



# CEVOQ

Centre d'excellence sur  
le vieillissement de Québec

SOINS FORMATION RECHERCHE PROMOTION-PRÉVENTION

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale

Québec 



# **Rafraichissez votre boîte à outils avec les nouveautés du Plan ministériel sur les TNCM**

**Midi-maillage 8 juin 2023**

**Karine Ménard inf.clin et Mireille Cliche TS  
Ressources territoriales Plan ministériel sur les TNCM**



# Objectifs



- Mise en contexte du plan ministériel sur les TNCM
- Mise à jour des derniers outils développés
- Favoriser les échanges



# Petite histoire

- Rapport Bergman 2009
- Phase 1 – 19 projets novateurs au Qc
- Phase 2 – 2016-2019. Création du mandat des ressources territoriales.
- Volet RIUSSS : Chargée de projet : Julie Denis
- Volet CIUSSSCN : Coordonnatrice: Line D'Amours, comité pilotage, comité tactique.

## Phase 3

- Faciliter les transitions (GMF – SAD- équipe spécialisée- organismes communautaires – CEVQ)
- Besoins des proches aidants (<https://referenceaidancequebec.ca/referer>)
- SCPD (groupe de travail en cours)
- Promotion de la santé cognitive (Conférence grand public le 27 février 2024)



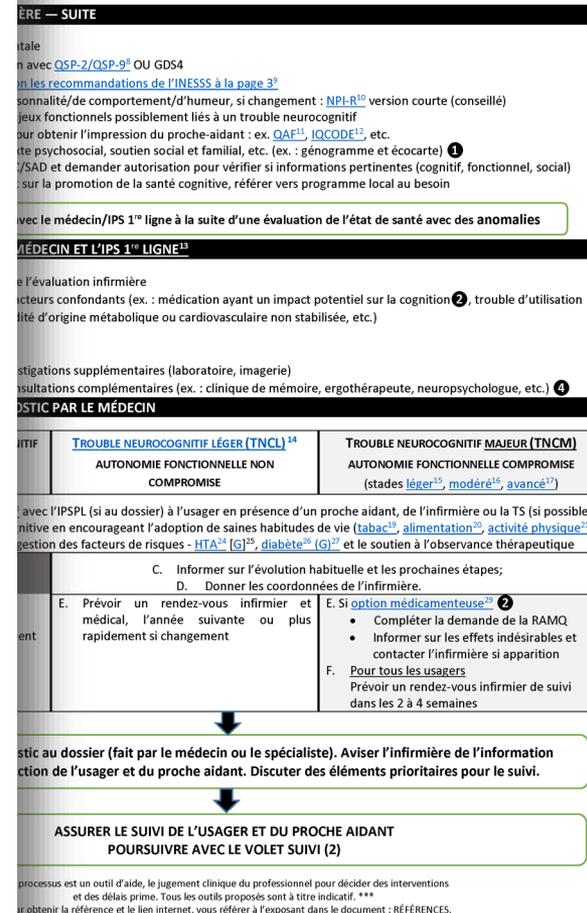
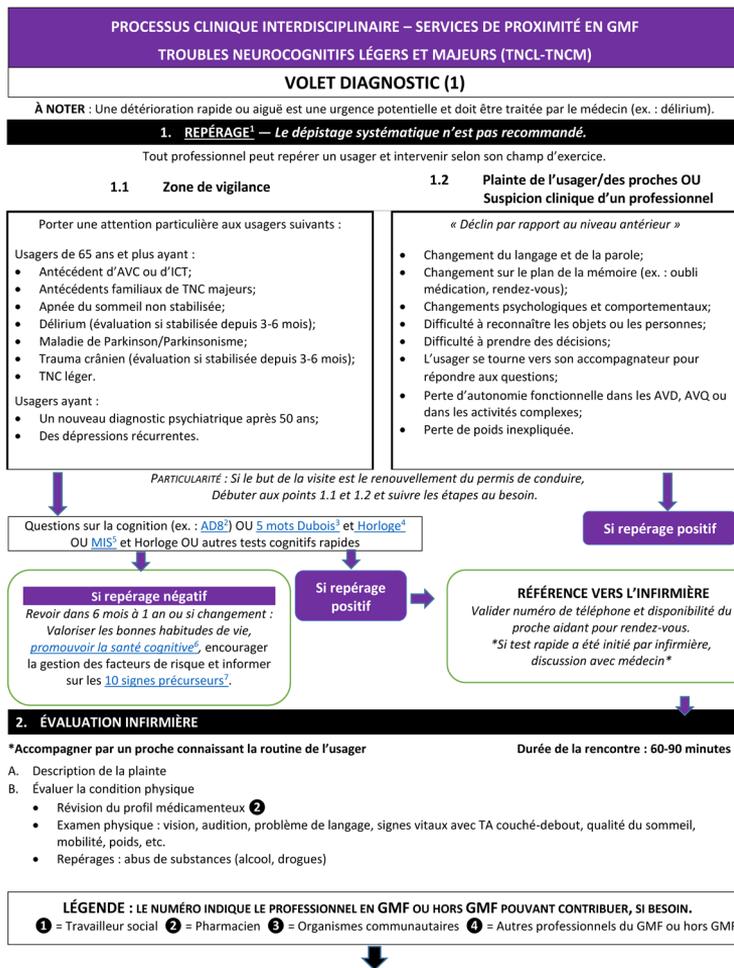


