarches du projet. ➤ Il n'y a pas eu de passation systématique du SMAF lorsqu'un changement chez la personne a été constaté. Résultat : Cette donnée a donc été difficilement mesurable. NOTE : Dans un cas, les écarts aux SMAF réalisés en avril 2012 et en juillet 2013 ont été analysés. Ces résultats ont permis à l'équipe clinique d'entreprendre des démarches et d'obtenir des services de 1^{re} ligne ajustés à la condition évolutive de la personne.	MoCA Passation : ➤ 1 passation complète ➤ 1 passation incomplète ➤ 4 cas où les usagers étaient dans l'impossibilité de répondre aux critères du MoCA Résultats : Données non traitables, analyse non discriminative.

4.2. Comportements identifiés comme associés aux difficultés cognitives liées au vieillissement chez les participants du projet pilote



Plusieurs comportements associés aux difficultés cognitives liées au vieillissement ont été identifiés chez 9 des 10 participants¹³ par les intervenants pivots et les responsables d'hébergement. Afin de distinguer les similitudes et les différences, ces comportements ont été classés selon les caractéristiques des 17 catégories¹⁴ de signes de démence utilisées par Deb, Hare et Prior (2007)¹⁵. À l'aide de cette distribution, on remarque chez l'ensemble des participants des comportements nouveaux se manifestant :

- par la confusion et des pertes d'habiletés pour 5 des 9 participants,
- par des problèmes de parole et du langage, des pertes d'intérêts, des problèmes émotifs et des changements de personnalité pour 4 des 9 participants.

En ciblant les quatre participants ayant un résultat positif de ≥ 20 à la 1^{re} passation du DSQIID, on note que tous ont des comportements liés à la confusion. Pour trois d'entre eux, on signale des pertes d'habiletés, des problèmes de socialisation, des pertes d'intérêts et un changement de la personnalité.

4.3. Constats saillants en lien avec les démarches entreprises

- Une situation s'est avérée se présenter trop tard pour deux participants. Ce décalage a eu pour conséquence un repérage négatif de symptômes des difficultés cognitives liées au vieillissement en raison de la norme des six mois rattachée au DSQIID pour les changements observés chez la personne. Malgré tout, ces personnes recevaient déjà des services médicaux en lien avec leurs problématiques rencontrées sans toutefois avoir un diagnostic précis de TNC.
- Par consensus d'équipe, l'hypothèse du besoin de repérage des symptômes de TNC chez l'une des personnes s'est transformée en hypothèse de la présence des facteurs principalement environnementaux, responsables des symptômes notés. En effet, le fonctionnement de la personne s'est vu amélioré suite à un déménagement. Le suivi en première ligne pour repérage de symptômes de TNC n'était plus requis.
- Un suivi en gestion de cas¹⁶ fut actualisé pour l'une des participantes qui présentait des problématiques sur le plan psychologique.
- Pour deux participants, un décalage a été constaté entre la production des rapports réalisés dans le cadre du projet et leur présentation au médecin traitant compte tenu d'une compréhension insuffisante du processus du projet pilote.

¹³ Prendre note que les comportements d'un participant n'étant pas disponibles, n'ont pu être comptabilisés.

¹⁴ Une catégorie « Autre » s'est ajoutée à celles utilisées par Deb, Hare et Prior (2007) afin d'inclure des observations d'ordre physique tels la perte de poids, les tremblements, l'augmentation des crises épileptiques.

¹⁵ Deb, S., Hare, M., Prior, L. (2007). *Symptoms of dementia among adults with Down's syndrome : a qualitative study*. Journal of Intellectual Disability Research, vol. 51(9), 726-739.

¹⁶ La gestion de cas n'est disponible que pour les territoires d'Arthabaska et de l'Érable.

5. Discussion

La partie discussion du présent rapport découle des entrevues avec les 9 équipes cliniques et des échanges entre les personnes de l'équipe du projet.

5.1. Observations directes

L'observation directe des capacités physiques, cognitives, affectives dépendamment des limitations fonctionnelles, des obstacles environnementaux et de leurs répercussions sur les habitudes de vie a été mise en valeur par chacune des équipes cliniques :

- Au cours du projet, une faiblesse a été remarquée en ce qui a trait à l'observation directe. Certaines équipes cliniques avaient peu ou pas d'informations quant au fonctionnement de la personne. Aussi, il semble parfois y avoir eu confusion dans les rôles et les responsabilités quant à la cueillette de données. En effet, certains pouvaient être en attente de ces données de la part de l'équipe des professionnels. Le niveau d'information était différent d'une équipe clinique à l'autre. Dans certains cas, nous disposions de très peu d'informations alors que dans d'autres, cette information était plus exhaustive. Lorsque l'information était faible ou manquante, la démarche était plus laborieuse.
- Unanimement, les équipes cliniques *affirment la nécessité d'être à l'affut des changements chez la PVDI dans ses habitudes de vie*. Ces observations sont issues du milieu de vie de la personne (RNI ou autre) ou de l'intervenant pivot (observations directes).
- Les observations des changements chez la personne ont été analysées au sein de l'équipe interdisciplinaire dans le but d'unifier la compréhension de ces changements.

5.2. Outils de repérage

À ce chapitre, le projet pilote a porté la préoccupation de préciser des critères de passation des outils de repérage des difficultés cognitives liées au vieillissement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle :

- Si l'équipe du projet pilote a pu témoigner d'un ajustement constant des interventions pour la meilleure prise en charge pour certains des participants, elle a aussi remis en question la rigueur de l'analyse préalable avant la demande du repérage des symptômes des TNC liés au vieillissement.
- Il faut cibler les personnes en début de perte d'autonomie lorsque les indices sont plus clairs à travers la fréquence, l'intensité et la durée des comportements.
- Les résultats préliminaires démontrent une concordance entre les résultats des deux outils, à savoir le DSQIID et l'AMPS.
- Une certaine confusion semble s'être glissée en ce qui concerne les objectifs respectifs des deux outils, à savoir que l'AMPS poursuivrait des objectifs identiques de repérage des TNC liés au vieillissement tel que le DSQIID alors qu'il est plutôt complémentaire en se centrant sur les habiletés fonctionnelles, en plus de permettre une proposition d'interventions à mettre en place pour soutenir la personne. De plus, les professionnels doivent accorder le temps nécessaire à l'explicitation des objectifs et des résultats de chacun des outils auprès des équipes cliniques.

DSQIID

Les constats rapportés par les équipes cliniques rejoignent des conclusions des travaux de courtage de l'ASSS Montérégie¹⁷ :

- Le DSQIID favorise une organisation des observations centrée sur les faits plutôt que sur les hypothèses et favorise finalement une analyse en multi hypothèses.
- Les résultats de la première passation du DSQIID permettent d'établir un niveau de base dans le cas où ce dernier s'avère négatif. Ainsi, l'outil offre la possibilité de comparer les cotations lors de sa prochaine passation, soit six mois après. Dans le cas où le repérage de symptômes des TNC liés au vieillissement s'avère positif, l'outil aura permis d'objectiver un changement significatif.
- La passation du DSQIID est plus facile auprès de la personne présentant une DI légère.
- Le DSQIID s'avère aidant et facile d'utilisation. Les équipes cliniques suggèrent d'adopter l'utilisation du DSQIID dans le processus clinique d'une personne pour laquelle on émet l'hypothèse de symptômes des TNC liés au vieillissement.
- Les observations des comportements associés aux TNC liés au vieillissement des participants du projet pilote sont en concordance avec les études de Deb, Hare et Prior (2007)¹⁸ sur le plan quantitatif (nombre de catégories) et sur le plan qualitatif (intensité des comportements nouveaux observés). * Voir le graphique *Comportements associés aux difficultés cognitives liées au vieillissement des participants ayant un résultat ≥ 20 au DSQIID vs l'ensemble des participants* (point 4.2.) ainsi que les annexes 1 et 2.

Les commentaires des intervenants pivots (IP) sur l'outil DSQIID sont très satisfaisants quant à chacun des énoncés de l'outil. Toutefois, cette satisfaction était plus faible en regard du repérage auprès d'une clientèle présentant une DI sévère à profonde, car l'outil n'était pas considéré suffisamment sensible.

Une appréciation de l'outil a été soulignée en lien avec son accessibilité à leur discipline de travail, soit celle de l'éducation spécialisée, et sa facilité d'administration.

L'outil a permis aux IP de mieux documenter la situation clinique de l'usager avec des observations objectives à transmettre au médecin traitant.

AMPS

Le projet pilote aspirait à découvrir le potentiel de complémentarité du DSQIID et de l'AMPS pour favoriser un repérage de difficultés cognitives liées au vieillissement, mais aussi pour proposer des interventions à mettre en place sur le plan fonctionnel :

- Le DSQIID fournit les principales informations recherchées en relevant les situations de handicap, alors que l'AMPS met en relief différentes avenues d'interventions à prioriser. L'AMPS n'a pas pour but d'établir un diagnostic de TNC liés au vieillissement; il vient documenter le fonctionnement quotidien de la personne, ses difficultés fonctionnelles et ses forces.