## Mesures de soutien

- Équipe de leader dans chaque GMF
- Colloque annuel de 2 jours (100% des GMF du CIUSSSCN formées)
- RAM (6 octobre 2023) : thème SCPD
- Soutien clinique (courriel, téléphone) par les 2 ressources territoriales
- Visite de mentorat annuelle dans chaque GMF
- Développement d'outils (boîte à outils, site du CEVQ) et groupes de travail

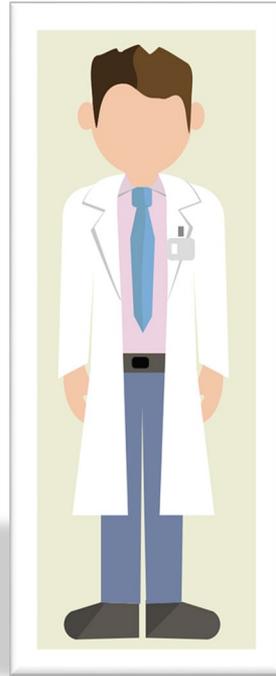
# Qu'est-ce qu'on implante ?

## Volet diagnostique (Du repérage au diagnostique)



## Décrit particulièrement le rôle:

- Médecins de famille/IPSPL  
et
- Infirmières cliniciennes





# Autres professionnels à qui référer au besoin:

**LÉGENDE : LE NUMÉRO INDIQUE LE PROFESSIONNEL EN GMF OU HORS GMF POUVANT CONTRIBUER, SI BESOIN.**

**①** = Travailleur social   **②** = Pharmacien   **③** = Organismes communautaires   **④** = Autres professionnels du GMF ou hors GMF



# Par qui ?



## VOLET DIAGNOSTIC TROUBLES NEUROCOGNITIFS

### RÔLES ET RESPONSABILITÉS EN GMF

#### REPÉRAGE

Si suspicion clinique, tous les professionnels du GMF sont tenus de repérer la clientèle à risque (voir le processus clinique interdisciplinaire volet diagnostique)

#### ÉVALUATION

#### DIAGNOSTIC

##### SYSTÉMATIQUE

##### NON SYSTÉMATIQUE

###### Infirmière clinicienne

###### Médecin de famille/IP SPL

###### Travailleuse sociale

###### Pharmacien

- Décrire la plainte cognitive;
- Évaluer la condition physique et mentale;
- Documenter la présence de changement fonctionnel;
- Vérifier l'histoire familiale, le contexte psychosocial et le soutien en place;
- Vérifier si des services sont en place et référer au besoin (SAD, organismes);

- Évaluer l'état de santé (anamnèse, l'examen physique et neurologique);
- Vérifier si présence de facteurs confondants;
- Demander des investigations supplémentaires (labos, TDM cérébral);
- Poursuivre l'évaluation en collaboration avec les professionnels concernés;

- Si incertitude en lien avec le diagnostic, discuter avec un collègue médecin du GMF.