¹⁷ Fleury, F. (2010). *Outils de repérage d'un syndrome démentiel chez les personnes présentant une déficience intellectuelle : démarche et recommandations des experts*. Tiré de <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3342/Experts+DI+démence+rapport+final.pdf>

¹⁸ Deb, S., Hare, M., Prior, L. (2007). *Symptoms of dementia among adults with Down's syndrome : a qualitative study*. Journal of Intellectual Disability Research, vol. 51(9), 726-739.

- L'AMPS confirme, à certains énoncés, les résultats du DSQIID en éclairant les situations de handicap. Selon les équipes cliniques, l'AMPS, comme le DSQIID, demande une bonne connaissance de l'utilisateur durant la période de son fonctionnement optimal. Avec l'exercice des deux ou trois tâches ciblées pour lesquelles nous avons reçu des recommandations, il y a eu modification des approches des responsables de l'hébergement. Par exemple, avant le repérage, ils étaient portés à agir à la place de l'utilisateur alors que maintenant, ils stimulent le segment de tâche possiblement praticable par l'utilisateur.
- L'AMPS répond aux questionnements soulevés par l'équipe clinique quant à l'impact des difficultés sur le plan cognitif et le fonctionnement quotidien de la personne.
- L'AMPS s'avère définitivement un outil soutenant pour définir des interventions en réponse aux situations de handicap identifiées (objectifs fonctionnels centrés sur les forces et non sur les incapacités).
- Pour permettre la passation de l'AMPS, l'ergothérapeute doit disposer de l'information sur les tâches AVQ¹⁹/AVD²⁰ antérieurement maîtrisées par la personne.

SMAF

Le projet pilote incluait dans son processus l'outil SMAF qui est déjà déployé auprès des équipes cliniques :

- Les équipes cliniques affirment une fois de plus que l'outil SMAF permet une cueillette de données de façon objective.
- Le besoin de définition du niveau de base peut être comblé par les passations du SMAF, ce qui est en fait l'outil de choix des équipes cliniques à ce chapitre. Le DSQIID, quant à lui, permet de déceler les changements survenus dans les six derniers mois.

MoCA (Montreal Cognitive Assessment)²¹

Le projet pilote avait introduit la passation du MoCA sur une base exclusivement expérimentale. Le MoCA est un outil conçu pour l'évaluation des difficultés cognitives légères. Il permet d'évaluer plusieurs fonctions cognitives : l'attention, la concentration, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage, les capacités visuo-construitives, les capacités d'abstraction, le calcul et l'orientation. Le MoCA est un outil sensible qui permet de dépister des déficits cognitifs légers.

Le MoCA a été passé par l'ergothérapeute à deux participants du projet dont un seul a pu être complété. La conclusion de l'ergothérapeute sur l'utilisation du MoCA se résume au fait que l'outil dans son ensemble ne paraît pas être adapté à la clientèle présentant une DI. De ce fait, la comparaison avec la norme s'avère difficile.

5.3. Démarche de repérage (outil d'aide à la prise de décision en matière de repérage des TNC chez les PVDI)

Niveau de base requis

- La connaissance du niveau de base de l'utilisateur durant sa période de fonctionnement optimal est le préalable à l'éventuel besoin d'un repérage des symptômes de TNC liés au vieillissement. Ainsi, l'utilisateur se trouve comparé dans son fonctionnement à lui-même.

¹⁹ AVQ : activités de la vie quotidienne

²⁰ AVD : Activités de la vie domestique

²¹ Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., Chertkow, H. (2005). *The Montreal Cognitive Assessment, MoCA : a brief screening tool for mild cognitive impairment*. Journal of the American Geriatrics Society, vol. 53(4), 695-699.

- **Mise en garde**

Un biais²² basé sur des croyances est un écueil documenté dans la littérature²³ et est à éviter :

- Il nous faut être vigilants pour ne pas déduire trop rapidement d'une situation clinique étudiée dans le contexte d'un repérage des possibles TNC liés au vieillissement que nous sommes face à une difficulté cognitive. *Demeurer en hypothèses multiples est à privilégier.*

5.4. Plan d'intervention

Les priorités d'intervention dans le contexte d'éventuelles difficultés cognitives liées au vieillissement :

- Les intervenants des services spécifiques mentionnent manquer de temps pour faire les observations et les analyser, et s'appuyer davantage sur les observations des milieux de vie. Ils nomment aussi avoir besoin d'être plus outillés sur les différentes problématiques liées au vieillissement des personnes présentant une DI afin de bien assurer leur vigilance (offre de formation).
- Les capacités réelles de la personne sont maintenant validées par les outils et elles font l'objet d'interventions modulées.
- Pour certains participants, des interventions d'adaptation/réadaptation demeuraient requises en épisodes de service. Pour d'autres, les interventions étaient davantage orientées vers une vigilance accrue, des adaptations de l'environnement, de la coordination des différents services en place et du soutien au milieu de vie dans son ajustement aux besoins évolutifs de la personne. Ainsi, l'intensité des services offerts en spécifique peut donc se voir augmentée et la charge de l'intervenant devrait permettre un ajustement en conséquence.

5.5. Impacts des résultats

5.5.1. Suivi des usagers

La révision du plan d'intervention (PI) découlant de la démarche interdisciplinaire de repérage des TNC s'est articulée ainsi :

Initialement, 6 dossiers sont desservis par les services spécifiques et 4 dossiers en épisode de services spécialisés. Suite au projet, deux dossiers initialement en épisode de services ont été transférés en services spécifiques.

Pour les dossiers en services spécifiques, les moyens ont été ajustés et les attitudes clarifiées dans le respect du rythme de la personne et de ses champs d'intérêt. Les moyens sont ajustés en regard du maintien des acquis et selon la participation aux AVQ considérant la nouvelle condition de la personne.

Pour certaines PVDI, nous sommes passés d'objectifs d'apprentissage à des objectifs de maintien des acquis. Dans certains cas, des interventions visant la stimulation cognitive sont mises en place par les intervenants pivots. Ces derniers expriment vouloir être davantage outillés sur ce plan.

²² Par exemple : l'alibi du vieillissement, l'âgisme, « diagnostic overshadowing » ou le masquage.

²³ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (2015). *Cognition et démence chez les personnes âgées ayant une déficience intellectuelle : rapport de recherche*. Tiré de <http://www.crditedmcq.qc.ca/download.asp?18554>

Pour une situation clinique, l'objectif s'est modifié pour suivre l'évolution des adaptations à mettre en place pour la personne. Les moyens s'ajustent au fur et à mesure de l'évolution de la condition de la personne dans différentes habitudes de vie.

Pour le suivi d'une situation clinique qui nous apparaît exemplaire, l'apport du rapport conjoint a aidé à une présentation de la situation au médecin et a permis l'accélération du traitement du dossier en services de *Soutien à l'autonomie des personnes âgées* (SAPA). Pour 4 autres participants, un suivi plus important du médecin traitant fut démarré suite à la remise du rapport individuel ou conjoint²⁴. Pour l'un des participants, les services de la première ligne en lien avec le repérage de symptômes des troubles neurocognitifs n'ont pas été jugés requis suite au rapport de l'infirmière. Pour deux participants, un suivi était déjà en place par le médecin traitant concernant les difficultés dès lors présentes. Pour une dernière situation présentant un repérage positif, le médecin traitant n'a pas jugé pertinent d'examiner davantage la situation de l'utilisateur.

Quant aux plans de services individualisés (PSI), l'établissement des priorités d'intervention et la distribution des services est à renforcer pour les personnes présentant des TNC liés au vieillissement :

- Force est de constater que la réalisation de plans de services individualisés n'est pas une pratique très répandue auprès des PVDI. Il semble nécessaire d'accroître le développement de cette pratique auprès des équipes cliniques.
- Vu sa rareté d'application, les équipes cliniques semblent nécessiter un support accru en termes de *coaching* pour mettre en place l'exercice du PSI (p. ex. : dans quel contexte un PSI devient-il pertinent? Il est du ressort de quel partenaire de convoquer un PSI?).

5.5.2. Intervenants pivots

Les intervenants pivots sont des personnes clés dans le processus d'identification des symptômes des possibles difficultés cognitives liées au vieillissement et d'adaptation des interventions aux nouveaux besoins spécifiques de la personne :

- Une prise de conscience est unanime chez les intervenants quant à la plus grande susceptibilité des personnes ayant le syndrome de Down à vivre des TNC liés au vieillissement de manière précoce. L'évolution de ces pertes semble se dérouler plus rapidement et plus tôt dans la vie, ce qui demande une grande vigilance de la part du système client dans leurs observations et leurs interventions.
- La présentation des résultats de repérage par des outils validés procure un confort professionnel chez l'intervenant pivot responsable d'assurer les arrimages. Les recommandations proposées par l'équipe interdisciplinaire de l'établissement sont le plus souvent consignées en termes de moyens au PI par l'intervenant pivot. Le besoin d'un temps d'arrêt dans les situations connues d'un trouble de santé mentale pouvant présenter éventuellement de possibles TNC liés au vieillissement a aussi été relevé.
- De façon générale, les intervenants pivots démontrent une confiance accrue dans leur propre jugement clinique préalable à la demande d'un repérage des symptômes de possibles TNC liés au vieillissement.
- Pour une équipe clinique, le fait que l'intervenant pivot a une charge de dossiers PVDI est favorable au repérage des symptômes de possibles TNC liés au vieillissement lui permettant ainsi de développer ses compétences sur le sujet.
- Un meilleur accompagnement de la personne par l'intervenant pivot et par le milieu de vie est soulevé, et ce, en ajustant sans cesse les interventions. Il a aussi été noté qu'un suivi spécifique nécessitait souvent des interventions plus rapprochées afin de bien documenter les changements comportementaux.

²⁴ Pour l'une de ces situations, le rapport a été remis à 10 mois de décalage en raison d'une compréhension insuffisante de la procédure par l'équipe clinique.

- Les intervenants affirment unanimement : avoir appris au sujet des possibles TNC liés au vieillissement et au sujet du fonctionnement des services des autres partenaires du CIUSSS MCQ; percevoir être mieux outillés pour réaliser leurs observations et, le cas échéant, mieux identifier à quel moment proposer la passation du DSQIID pour une personne dans leur charge de dossiers.
- Un état de situation porté à l'attention par tous : une référence à l'équipe interdisciplinaire pour un processus de repérage de symptômes des possibles TNC liés au vieillissement et des ajouts de services de première ligne demandent en général une augmentation de l'intensité des services due à la complexité de la problématique du client et de ses besoins. Un investissement supplémentaire de la part de l'intervenant pivot pour un temps déterminé est à prévoir.

5.5.3. Professionnels et interdisciplinarité

La rigueur des rapports de synthèse présentant les données objectives et les recommandations est une pièce maîtresse du processus de repérage :

- L'existence même d'un rapport individuel ou conjoint semble supporter significativement l'équipe clinique dans sa responsabilité des démarches à effectuer auprès de la première ligne. Dans la plupart des situations cliniques, un rapport conjoint serait l'idéal pour documenter les symptômes et le fonctionnement de la personne.
- L'équipe clinique dispose des observations du quotidien et d'un portrait clinique de base de l'utilisateur; portrait nécessitant d'être complété par une vision biopsychosociale avec la collaboration de l'équipe interdisciplinaire. Ceci permet ainsi de soulever un ensemble d'hypothèses qui sera analysé en profondeur avec la collaboration des professionnels de la première ou de la deuxième ligne.
- L'équipe interdisciplinaire valorise et complète, le cas échéant, les observations effectuées par le milieu. En effet, elle supporte l'identification, l'organisation et l'analyse des données cueillies, ce qui a pour effet de mieux comprendre les comportements observés et l'évolution des symptômes chez la personne au sein de son milieu de vie. Les recommandations formulées par l'équipe interdisciplinaire sont adaptées à la situation évolutive de la personne et soutiennent l'élaboration du plan d'intervention.
- Une référence à l'équipe interdisciplinaire aux fins d'adaptation de l'environnement démontra l'impact d'un soutien efficace à la personne. En effet, le besoin d'adaptations environnementales peut être le déclencheur d'une analyse du besoin éventuel d'un changement de milieu de vie.

5.5.4. Familles et ressources

Les familles et les ressources d'hébergement impliquées se sont senties interpellées par la démarche de repérage :

- La satisfaction des familles existantes et impliquées fait consensus quant à la pertinence d'un repérage en interdisciplinarité des symptômes des possibles difficultés cognitives liées au vieillissement.
- Les ressources d'hébergement se sont dites satisfaites de la mise en place du processus de repérage des symptômes des possibles difficultés cognitives liées au vieillissement.
- Le support offert à la ressource et à la famille facilite leurs échanges avec les intervenants de la première ligne.
- Le processus de repérage des symptômes des difficultés cognitives liées au vieillissement devient pleinement fonctionnel lorsque le système client maîtrise une connaissance du fonctionnement passé et présent de l'utilisateur et lorsqu'un proche s'implique activement dans les démarches requises au même titre que l'utilisateur.

5.5.5. Partenaires (quelques commentaires recueillis)

Des entretiens directs avec nos partenaires de la première ligne n'ont pu être menés. Par contre, des commentaires positifs sur la démarche de repérage, incluant les rapports individuels ou conjoints, ont été adressés aux équipes cliniques :

- La démarche interdisciplinaire a été mise en évidence par un médecin et perçue aidante pour l'orientation de l'utilisateur vers les services requis.
- L'outil DSQIID a été valorisé par une gériatre comme étant pertinent et utile.
- Les équipes cliniques nous nomment que la majorité des médecins traitants ont été très collaborateurs dans la démarche de repérage.
- Un seul médecin n'a pas tenu compte des résultats du repérage attribuant ainsi les comportements nouveaux de la personne à sa déficience intellectuelle et à son âge.

5.6. **Ajustements proposés au niveau de la démarche de repérage**

5.6.1. Niveau de priorité

Une nouvelle piste de réflexion est apportée par les équipes cliniques :

Des équipes cliniques avancent que la demande de consultation permettant l'accès à un ou des professionnels, lorsque traitée dans la priorité de niveau 3, engendre alors des délais qui ont un impact important sur la personne en début de difficultés cognitives liées au vieillissement.

Ces mêmes équipes cliniques sont d'avis que le niveau de priorité 2 devrait être apposé au type de demandes de consultation entourant un repérage positif de possibles difficultés cognitives liées au vieillissement (cotation au DSQIID).

5.6.2. Dossier usager

Des rectifications méthodologiques seraient à évaluer pour ajuster le niveau de base fonctionnel de l'utilisateur, par exemple :

- Documenter à la fiche 5 l'information du fonctionnement de la personne dans sa tranche d'âge 22 ans et plus pour constituer un premier niveau de base exhaustif.
- Conserver au dossier vert les fiches 5 cumulées d'année en année pour pouvoir s'y référer lors de la passation d'un DSQIID.

5.6.3. Observations

La cueillette de données doit se consolider au sein de l'équipe clinique :

- Déterminer des temps d'observation directe et indirecte nécessaires auprès des usagers.

5.6.4. Séquencement de la démarche

D'autres éléments portés à l'attention des responsables du projet pilote pour l'avenir du repérage des possibles difficultés cognitives liées au vieillissement sont à considérer :

- Le besoin impératif de transmettre aux intervenants pivots, aux superviseurs cliniques et aux chefs de service, la procédure attendue en contexte d'implantation du processus de repérage des symptômes de possibles TNC liés au vieillissement.
- Les superviseurs cliniques demandent à être associés de manière plus approfondie à des processus de repérage à réaliser.
- Une première étape d'analyse par l'équipe clinique doit précéder une demande de consultation pour un repérage de symptômes de possibles TNC liés au vieillissement. Le projet pilote nous a permis de constater que la démarche de repérage s'avère des plus efficaces lorsque cette première étape d'analyse est la plus complète possible, qu'un succès dans la continuité de l'intervention peut se réaliser, et que les recommandations sont davantage actualisées.
- Dès qu'un changement du fonctionnement de la personne est observé, l'équipe clinique doit procéder à une analyse préliminaire en émettant une série d'hypothèses (santé physique, mentale, changements dans la vie de la personne, inadéquation du milieu de vie, deuil, retraite, pertes sensorielles, etc.).
- Parallèlement, dans le processus clinique, dès que des observations rigoureuses (observations des milieux famille, centres communautaires, etc.) indiquent un changement chez la personne, le DSQIID devrait être utilisé pour repérer les symptômes de possibles TNC liés au vieillissement.
- Suite à une hypothèse de repérage positif ($DSQIID \geq 20$), il est recommandé d'adresser une demande de service à l'équipe interdisciplinaire dédiée pour le repérage de possibles difficultés cognitives liées au vieillissement soit, dans un premier temps, une infirmière. À la suite de l'analyse conjointe avec l'équipe clinique, l'infirmière adresse une demande de service en ergothérapie au besoin (ou autre type de professionnels si requis).
- Suite à la production du rapport individuel ou conjoint, la transmission des données par l'intervenant pivot à la première ligne doit se faire dans les plus brefs délais.