- Statuer d'un diagnostic (TNC léger, TNC majeur en précisant le type, si connu);
- L'inscrire au DME et aviser l'infirmière;
- L'annoncer à la personne concernée et à un de ses proches;
- Encourager les saines habitudes et la gestion des facteurs de risque;
- Prescrire IACHE si indiqué (RAMQ)

##### Ces professionnels peuvent être contributifs en période d'évaluation cognitive

- Solliciter la TS lorsque présence des éléments suivant chez la personne en investigation ou son proche :
  - Vulnérabilité physique/psychosocial
  - Anxiété, dépression, état de crise
  - Abus de substance/dépendance
  - Précarité financière et matérielle
  - Suspicion d'auto-négligence, isolement, conflit, maltraitance ou préjudices

- Accompagner le médecin/IP SPL lors de l'annonce du diagnostic si :
  - Dénü de la personne ou du proche
  - Conflit conjugal et ou familial
  - Anticipation d'une grande réaction émotionnelle / d'une crise.
  - ATCD de trouble d'adaptation, dépression
  - Risque suicidaire et homicidaire

- Solliciter le pharmacien pour révision de la pharmacothérapie en présence des situations suivantes:
  - Doute sur un lien possible entre la détérioration de la cognition et la thérapie médicamenteuse;
  - Chute/hospitalisation dans la dernière année;
  - DFGe  $\leq 50$  ml/min;
  - Poids extrême (faible, élevé ou variation importante);
  - Plus de 2 comorbidités;
  - Doutes sur l'adhésion au traitement;
  - 8 médicaments ou plus au profil;
  - Plusieurs moments de prise;
  - Prise de médicaments anticholinergiques, antipsychotiques, ou à haut risque;
  - Plus de 2 prescripteurs

Si, suite aux évaluations, une ambivalence demeure sur le diagnostic, référez-vous aux services spécialisés (CGQ, CIME, psychogériatrie, gérontopsychiatrie)

**COLLABORER AVEC LE SECRÉTARIAT POUR ORGANISER ET RAPPELER LES RV (ÉVALUATION, ANNONCE DU DIAGNOSTIC ET SUIVIS)**

Pour plus de détails, référez-vous au [Processus clinique interdisciplinaire - Volet diagnostique](#), ou contactez vos ressources territoriales.

Mise à jour 2023-05-11

## SUIVI DES TROUBLES NEUROCOGNITIFS

### RESPONSABILITÉS EN GMF

#### SYSTÉMATIQUE

#### NON SYSTÉMATIQUE

##### Personne

##### Médecin de famille/IP SPL

##### Travailleuse sociale

##### Pharmacien

personne à risque; situation possible (chute, évacuation)

personne/proche; autorisation à diagnostiquer; refus.

personne/proche; faciliter l'accès aux services; refus.

personne et/ou proche; refus.

personne et/ou proche; refus.

personne et/ou proche; refus.

##### Ces professionnels peuvent être contributifs lors du suivi cognitif au besoin

- Collaborer avec l'équipe traitante lorsque présence des éléments nommés au recto et :
  - Fatigue de l'aidant ou aucun aidant
  - Difficulté d'adaptation: logement, rôle, communication, deuil blanc, évolution de la maladie, etc.
- Besoin d'information et de soutien pour:
  - Mise en place des services, aide S, approches et gestion SCPD, mesures d'assistances, inaptitude et besoin de protection/représentation.

- Accompagner l'infirmière lors de l'enseignement et du suivi si :
  - Augmentation des indices de vulnérabilité et détérioration de la situation psychosociale.

- Solliciter le pharmacien pour révision de la pharmacothérapie en présence des situations suivantes:

- Doute sur un lien possible entre la détérioration du TNC et la thérapie médicamenteuse;
- Opinion requise pour une thérapie médicamenteuse, notamment en présence d'un SCPD;
- Aucune révision récente de la pharmacothérapie par le pharmacien en présence des situations décrites à l'étape de l'évaluation ou du diagnostic (voir recto)

Pour plus de détails, référez-vous au [Processus clinique interdisciplinaire - Volet suivi](#), ou contactez vos ressources territoriales.

Mise à jour 2023-05-11

### CLIENTÈLE AVEC POSSIBLES TROUBLES NEUROCOGNITIFS EN GMF

Soutenu  
par :