5.7. Démarche proposée pour le repérage des TNC liés au vieillissement des personnes ayant une DI

L'analyse du projet pilote nous a conduits à la proposition de la démarche suivante :

Processus		Étapes à suivre pour le repérage des difficultés cognitives liées au vieillissement des personnes présentant une DI	
Validation de la demande	Équipe clinique	Observer et noter de nouveaux comportements - L'intervenant pivot (IP) et/ou le responsable de la ressource d'hébergement et/ou un proche de l'usager repèrent de nouveaux comportements préoccupants chez l'usager amenant une hypothèse d'une présence des troubles neurocognitifs (TNC) liées au vieillissement. - Validation de l'IP avec son superviseur clinique concernant ces mêmes comportements. - Consultation des résultats du dernier SMAF de l'usager.	
Collecte des données		Triage - Passation du SMAF (ou OEMC complet si requis par personne désignée) par l'IP avec l'aide du responsable d'hébergement ou d'un proche de l'usager. - Analyse de l'écart des deux derniers SMAF. - Passation du DSQIID par l'IP avec la collaboration du milieu d'hébergement ou d'un proche de l'usager. - Analyse des résultats NOTE : si résultat est ≥ 20, il y a possibilité de TNC. - Décision d'enclencher ou non les démarches de repérage des TNC suite aux résultats au SMAF et DSQIID. - La décision d'enclencher les démarches de repérage peut être motivée par - un résultat de ≥ 20 au DSQIID, - un résultat < 20 au DSQIID avec un écart important entre la passation du dernier SMAF – validation d'autres hypothèses que les TNC.	
		Demande de consultation auprès du service infirmier - L'IP remplit le formulaire, le superviseur clinique le signe et le transmet au supérieur de l'équipe des professionnels. - Analyse par priorité de cette demande faite par les professionnels.	
	Travail interdisciplinaire	A. Présentation de l'état de la situation - L'IP présente les résultats du nouveau SMAF. - L'IP présente les résultats de la passation du DSQIID. - L'IP présente le portrait de l'usager, de son milieu de vie et les objectifs identifiés au PI de l'usager. B. Mise en commun de l'état de la situation entre l'IP et l'infirmière - Décision d'une 2^e passation ou non du DSQIID interpellant l'infirmière. - Décision d'une référence à l'ergothérapeute et possible passation de l'AMPS. - Orientation de la demande vers d'autres professionnels pour un autre type d'investigation que des TNC au besoin.	

Processus		Étapes à suivre pour le repérage des difficultés cognitives liées au vieillissement des personnes présentant une DI	
Collecte de données		C. 2^e passation du DSQIID dans les 6 mois après la 1^{re} passation et passation de l'AMPS (si requis) - Entente sur la date de la visite de l'infirmière clinique et, le cas échéant, s'il y a passation de l'AMPS par l'ergothérapeute. - Pour ceux ayant la passation de l'AMPS, explication de l'exercice de l'ergothérapeute de 3 tâches d'AVQ connues de l'utilisateur. 2^e passation du DSQIID par l'IP. <i>Il est important de bien annoter les commentaires recueillis à même le questionnaire du DSQIID, car ceux-ci viendront soutenir la rédaction du rapport.</i> - Attention au niveau de base – présence de nouveaux comportements qui influenceront les résultats. - Implication du responsable d'hébergement (et d'un proche de l'utilisateur si possible) durant ces étapes.	
		D. Rapport individuel de l'infirmière - Analyse de la situation de l'utilisateur. - Partage avec l'IP et élaboration de recommandations. <i>Les commentaires de l'IP pourront bonifier l'analyse de la situation.</i> - Rédaction finale du rapport.	Rapport conjoint de l'infirmière et de l'ergothérapeute - Mise en commun des observations et des analyses réalisées. Échange sur les résultats des outils utilisés : - SMAF, 1^{re} passation du DSQIID, 2^e passation du DSQIID (si réalisée), - AMPS. - Lettre de l'IP à l'intention du médecin traitant présentant l'état de la situation du client obtenu, tel que révélé par les rapports à transmettre.
	Résultats négatifs ou résultats positifs au repérage		
Collecte de données	Consultation médicale	E. Consultation médicale Le dossier à remettre au médecin pourrait comprendre les documents suivants : - Lettre d'introduction de l'IP. - Rapport individuel de l'infirmière avec l'IP, rapport conjoint avec l'ergothérapeute (si réalisé). - Les résultats au SMAF (écart si disponible).	
F. Actualiser les démarches avec la 1^{re} ligne			
G. Retour à l'infirmière sur les démarches entreprises et réalisées et leurs résultats			
Élaboration/révision/présentation du PI/PSI/Mise en œuvre du PI			
Fermeture du dossier, référence ou poursuite		H. Fermeture de l'accès de l'infirmière clinique au dossier du SIPAD	

5.8. Propositions de pistes de solution

5.8.1. Sur le plan clinique

Usagers

1. **Établir systématiquement pour toute la clientèle PVDI un niveau de base du fonctionnement de la personne non seulement avec le SMAF, mais aussi avec l'ensemble des parties de l'Outil d'évaluation multidentèle (OEMC).**

Le SMAF permet de repérer les situations de handicap chez la PVDI. Les autres parties de l'OEMC facilitent le repérage des changements de comportement liés à l'état de la santé (santé physique, santé psychique, sommeil, etc.) et à la situation psychosociale (aidants principaux, réseau social, état affectif, etc.).

À noter : une formation préalable serait requise pour la passation de l'OEMC par les intervenants pivots. La littérature²⁵ indiquant la prévalence des TNC, nous rapporte que la cueillette de données en continu sur l'état de la personne nous permettrait de répondre rapidement aux éventuels besoins de support à la personne.

Proches (famille et ressources d'hébergement)

2. **Former les proches et les ressources d'hébergement sur les difficultés cognitives liées au vieillissement.**

Considérant que la famille ou le responsable d'hébergement risquent d'être les personnes les plus stables dans la situation évolutive de la PVDI, étant mieux outillés aux TNC, ils pourront repérer plus tôt et communiquer sans délai à l'équipe clinique tout changement perceptible, ce qui déclencherait la démarche de repérage d'abord par l'équipe clinique, ensuite avec le travail interdisciplinaire et par la suite, en arrimage avec la 1^{re} ligne. Le tout ayant pour but de ralentir l'évolution des symptômes et une prise en charge des TNC à temps.

3. **Supporter les proches et les ressources d'hébergement à l'intérieur de l'offre de service lors de leur accompagnement à la personne qui vit des changements.**

Ce sont eux qui interviennent dans le quotidien où ils doivent supporter la personne dans ses capacités résiduelles, chercher à compenser le handicap de la personne, et ce, en trouvant réponse aux nouveaux besoins qui émergent. Ils assument l'application des recommandations découlant du travail interdisciplinaire dans lequel ils se sont impliqués en aval du processus; sans oublier que la pérennité du milieu permet à la PVDI de maintenir ses liens significatifs.

Équipe clinique (intervenants pivots et superviseurs cliniques)

4. **Former les intervenants pivots sur les symptômes des difficultés cognitives liées au vieillissement chez la personne présentant une DI et leur repérage.**

Qu'il relève de l'équipe en modalité épisode de service ou des services spécifiques, l'intervenant pivot a la responsabilité d'identifier les problématiques. Pour cela, un temps d'observation directe est nécessaire pour percevoir les changements dans leur apparition et leur évolution ainsi qu'un temps d'observation indirecte dont les données seront fournies par le responsable d'hébergement. Une habileté à discriminer permettrait de mettre en place des repérages des TNC liés au vieillissement exclusivement auprès des personnes présentant une DI qui en présentent le besoin.

²⁵ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (2015). *Cognition et démente chez les personnes âgées ayant une déficience intellectuelle : rapport de recherche*. Tiré de <http://www.crditedmcq.qc.ca/download.asp?18554>

5. Former les intervenants pivots sur l'intervention à mener auprès des personnes présentant une DI ayant des TNC liés au vieillissement.

Qu'il relève de l'équipe en modalité épisode de service ou des services spécifiques, l'intervenant pivot a la responsabilité de suivre la procédure présentée à l'annexe 3 *Outil d'aide à la décision en matière de repérage des troubles neurocognitifs chez les personnes vieillissantes ayant une déficience intellectuelle (PVDI)* : de la démarche à partir du repérage des symptômes de TNC liés au vieillissement, de son implication dans le travail interdisciplinaire des services en DI-TSA, de l'arrimage avec la 1^{re} ligne et de la mise en place du suivi nécessaire.

6. Former les équipes cliniques sur le PSI.

À partir de l'étude du dossier PVDI-TNC, il faudrait déterminer la pertinence de réaliser un PSI. Identifier les acteurs de la 1^{re} et de la 2^e ligne, assurer son animation et le suivi des recommandations entendues en PSI.

7. Former les superviseurs cliniques aux TNC liés au vieillissement et à leur repérage.

Au cours du projet pilote, des superviseurs cliniques ont exprimé ne pas être suffisamment outillés pour répondre aux besoins de la clientèle présentant des TNC liés au vieillissement et désirer une formation continue à cet effet. Compte tenu de la réalité démographique de la population PVDI dans l'établissement, les probabilités laissent entrevoir que les superviseurs cliniques pourraient être fortement interpellés dans un processus de repérage des TNC dès maintenant et dans les prochaines années.

Interdisciplinarité

8. Implanter une équipe interdisciplinaire par territoire, spécialisée en PVDI-TNC.

Le projet pilote a fait le constat que le jumelage de disciplines professionnelles intégrées à leur travail clinique est une voie efficace et efficiente et une stratégie gagnante. À l'intérieur d'un processus actif, le travail interdisciplinaire observé dans le projet pilote a favorisé le trait d'union entre les observations du quotidien, les intervenants de l'équipe clinique, l'analyse spécialisée de l'équipe interdisciplinaire et l'arrimage avec la 1^{re} ligne.

Allocation des ressources humaines

9. Évaluer la charge de travail d'un intervenant pivot œuvrant à l'adulte 22 ans et plus à la modalité de services spécifiques lorsqu'il y aura une PVDI-TNC dans sa charge.

La dimension évolutive de la situation clinique des TNC liés au vieillissement exigera de l'IP une augmentation de soutien pour assurer la démarche de repérage des symptômes engendrés par ces dernières par l'observation directe et indirecte, son implication dans le travail interdisciplinaire, l'arrimage avec la 1^{re} ligne et la mise en place du suivi nécessaire. Ainsi, l'intensité de service doit correspondre à cette période du vieillissement normal et du vieillissement pathologique, et ce, dans le but de ralentir l'évolution des symptômes et optimiser les capacités résiduelles.

10. Considérer un niveau de priorité 2 aux demandes de consultation par l'équipe clinique suite aux démarches qu'elle aurait effectuées selon la procédure proposée dans le présent rapport et qui amène un repérage positif.

Habituellement, une priorité 3 est accordée aux demandes de consultation pour le repérage de TNC liés au vieillissement. Des démarches de repérage sont déjà entamées par l'équipe clinique faisant état de l'émergence des changements de la PVDI-TNC. Une analyse spécialisée des constats est requise pour avoir accès rapidement et adéquatement aux services de la 1^{re} ligne. Maintenir une priorité 3 peut causer un préjudice à la PVDI-TNC si elle est dans un temps d'attente compte tenu de l'aspect évolutif des TNC liés au vieillissement.

Cumuler les fiches 5 produites annuellement au dossier papier de la PVDI.

Avoir accès à l'information du fonctionnement de la personne dans toutes ses strates d'âge, et ce, depuis son fonctionnement optimal afin de constituer un niveau de base complet. Lors de la passation du DSQIID, l'intervenant pivot pourrait se référer aux fiches 5 cumulées.

11. Documenter avec les partenaires de la 1^{re} ligne, le besoin d'équipements adaptés dans le contexte de services à des PVDI-TNC.

Pour plus de la moitié des participants du projet pilote, des adaptations matérielles (de la marchette au lève-personne) ont été nécessaires à leurs nouvelles conditions de vie pour maintenir leur autonomie fonctionnelle. Ces besoins d'aides techniques ont entraîné beaucoup d'échanges et d'interrogations tant dans les équipes cliniques que dans les équipes interdisciplinaires quant à qui sera le fournisseur de ces adaptations. Il semble y avoir une « zone grise » qui nécessiterait d'être clarifiée pour optimiser le travail de l'ensemble des intervenants compte tenu de l'étendue des besoins qui iront en grandissant.

5.8.2. Sur le plan de la recherche

- 1. Pour les PVDI ayant le syndrome de Down, constituer un référentiel de comportements (les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, SCPD) et d'interventions en regroupant les informations sur les liens entre cette condition et les stades d'évolution de la maladie d'Alzheimer ou autres formes de TNC.**
- 2. Pour les PVDI sans syndrome de Down, rechercher les lignes directrices applicables en ce qui concerne les changements de comportements pouvant précéder l'apparition de difficultés cognitives liées au vieillissement chez une PVDI, et ce, en collaboration avec les services ambulatoires gériatriques (SAG) et les équipes de gestion des SCPD.**
3. Sachant que la littérature²⁶ explique déjà le lexique à utiliser dans les cas de troubles neurocognitifs, l'ensemble des intervenants a besoin de développer un vocabulaire commun. Il s'agit de rendre accessible ce niveau de savoir qui sera utile à la première phase d'analyse précédant l'arrimage avec la 1^{re} ligne. Les intervenants sont soucieux d'adapter leurs interventions afin qu'elles soient pertinentes et sécuritaires. À ce titre, quatre journées de formation sur les TNC ont été respectivement offertes dans les districts de Drummondville, Arthabaska-et-de-l'Érable, Trois-Rivières, Bécancour-Nicolet-Yamaska et Shawinigan durant l'année 2015. En plus, une journée de formation supplémentaire sur les interventions en lien avec les TNC a eu lieu en octobre 2015 et une série de formations plus globales a été offerte en octobre 2016.
- 4. Mener une étude longitudinale sur l'utilisation de l'AMPS et sa portée dans le maintien de l'autonomie fonctionnelle pour la population PVDI-TNC desservie par le CIUSSS MCQ, services en DI-TSA.**

Cette étude permettrait de générer un profil détaillé des personnes avec ou sans syndrome de Down et les interventions pertinentes à mettre en place pour les soutenir et préserver le plus longtemps possible leur autonomie fonctionnelle.

²⁶ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (2015). *Cognition et démence chez les personnes âgées ayant une déficience intellectuelle : rapport de recherche*. Tiré de <http://www.crditedmcq.qc.ca/download.asp?18554>

5. **Se pencher sur les risques d'« *overshadowing* »²⁷ au sein du processus de repérage des difficultés cognitives liées au vieillissement de 1^{re} et de 2^e ligne dans le but de proposer un arbre décisionnel du processus de repérage des difficultés cognitives liées au vieillissement dans sa globalité.**

6. **Développer un programme de stimulation cognitive des fonctions intellectuelles chez les PVDI-TNC avec la 1^{re} ligne.**

Avec le vieillissement de la clientèle des services en DI-TSA du CIUSSS MCQ, la stimulation cognitive pourrait agir à titre préventif pour contrer les effets négatifs de l'âge sur certains processus cognitifs chez les PVDI. La strate des 45 à 60 ans serait à prioriser à titre de maintien des capacités résiduelles dans la réalisation des activités de la vie quotidienne pour les PVDI ayant des difficultés cognitives liées au vieillissement. Cette proposition pourrait être menée en collaboration avec des stagiaires universitaires (en neuropsychologie, ergothérapie, psychologie et psychoéducation).

²⁷ « *Diagnostic overshadowing* ou « ombrage diagnostic » : consiste à attribuer de façon erronée des symptômes physiques à une maladie mentale préexistante ou à une déficience intellectuelle ou développementale. Cette attitude est souvent vue comme une forme de partialité et de discrimination. » Giddings, G. (2013). *Raison et sensibilité*. Journal de l'Association médicale canadienne, vol. 185(18), 1587-1588.

6. Conclusion

Le repérage des difficultés cognitives liées au vieillissement est un processus multidimensionnel qui englobe toutes les sphères de la vie de la personne : physique, cognitive, psychologique, comportementale et socioaffective.

Les outils DSQIID et AMPS s'avèrent très fiables, accessibles et complémentaires dans le repérage des difficultés cognitives liées au vieillissement auprès des personnes présentant une DI, et ce, pourvu que les conditions de passation préconisées dans ce rapport soient respectées.

Le diagnostic précoce et l'évaluation des TNC chez les personnes présentant une DI sont cruciaux puisqu'ils vont orienter l'intervention ultérieure, les soins et la prise en charge de cette dernière. Toutefois, cette évaluation se doit de considérer plusieurs facteurs : médicaux, pharmacologiques, psychosociaux, adaptatifs, socio-affectifs et environnementaux. À ce sujet, la collaboration interdisciplinaire devient un facteur facilitant et indéniable dans le suivi d'une perte cognitive associée au vieillissement au même titre que dans la valorisation du diagnostic différentiel basée sur les multi-hypothèses.

Les opinions recueillies lors des entrevues du projet pilote et le rapport d'homologation du CQA en date du 30 octobre 2015, laissent conclure que l'interdisciplinarité s'est trouvée renforcée au sein des pratiques du programme clientèle PVDI. Parallèlement, les objectifs du PI sont devenus plus opérationnels, plus pertinents et de meilleure qualité. Ainsi, ce projet crée de la valeur ajoutée pour la clientèle PVDI, les proches, les responsables de ressources d'hébergement et les intervenants. De ce fait, il permet d'identifier le bon service à offrir au bon moment et à la bonne personne et d'améliorer la coordination des services au sein du CIUSSS MCQ. À cela s'ajoute le fait que le projet a permis d'orienter les réflexions vers d'autres hypothèses, autres que les difficultés cognitives liées au vieillissement (de nature environnementale, physique ou mentale).