| SERVICE                 | CIUSSS DE LA CAPITALE NATIONALE   |   |  | CHU DE QUÉBEC  |
|-------------------------|---|---|--|--|
|                         | Psychogériatrie<br>(Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées)  | Clinique gériatrique de Québec (CGQ)<br>(Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées)   | Gérontopsychiatrie<br>(Direction santé mentale, dépendance et itinérance)  | Clinique interdisciplinaire de la mémoire (CIME)   |
| CLIENTÈLE<br>ADMISSIBLE | Usager de 75 ans et plus.<br><b>OU</b><br>Usager de 65 à 75 ans présentant un syndrome gériatrique et/ou des critères de fragilité <sup>1</sup> .<br><b>ET</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qui peut se déplacer ou recevoir les services à domicile.</li> <li>• Qui peut présenter fatigabilité, faible collaboration, une réticence à l'évaluation ou une faible autocritique.</li> </ul> | Usager de 75 ans et plus.<br><b>OU</b><br>Usager de 65 à 75 ans présentant un syndrome gériatrique et/ou des critères de fragilité <sup>1</sup> .<br><b>ET</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qui peut se déplacer pour recevoir ses services.</li> <li>• Qui est en mesure de supporter une évaluation de 2 h à 4 h.</li> </ul>  | Usager de 65 ans et plus présentant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1<sup>er</sup> épisode psychiatrique SANS diagnostic de TNCM.</li> </ul> <b>OU</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble psychiatrique connu mais complexifié par le vieillissement.</li> </ul>  | Usager de moins de 65 ans.<br><b>OU</b><br>Usager de 65 ans et plus présentant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes atypiques.</li> <li>• ATCD familiaux de TNCM précoce.</li> </ul>   |
|                         | MOTIFS DE<br>CONSULTATION   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles cognitifs avec ou sans trouble de comportement.</li> <li>• Composantes de troubles de santé mentale.</li> <li>• Troubles psychiatriques de novo.</li> <li>• Atteintes cognitives sur dx concomitant de psychiatrie non connu en gérontopsychiatrie.</li> <li>• Troubles cognitifs chez des personnes dont la situation psychosociale est complexe.</li> <li>• Évaluation de l'aptitude si le médecin de famille ne se sent pas à l'aise à procéder à l'évaluation.</li> </ul> | <b>Volet prioritaire</b> (Délai ≤ 14 jours) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention rapide afin d'éviter une visite à l'urgence ou une hospitalisation.</li> </ul> <b>Volet général</b> (MAD compromis à moyen terme besoin d'évaluation gériatrique interdisciplinaire) <b>Volet spécialisé mémoire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble cognitif atypique ou rapidement évolutif.</li> <li>• Tableau évolutif.</li> <li>• Demande pour 2<sup>e</sup> opinion de l'utilisateur/proche.</li> <li>• Plainte mnésique avec dépistage négatif.</li> <li>• Dépistage génétique si indiqué.</li> </ul> L'équipe de la CGQ analyse la référence et détermine le volet ainsi que la priorité. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation psychiatrique d'une problématique cognitive.</li> <li>• Polypharmacie psychiatrique.</li> <li>• Usager connu en santé mentale avec élément du vieillissement qui complexifie le suivi.</li> <li>• Maladie psychiatrique tardive.</li> <li>• SCPD complexe et réfractaire.</li> </ul> |

<sup>1</sup> Syndromes : Chutes, polymédication, les troubles neurocognitifs, trouble du comportement, trouble de la marche, le syndrome d'immobilisation et présence de maladies chroniques.  
Fragilité : Perte de poids, fatigue, diminution de la force de préhension, faible activité physique et diminution de la vitesse de marche.