Plusieurs recommandations émises par le CQA mériteraient d'être prises en considération, entre autres : 1) le besoin de définir et de généraliser les étapes d'implantation et d'établir des mécanismes de gestion formels et bien structurés pour la suite du projet; 2) de multiplier les activités de transfert et de valorisation des connaissances au sein et en lien avec ce projet de repérage afin d'assurer un meilleur encadrement et une pérennité au projet; 3) d'autant plus que ce projet offre la possibilité de mieux reconnaître et de repérer les premiers signes des difficultés cognitives liées au vieillissement et d'entamer un nouveau partenariat avec une équipe psycho-gériatrique, contribuant ainsi à une meilleure fluidité des services génériques et spécialisés, à plus de partage d'expertises et à une meilleure prise en charge des TNC chez les PVDI.

À cela s'ajoute le fait que ce projet a permis de mettre en perspective plusieurs catégories de nouveaux comportements associés aux troubles neurocognitifs qui mériteraient d'être explorés en profondeur dans le cadre de futures recherches auprès de la clientèle vieillissante ayant une DI.

En conclusion, ce projet appuyé par des données cliniques et probantes, reconnu par les pairs internes et externes et ayant reçu une appréciation générale très positive en ce qui concerne la pertinence de sa démarche interdisciplinaire, est très porteur de nouvelles opportunités cliniques et de recherches. Cependant, il faut s'assurer d'identifier clairement les conditions de sa généralisation, de sa promotion au sein du CIUSSS MCQ et des autres centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et CIUSSS de la province, garantissant ainsi les conditions de son succès et de sa pérennité. Des indicateurs de suivi et d'évaluation sont à prévoir pour cette étape.

7. Références

- Bowens, S. F. M., van Heugten, C. M., Aalten, P., Wolfs, C. A. G., Baarends, E. M., van Menxel, D. A. J., Verhey, F. R. H. (2008). Relationship between measures of dementia severity and observation of daily life functioning as measured with Assessment of Motor and Process Skills (AMPS). *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, vol. 25(1), 81-87.
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (2015). Cognition et démence chez les personnes âgées ayant une déficience intellectuelle : rapport de recherche. Tiré de <http://www.crditedmcq.qc.ca/download.asp?18554>
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (2015). Caractéristiques des personnes âgées présentant une déficience intellectuelle à partir du système SIPAD: rapport de recherche. Tiré de <http://www.crditedmcq.qc.ca/download.asp?18553>
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (2014). Rapport annuel de gestion 2013-2014. Tiré de <http://www.crditedmcq.qc.ca/download.asp?id=18380>
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (2013). Processus clinique. Trois-Rivières : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire.
- Deb, S. (2003). Dementia in people with an intellectual disability. *Reviews in Clinical Gerontology*, vol. 13(2), 137-144.
- Deb, S., Hare, M., Prior, L. (2007). Symptoms of dementia among adults with Down's syndrome : a qualitative study. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 51(9), 726-739.
- Fleury, F. (2010). Outils de repérage d'un syndrome démentiel chez les personnes présentant une déficience intellectuelle : démarche et recommandations des experts. Tiré de <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3342/Experts+DI+démence+rapport+final.pdf>
- Gauthier, S. (2007). Vieillir sur la voie de la dépendance: cours de Serge Gauthier en 2007. Tiré de <http://www.douglas.qc.ca/videos/36>
- Hartman, M. L., Fisher, A. G., Duran, L. (1999). Assessment of functional ability of people with Alzheimer's disease. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 6(3), 111-118.
- Kottorp, A., Bernspang, B., Fisher, A. G. (2003). *Validity of a performance assessment of activities of daily living for people with developmental disabilities*. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 47(8), 597-605.

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (2015). *Rapport de recherche – Cognition et démence chez les personnes âgées ayant une déficience intellectuelle*. Trois-Rivières : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire.

Lovestone, S., Gauthier, S. (2000). In S. Gauthier (2009), *Alzheimer : diagnosis and treatment options*. Verdun : McGill Centre for Studies in Aging.

McGuire, B. E., Whyte, N. & Hardardottir, D. (2006). *Alzheimer's disease in Down syndrome and intellectual disability : a review*. The Irish Journal of Psychology, vol. 27(3-4), 114-129.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., Chertkow, H. (2005). *The Montreal Cognitive Assessment, MoCA : a brief screening tool for mild cognitive impairment*. Journal of the American Geriatrics Society, vol. 53(4), 695-699.

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (2014). *Rapport de recherche : caractéristiques des personnes âgées présentant une déficience intellectuelle à partir du système SIPAD*. Trois-Rivières : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire.

Annexe 1 - Description des outils

DSQIID

Le *Questionnaire de repérage de la démence chez les individus ayant une déficience intellectuelle* (DSQIID) a fait l'objet d'une démarche et de recommandations d'experts à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie-Est en 2010²⁸. Parmi six outils de repérage retenus de la littérature scientifique internationale, le *Groupe de travail DI et vieillissement* a déterminé cet outil comme étant le meilleur pour le repérage d'un trouble neurocognitif chez les personnes présentant une déficience intellectuelle.

Le DSQIID comporte 53 items divisés en trois parties. Le contenu comporte six catégories :

1- Comportement	• Comportement envers les autres • Comportement envers les objets • Errance
2- Perception et cognition	• Mémoire • Orientation spatio-temporelle • Suivi des instructions • Perception visuelle
3- Communication	• Retrait social • Lecture-écriture
4- Dimension psychologique	• Symptômes psychologiques
5- Dimension physique	• Symptômes physiques • Troubles du sommeil • Équilibre
6- AVQ	• Habillage • Hygiène • Élimination

AMPS

L'*Assesment of Motor and Process Skills* (AMPS) est un outil standardisé qui permet d'évaluer la qualité de la performance occupationnelle dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. L'évaluation est réalisée par la cotation d'habiletés universelles observables lors de la réalisation des activités de la vie quotidienne connues et significatives pour la personne. L'évaluation comprend donc la cotation de 16 habiletés motrices ainsi que 20 habiletés procédurales et d'adaptation. La cotation est réalisée en termes d'indépendance, de sécurité, d'effort et d'efficacité.

Suite à des analyses statistiques qui tiennent compte du niveau de difficulté de la tâche ainsi que de la cote de sévérité de l'évaluateur, les résultats sont représentés dans un graphique indiquant où se situe la personne comparativement à un critère de compétence en ce qui a trait à l'effort requis, la sécurité, l'aide requise et l'efficacité de la personne dans la réalisation des activités de la vie quotidienne.

²⁸ Fleury, F. (2010). *Outils de repérage d'un syndrome démentiel chez les personnes présentant une déficience intellectuelle : démarche et recommandations des experts*. Tiré de <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3342/Experts+DI+démence+rapport+final.pdf>

Annexe 2 - Méthodologie

Recrutement

Présentation du projet pilote par Mylène Alarie aux superviseurs cliniques de chacun des 8 territoires du CIUSSS MCQ, services en DI et TSA – Institut universitaire (de l'Érable, Arthabaska, Drummond, Trois-Rivières (Cap-de-la-Madeleine), Maskinongé, Centre Mauricie, Haut St-Maurice, Bécancour-Nicolet-Yamaska) lors de la rencontre clinico-administrative à l'adulte du 31 janvier 2014.

Le 7 février 2014, une lettre incluant les critères et les consignes a été envoyée par courriel par l'APPR aux superviseurs cliniques de chacun des 8 territoires du CIUSSS MCQ, services en DI et TSA – Institut universitaire, en mettant leurs gestionnaires en copie conforme. Le protocole de la passation du DSQIID y était inclus.

Repérage des signes de TNC (intervenant pivot)

Des discussions en équipes cliniques (intervenant pivot et superviseur clinique) de situations cliniques pouvant bénéficier d'un repérage de signes de TNC avaient eu lieu.

Ces situations ne sont pas discutées avec l'équipe projet. Elles le seront seulement lors de la 1^{re} visite à l'utilisateur.

À noter que lors des rencontres du programme PVDI, soit avant le projet pilote, les intervenants pivots rapportaient déjà des comportements inhabituels chez les usagers : cris, errance, perte de poids, perte d'intérêt aux activités préférées, baisse d'habiletés communicatives.

Référer à l'équipe projet (Sylvie Garneau, pilote du projet)

A. Signalement de situations cliniques

Sélection

Dès le départ, il fut entendu par l'équipe projet que les 10 premières situations cliniques seraient retenues sans critères d'exclusion vu l'importance soulignée dans la recherche *Cognition et démence chez les personnes âgées ayant une déficience intellectuelle*²⁹ quant à la prévalence de démence au sein de la clientèle présentant une déficience intellectuelle.