### CLIENTÈLE AVEC POSSIBLES TROUBLES NEUROCOGNITIFS EN GMF

| SERVICE  | CIUSSS DE LA CAPITALE NATIONALE  |  |   | CHU DE QUÉBEC  |
|--|--|--|---|--|
|  | Psychogériatrie<br>(Direction soutien à l'autonomie<br>des personnes âgées)  | Clinique gériatrique de Québec (CGQ)<br>(Direction soutien à l'autonomie<br>des personnes âgées)   | Gérontopsychiatrie<br>(Direction santé mentale,<br>dépendance et itinérance)  | Clinique interdisciplinaire<br>de la mémoire (CIME)  |
| LOCALISATION   | Édifice Christ-Roi<br>Hôpital Jeffery Hale<br>Hôpital régional de Portneuf<br>Hôpital de Sainte-Anne-de-Beaupré  | Hôpital du Saint-Sacrement   | Institut universitaire de santé mentale<br>(IUSMQ)  | Hôpital de l'Enfant-Jésus (CIME)   |
| TYPES<br>DE SERVICES   | Services spécialisés.  | Services spécialisés : volet prioritaire/général.<br>Services surspécialisés : volet mémoire.  | Services spécialisés/surspécialisés.  | Services spécialisés/surspécialisés.   |
| COMPOSITION<br>DE L'ÉQUIPE   | Médecins, infirmières cliniciennes,<br>ergothérapeutes, neuropsychologues.   | Géiatres, infirmières cliniciennes, ergothérapeutes,<br>neuropsychologues, IPS en soins aux adultes (IPSSA),<br>physiothérapeutes, nutritionnistes et infirmières auxiliaires. | Gérontopsychiatres, infirmières<br>cliniciennes réseau, infirmières SAGE,<br>psychoéducateurs, éducateurs, PAB,<br>travailleurs sociaux, ergothérapeutes.   | Neurologues, neuropsychiatres,<br>neuropsychologues, infirmières<br>cliniciennes et orthophoniste. |
| PRÉREQUIS ET<br>DOCUMENTS  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Notes d'évaluation pertinentes du médecin et des autres professionnels impliqués au GMF ou hors GMF.</li> <li>MEEM, MoCA et tous les autres tests cognitifs pertinents.</li> <li>Sommaire médical et liste de médicaments si non disponible au DSQ.</li> <li>Demander TDM cérébral et bilan sanguin de base (calcium, créatinine, électrolytes, FSC glucose à jeun ou Hba1c, TSH, B12) si pas résultats de &lt; 6 mois.</li> </ul> <p>Au besoin : Albumine (suspicion dénutrition); ALT et bilirubine (suspicion maladie hépatique); VDRL et VIH (risque ITSS ou TNC à évolution rapide).</p> |  |   |  |
| FORMULAIRES<br>REQUIS  | <p>Demande de référence pour des soins et services de proximité (voir section formulaires DME).</p>  | <p><a href="#">Formulaire du CRDS (gériatrie)</a></p>  | <p><a href="#">Formulaire du CRDS (psychiatrie)</a></p> <p>Selon motif de référence, cocher :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Éval. diag. AUTRE : départager TNMC vs trouble psychiatrique</li> <li>Recommandations SCPD : Troubles comportement ou humeur + TNMC</li> </ul> | <p><a href="#">Formulaire du CRDS (neurologie)</a></p>   |
| MODE DE<br>TRANSMISSION  | <p>2eligne.dsapa.ciusscn@sss.gouv.qc.ca<br/>418 529 - 0931 poste 26220</p>   | <p>Pour volet prioritaire, discussion ASI, gériatre et médecin référent nécessaire. 418 682-7605</p>   |   |  |
| <p>CRDS : 418 529-0707 poste 2000   418 649-5011   03crds.ciusscn@sss.gouv.qc.ca</p> |  |  |   |  |

# Volet suivi

(Débute après l'annonce du diagnostic)

## PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE – SERVICES DE PROXIMITÉ EN GMF TROUBLES NEUROCOGNITIFS LÉGERS ET MAJEURS (TNCL-TNCM)

### VOLET SUIVI (2)

ASSURER LE SUIVI À LA SUITE DE L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC PAR LE MÉDECIN (GMF OU CLINIQUE SPÉCIALISÉE)

**LÉGENDE : LE NUMÉRO INDIQUE LE PROFESSIONNEL EN GMF OU HORS GMF POUVANT CONTRIBUER, SI BESOIN**

1 = Travailleur social 2 = Pharmacien 3 = Organismes communautaires 4 = Autres professionnels du GMF ou hors GMF

#### 1. 1<sup>ère</sup> APPEL TÉLÉPHONIQUE PAR L'INFIRMIÈRE POUR TOUS LES NOUVEAUX DIAGNOSTICS TNCM (2-4 SEMAINES)

- Établir une relation de confiance et un partenariat avec l'utilisateur et le proche aidant;
- Évaluer le besoin d'information, répondre aux questions et proposer l'ENSEIGNEMENT PRIORITAIRE;
- Débuter le suivi inscrit dans la section « SUIVI COGNITIF STANDARD » selon la situation de l'utilisateur et compléter le plan d'intervention (PI);
- S'assurer que l'utilisateur et son proche aidant ont les coordonnées de l'infirmière;
- Vérifier si l'utilisateur a une responsabilité de personne proche aidante dans son environnement;
- Si suivi par CLSC/Soutien à domicile (SAD), demander l'autorisation à l'utilisateur pour communiquer le nouveau diagnostic;
- Informé du prochain rendez-vous, des services de la Société d'Alzheimer et de l'APPUJ pour les proches aidants d'âinés. 3

#### ENSEIGNEMENT PRIORITAIRE (une 2<sup>e</sup> rencontre peut être nécessaire en présence ou téléphonique)

- Information sur le trouble neurocognitif majeur diagnostiqué : **Maladie Alzheimer 1<sup>1</sup> et MA2<sup>2</sup>, Démence Vasculaire<sup>3</sup>, Corps Lewy<sup>4</sup>, Dégenérescence fronto-temporale<sup>4b</sup>**. Les stades de la maladie d'Alzheimer (Usager)<sup>3</sup> (Professionnel, p.2)<sup>4</sup>;
- Conseils et suggestions visant à faciliter l'accompagnement de votre proche (Info-1)<sup>7</sup> (Info-2)<sup>8</sup>; (Info 3)<sup>8b</sup>
- Votre médication (Usager)<sup>9</sup>.

#### 2A. VISITE À 6 MOIS (TNCM) PUIS CHAQUE ANNÉE (TNCM et TNCL) - SUIVIS PAR L'INFIRMIÈRE

Privilégier la même infirmière du GMF

Planifier les rendez-vous de suivi avec l'utilisateur/proche aidant; Augmenter la fréquence des visites si besoin

- Évaluer la condition physique;
- Évaluer la condition mentale;
  - si inhibiteurs cholinestérase ou antagonistes récepteurs NMDA ou selon besoin, effectuer un MMSE;
  - si présence de symptômes comportementaux de la démence (NPI-R<sup>10</sup> version courte), identifier les causes, p.8)<sup>11</sup> et intervenir. Référer vers des ressources spécialisées (ex. : équipe SCDP) si nécessaire;
- Relever la présence d'enjeux fonctionnels possiblement liés à un trouble neurocognitif; 4
  - Outils pour obtenir l'impression du proche aidant : ex. : QAF<sup>12</sup>, IFD<sup>13</sup>, IQCODE<sup>14</sup>, etc.;
- Évaluer si amélioration, stabilisation ou détérioration de la condition avec l'information obtenue précédemment;
- Continuer le suivi inscrit dans la section « SUIVI COGNITIF STANDARD » selon la situation de l'utilisateur et mettre à jour le PI;
  - Selon l'évaluation, appliquer les interventions infirmières pertinentes et selon le besoin, référer aux professionnels appropriés du GMF, du réseau et des organismes communautaires 1 2 3 4

#### 2B. VISITE DE RÉÉVALUATION selon l'évolution de l'utilisateur (médecin et IPS en 1<sup>re</sup> ligne)

- Discuter avec l'infirmière, l'utilisateur et le proche aidant de l'évolution (et autres professionnels si impliqués);
  - Discuter des éléments du suivi standard à prioriser;
- Si SCDP, identifier les causes (p.8)<sup>15</sup> et intervenir. Référer vers des ressources spécialisées si nécessaire;
- Déterminer si investigations ou consultations supplémentaires (ex. : Clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue);
- Discuter du niveau de soins<sup>16</sup> et des directives médicales anticipées (DMA)<sup>17</sup> selon la situation clinique;
  - Décider si poursuite des inhibiteurs de la cholinestérase ou antagonistes récepteurs NMDA; 2
  - Compléter la demande d'autorisation de médicament d'exception [si besoin].

## SUIVI COGNITIF STANDARD

TOUTES LES ÉTAPES DU PROCESSUS SELON LA SITUATION DE L'USAGER ET PROCHE AIDANT

ésirables<sup>18</sup>, observance, besoin titrage, pour les inhibiteurs de la cholinestérase ou les antagonistes

proche aidant de la surveillance à faire après avoir évalué leur niveau de connaissance et compréhension; le reste de la médication en portant une attention particulière aux médicaments devenus potentiellement

### et mentale

physique : Poids, hydratation, santé bucco-dentaire, élimination, mobilité/chute, douleur, problème de rance), etc.;  
mentale, particulièrement le délirium, les hallucinations, les signes de détresse, d'anxiété, de dépression, et intervenir au besoin; 1  
cognitive en encourageant l'adoption de saines habitudes de vie (tabac<sup>19</sup>, alimentation<sup>20</sup>, activité physique<sup>21</sup>, gestion des facteurs de risque (HTA<sup>22</sup> [G]<sup>23</sup>, diabète<sup>24</sup> [G]<sup>27</sup> et le soutien à l'observance thérapeutique).

respecter le choix individuel;

Testament<sup>25</sup>; Procuration, mandat et régime de protection<sup>26</sup>;  
sures financières disponibles (crédits d'impôt, allocation directe, programme d'exonération financière).