Mode de transmission

En février 2014, 15 situations cliniques présélectionnées en équipe clinique ont été signalées à Mme Sylvie Garneau majoritairement par appel téléphonique du superviseur clinique confirmant qu'un ou deux intervenants de son territoire supposaient la possibilité de difficultés cognitives liées au vieillissement chez un ou quelques clients de leur charge de dossiers. Quelques transmissions se sont faites par envoi courriel.

²⁹ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (2015). *Cognition et démence chez les personnes âgées ayant une déficience intellectuelle* : rapport de recherche. Tiré de <http://www.crditedmcq.qc.ca/download.asp?18554>

Nombre

- Un total de 15 signalements de situations cliniques fut identifié par les superviseurs cliniques à Mme Garneau suite à la communication du courriel présentant la procédure de démarrage du projet pilote (PP).
- Les 9 premiers signalements de situations cliniques furent retenus. Cependant, le 10^e n'a pu l'être compte tenu de la demande d'un superviseur clinique précisant l'impossibilité de participation au PP en raison d'un trop grand volume de travail rencontré par l'IP, mais il tenait à faire le signalement.
- Ce fut donc le 11^e signalement de situation clinique présenté chronologiquement qui fut retenu.
- Les 3 autres signalements de situations cliniques furent mis en attente jusqu'à la confirmation d'une implantation prochaine³⁰.

15 signalements de situations cliniques acheminés au projet par les équipes cliniques de 6 territoires différents :

- 10 retenus
- 1 non retenu suite à la demande du superviseur clinique dû à la charge de travail déjà rencontré par l'IP
- 3 en attente pour l'autre cohorte de repérage de TNC

Les informations fournies comprenaient :

- Numéro de dossier
- Date de naissance (DDN)
- Âge
- Diagnostic
- Porteur du dossier

À cette étape, l'équipe projet n'a pas sollicité d'information concernant les *éléments émettant l'hypothèse d'un trouble neurocognitif*, car elle a pris pour acquis la justesse de ces éléments déjà discutés en équipe clinique.

Organisation des visites à l'usager pour la passation du DSQIID

1. Lors d'un appel téléphonique en mode mains libres de Mme Sylvie Garneau avec l'équipe clinique (intervenant pivot + superviseur clinique) :
 - Entente sur la date de la visite de l'infirmière clinique et, le cas échéant, pour les équipes de la rive sud, de l'ergothérapeute.
 - Transmission d'informations concernant la passation du DSQIID.
 - Pour ceux bénéficiant de la passation de l'AMPS, explication de l'exercice de l'ergothérapeute au sujet de 3 tâches d'AVQ connues de l'usager.

³⁰ Un deuxième exercice de repérage s'est actualisé avec un autre groupe de 23 usagers entre septembre 2014 et février 2015.

2. Envoi de documents électroniques à l'IP avec leur superviseur clinique en copie conforme :

- Protocole DSQIID
- Questionnaire de la pertinence de la passation du DSQIID par l'intervenant pivot

Visite à l'utilisateur

Passation du DSQIID pour 4 usagers (utilisation exclusive du DSQIID)

Nombre de visites	1
Personnes présentes	IP (entraînement à l'utilisation du DSQIID), infirmière clinique, responsable d'hébergement
Durée de la visite	60-90 minutes
Déroulement	• Passation du DSQIID par l'IP • Coaching pédagogique et appropriation faite par l'infirmière clinique, ex. « Comment as-tu compris l'énoncé? » • Ce fut toujours la même infirmière clinique présente lors de la passation du DSQIID pour tous les usagers

Rapport individuel

- Avant la rédaction de son rapport individuel, pour toutes les passations du DSQIID peu importe leur résultat, l'infirmière faisait d'abord son analyse et orientait ses recommandations pour ensuite en discuter par téléphone avec l'IP. Après cet échange, l'infirmière clinique rédigeait formellement son rapport individuel final. Les commentaires recueillis de l'IP lui servaient à enrichir son rapport individuel.
- Le rapport individuel final de l'infirmière clinique fut ensuite envoyé par courriel à l'IP.
- Pour les usagers ayant un résultat positif au DSQIID (≥ 20), ce rapport devait être utilisé et remis au médecin traitant lors de la visite médicale.

2^e passation – hypothèse d'émergence de difficultés cognitives liées au vieillissement : pour 2 usagers

• Pour un usager, il y a eu une 2^e passation du DSQIID 6 mois après la 1^{re} passation. - o 1^{re} passation résultat -13, - o 2^e passation 8 mois plus tard résultat -09
• Pour un usager, il y a eu une 2^e passation du DSQIID 7 mois après la 1^{re} passation. - o 1^{re} passation résultat -14 - o 2^e passation résultat +36
• Une des passations est réalisée par l'IP, accompagné par l'infirmière clinique, et l'autre uniquement par l'IP.

Passation du DSQIID + AMPS pour 6 usagers

Nombre de visites	2
Personnes présentes	IP (entraînement à l'utilisation du DSQIID), infirmière clinique, ergothérapeute et responsable d'hébergement, et fratrie dans 2 cas.
Durée de chaque visite	60 à 90 minutes
Déroulement	1^{re} visite - Passation du DSQIID + cueillette de données pour l'AMPS + passation du MoCA DSQIID • Idem que la passation exclusive du DSQIID. AMPS • Présence de l'ergothérapeute qui écoute et s'intéresse aux comportements d'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur. • À l'aide d'un échange entre l'ergothérapeute, le responsable d'hébergement et l'IP, l'identification de deux (2) à trois (3) tâches d'AVQ connues de l'utilisateur et au niveau desquelles il s'est vu performant. Avantage : L'infirmière clinique et l'ergothérapeute étant ensemble à cet échange, ceci évitait la répétition des explications rendues tant par l'IP que par le responsable d'hébergement. Un travail d'équipe se dessinait. Famille Dans le cas d'une 1^{re} visite (DSQIID + AMPS), il y a eu présence d'un membre de la fratrie de l'utilisateur (représentant légal). • Échange sur les difficultés identifiées depuis longtemps chez l'utilisateur. • Remise en question des ressources obtenues du CIUSSS MCQ, services en DI et TSA - Institut universitaire. MoCA Ayant eu une demande d'investiguer la pertinence de l'outil MoCA avec la personne présentant une DI, l'ergothérapeute évalua la faisabilité de cette passation auprès des 6 usagers passant l'AMPS. • Rapidement, on identifie l'impossibilité de passation dans 3 cas où 2 usagers sont non verbaux et le troisième présente un niveau de compréhension limité. Leurs capacités ne correspondaient pas aux critères de passation de l'outil MoCA. • Dans un 4^e cas, la passation a été initiée avec une personne déjà très anxieuse, mais a dû être arrêtée après la 2^e question vu le niveau d'anxiété généré par cette passation. • Le MoCA a été tenté avec une personne qui ne sait ni lire ni écrire. L'utilisateur se retrouvait dans l'impossibilité de compléter les énoncés de l'outil, même avec l'aide de l'ergothérapeute. Aucun score n'a été cumulé au test. L'outil n'est pas adapté à un tel client.

	Dans le 6^e cas, le MoCA a été complété avec une personne pour laquelle on lui reconnaissait des capacités cognitives élevées. L'utilisateur a été capable de répondre à tous les énoncés. Un score de 16/30 a été cumulé, cependant, comme le MoCA est un outil standardisé pour la population tout venant et non pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle, l'ergothérapeute ne pouvait interpréter ces résultats. Il devenait difficile d'établir des liens en distinguant ce qui découle de la déficience intellectuelle et de nouvelles atteintes neurocognitives. Alors, l'analyse de cette passation s'est avérée non discriminatoire. <i>L'équipe projet conclut que le MoCA n'est pas un outil désigné pour la personne présentant une déficience intellectuelle.</i>
--	--