Discuter précocement<sup>28</sup> de l'arrêt éventuel de la conduite et informer sur les alternatives (moyen de ributer à l'évaluation du risque (test sur la route)<sup>29</sup>;  
à domicile (feu, intoxications, errance à l'extérieur, etc.) et donner des conseils d'usage; 4  
besoin la capacité à consentir aux soins et la présence de difficultés/enjeux liés à l'aptitude<sup>30</sup> à administrer de sa personne; 1 4  
négligence et de maltraitance<sup>35</sup>. 1

### alité de vie pour le maintien à domicile le plus longtemps possible

es moyens pour maintenir une qualité de vie au domicile<sup>36</sup>. 1 2  
es stratégies pour Les repas<sup>37</sup>, les soins d'hygiène personnelle<sup>38</sup>, le sommeil<sup>39</sup>;  
s possibles offertes par les organismes communautaires<sup>40</sup>. 1 2  
en à domicile [SAD] pour optimiser l'autonomie fonctionnelle, la sécurité, etc. et transférer le PI; 4  
ives au maintien à domicile si nécessaire. 1 3 4

### tions sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence [SCPD]

raphique<sup>41</sup> [la communiquer au SAD et autres lieux, si pertinent]; 3  
de base<sup>42</sup> (p.5) au proche aidant en incluant des stratégies de communication<sup>43</sup> 3; Recadrer (p.8)<sup>44</sup> si

non pharmacologique (pages 9 et 4)<sup>45</sup> si SCDP, selon la ou les causes potentielles du SCDP. 4

ion vers un changement de rôle (stress)<sup>46</sup> (intimité)<sup>47</sup> (deuil blanc)<sup>48</sup>;  
— exemple : Grille de Zarit, les risques suicidaires et homicidaires, etc.;  
rioritaires et informer des ressources disponibles incluant le répit si pertinent; 3 4  
e psychosocial, référer au besoin;

utre plan d'aide au cas où le proche aidant habituel vivrait une situation d'urgence (ex. : hospitalisation).  
ssus est un outil d'aide, le jugement clinique du professionnel, pour décider des interventions  
et des délais, prime. Tous les outils proposés sont à titre indicatif.

Pour obtenir la référence et le lien internet, vous référer à l'exposant dans le document : RÉFÉRENCES.

# Outil de référence interdisciplinaire en matière inaptitude



## ANNEXE 1

### Les 4 étapes du cheminement clinique en matière de représentation (inaptitude)

1

#### Prévention et autodétermination

Informier sur l'importance de la planification de l'avenir (mandat, testament, procuration, DMA etc.).

2

#### Repérage

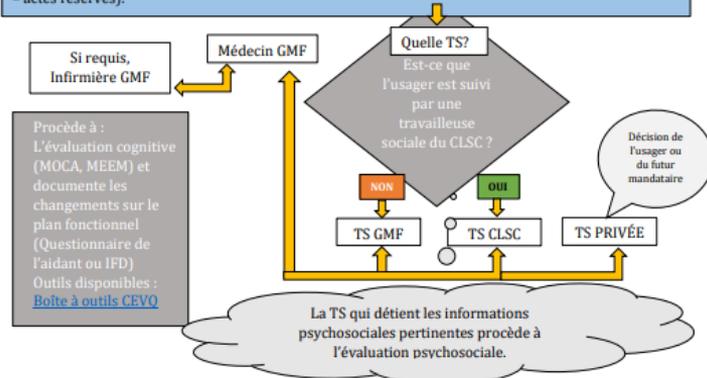
Un des intervenants (infirmière, médecin, TS) repère les indices\* qui montrent un besoin de représentation et la présomption d'inaptitude. L'annexe 3 offre des exemples de questions.

\* Déséquilibre entre les préjugés, les facteurs de risque, de vulnérabilité et de protection pouvant compromettre la sécurité

3

#### Si évaluations requises

Déterminer et documenter le besoin de représentation avant de compléter les rapports (médecin et TS – actes réservés).