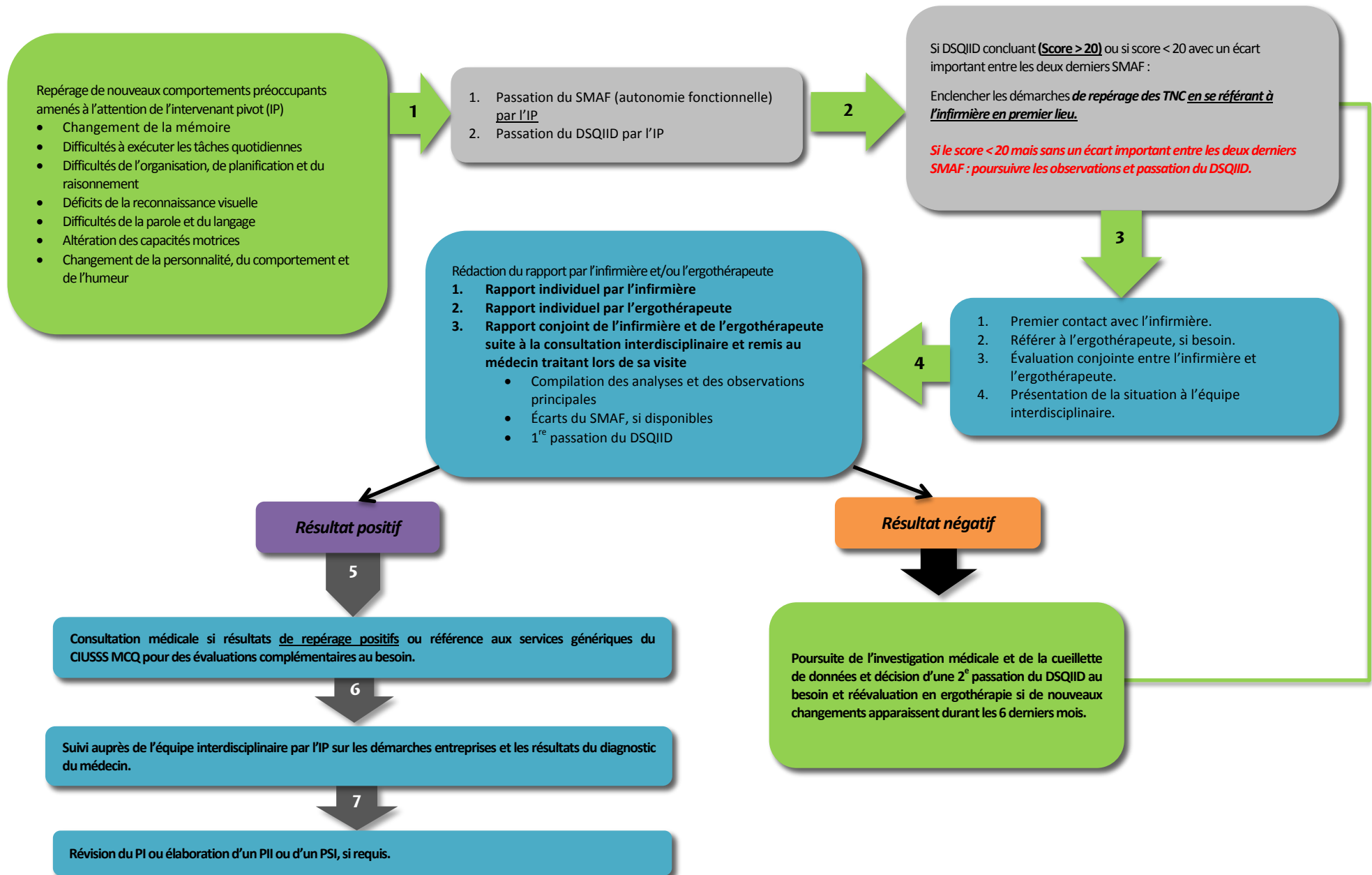
2^e visite - Passation de l'AMPS

Personnes présentes	IP, ergothérapeute et responsable d'hébergement
Durée de la rencontre	60 à 90 minutes
Déroulement	- Mise en situation où l'utilisateur actualisait les deux (2) ou trois (3) tâches d'AVD identifiées comme étant maîtrisées par lui, telles qu'identifiées à la 1^{re} visite. - À la suite de cette actualisation, l'ergothérapeute donnait déjà une première série de recommandations afin de supporter la séquence des 2 ou 3 tâches à exécuter de la manière la plus autonome possible par l'utilisateur, soit l'identification du segment de tâche non fonctionnel et l'intervention à mettre en place pour le compenser. - Explication donnée par l'ergothérapeute pour la prochaine étape de la démarche, soit la transmission de son rapport et du rapport conjoint avec l'infirmière.

2^e passation de l'AMPS – pour 2 usagers

- Sommes-nous face à des pertes cognitives pour lesquelles nous pourrions apporter un support afin de ralentir la détérioration?
- Pour un usager, il y a une 2^e passation de l'AMPS 7 mois après la 1^{re} passation.
- Pour un 2^e usager, une 2^e passation était prévue, mais a dû être annulée vu l'anxiété générée par la passation.

Annexe 3 – Outil d'aide à la prise de décision en matière de repérage des troubles neurocognitifs chez les personnes vieillissantes ayant une déficience intellectuelle (PVDI)



Annexe 4 – Base de données

Projet pilote sur le repérage des troubles neurocognitifs liés au vieillissement de janvier 2014 à février 2015

PSI	Modalité de service post-projet	Gestion de cas territoire de l'Érable et Arthabaska	ergothérapeute	Intervention médicale	Psychiatrie	Neurologie neuropsychologie	Gériatrie ou CSSS équipe repérage démence	Vu par Dr traitant	MoCA sc	MoCA	2° AMPS Proc	2° AMPS Mot	2° AMPS	AMPS Process	AMPS motor	AMPS	2° DSQID Sc	2° DSQID	1° DSQID Sc	DSQID	Intervent. avant PP	Fratrie	Ressource hébergement	Modalité de service	Condition	Âge	Sexe	Usagers
	Service spécifique	N/A							N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	Non	22	2014-03-11		Non		Épisode	DI	65	F	1
Non	Service spécifique utilisation matériel pédagogique	N/A		Prise de sang retrait cérumen	Non			Oui	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Non	26	2014-03-11		Non		Service spécifique	DINS	63	F	2
Non	Épisode de service révisé oct. 14 maintien des capacités résiduelles	N/A	Oui	Non	Non	Oui Rx-mémoire Scan nov. 14	Non	Oui	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	En attente résultat scan	19	2014-03-11		Oui passif		Épisode	DI	67	M	3
Non	Service spécifique	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Ne répond pas aux critères de passation		N/A	N/A	Non	Non	N/A	Annuler État +	DSQID confirme l'amélioration de l'état de l'usager où repérage DC fait en 2013, pas de 2° passation		2	2014-05-01	Chgt famille d'accueil 01/14	Non		Service spécifique	Trisomie	57	M	4
Non	Service spécifique révision à venir État détérioré Assurer confort	N/A	Oui déjà en cours	Non	Non	Oui déjà en cours	Non	Non déjà en cours hors projet	Ne répond pas aux critères de passation		N/A	N/A	Non	Non	N/A	Annuler État -	N/A	Non	10	2014-02-27	Prise en charge MD PAD CSSS depuis 3 ans Ergo CRDI	Non		Spécifique	DI sévère profonde	52	F	5
Rencontre multidisciplinaire fratrie, Infirm-CSSS, ergo PSI devrait être initié, mais ne l'est pas Superviseur clinique ayant le sentiment de ne pas être suffisamment outillé	Service spécifique pour maintien des acquis	N/A	Oui, faisant partie de l'équipe de repérage de démence	Non	Oui + suivi externe	Oui	Équipe repérage	Oui Dx démence vasculaire	Non traitable	2014-03-04						2014-03-13	N/A	Non	20	2015-03-04	Non	Oui Active+	RTF	Épisode	DI SMLTGC	66	M	6

PSI	Non	
Modalité de service post-projet	Épisode Moyens réajustés Attitudes clarifiées Respect du rythme	
Gestion de cas territoire de l'Érable et Arthabaska	N/A	
ergothérapeute	Non	
Intervention médicale	Non	Colonoscopi e,Chirurgie polype Opération cataracte Examen ostéoporos e
Psychiatre	Non	
Neurologie neuropsychologie	Non	
Gériatrie ou CSSS équipe repérage démente	Pas en mesure de l'évaluer étant donné l'âge de la personne	
Vu par Dr traitant	Non déjà en cours hors projet	
MoCA sc	N/A	
MoCA	N/A	
2° AMPS Proc	N/A	
2° AMPS Mot	N/A	
2° AMPS	N/A	2014 -10- 03
AMPS Process	N/A	
AMPS motor	N/A	0,81
AMPS	N/A	2014-03-06
2° DSQID Sc	N/A	
2° DSQID	Non	2014-10-26
1° DSQID Sc	8	13
DSQID	2014-03-06	2014-05-01
Intervent. avant PP	Non	Non
Fratrie	Non	Oui Investigation yeux, oreilles
Ressource hébergement	RI	RTF
Modalité de service	Épisode	Service spécifi-que
Condition	Polyhandi-cap	DI
Âge	64	71
Sexe	F	F
Usagers	7	8



**Institut universitaire
en déficience intellectuelle et
en trouble du spectre de l'autisme**

*Rattaché au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec*

1025, rue Marguerite-Bourgeoys
Trois-Rivières (Québec) G8Z 3T1

Téléphone : 819 379-7732

Ligne sans frais : 1 888 379-7732

www.rechercheiuditsa.ca

www.ciusssmcq.ca

Pour nous suivre sur les médias sociaux :