4

#### Démarches

Lorsque la conclusion des évaluations mène à l'ouverture d'une tutelle ou à l'homologation de mandat de protection, **la TS coordonne les démarches** (incluant une orientation initiale de l'utilisateur et de sa famille vers un juriste).

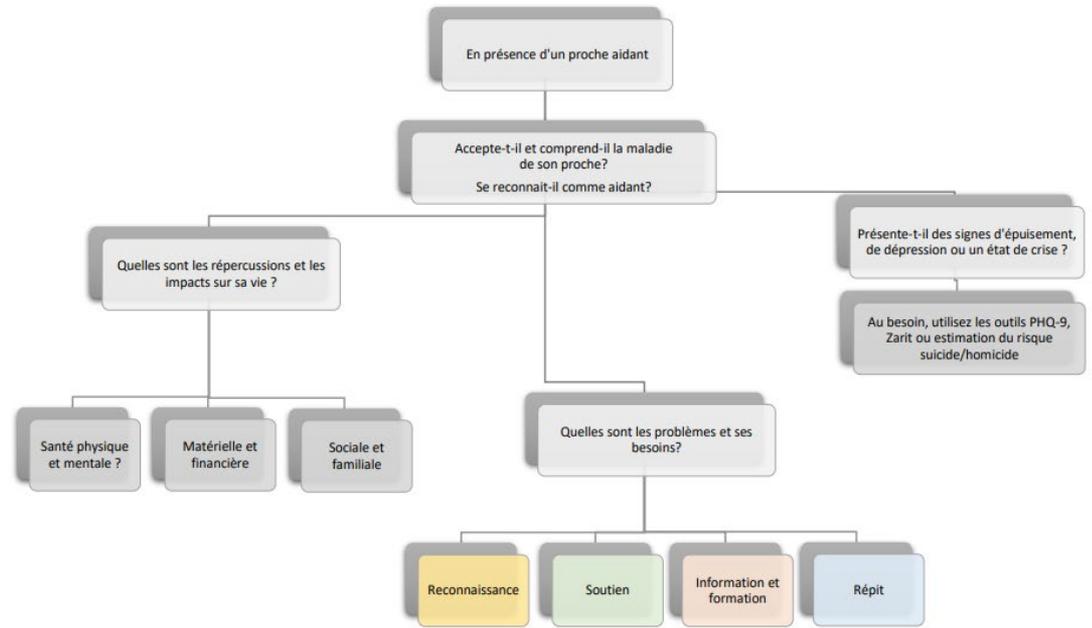
Voir les annexes 2 et 4 dans « Outil de référence interdisciplinaire - Inaptitude et besoin de représentation. Services de proximité en GMF »

Tout au long du processus clinique, le partage d'opinion professionnelle des intervenants impliqués est nécessaire pour assurer une bonne représentation de l'utilisateur dans les évaluations. N'hésitez pas à vous référer à votre structure de soutien clinique en cas de besoin.



# Inventaire des ressources et des services pour les proches des personnes vivants avec un TNCM

## Repérer, évaluer et accompagner





## Inventaire des ressources et services disponibles pour la personne atteinte d'un TNCM<sup>1</sup> et son proche

À la suite de l'évaluation des besoins, voici quelques ressources et services disponibles qui pourraient y répondre.

| Besoin de reconnaissance  |   |
|---|---|
| Type de reconnaissance  | Services et ressources possibles  |
| Statut légal <ul style="list-style-type: none"> <li>Loi et politique nationale</li> <li>Plan d'action</li> </ul> Droits et libertés du proche aidant    | <a href="#">Information générale sur la proche aidance</a> - loi, droits, consentement substitué, soins de santé, etc.<br><a href="#">Schéma conceptuel de la politique nationale</a><br><a href="#">Conditions et formulaires d'attestation de proche aidance</a><br><a href="#">Droit des personnes âgées</a> |
| Du rôle de proche aidant <ul style="list-style-type: none"> <li>Auto-reconnaissance</li> <li>Par l'entourage</li> <li>Par le milieu clinique</li> </ul> | <a href="#">Reconnaître son rôle de proche aidant et les proches aidants de son entourage</a><br><a href="#">Au-delà des mots – être proche aidant d'une personne avec TNCM</a> (histoires vécues, vidéo)<br><a href="#">Les proches aidants, des partenaires de soin</a>                                       |
| Deuil blanc <ul style="list-style-type: none"> <li>Acceptation et adaptation à la maladie</li> </ul>  | <a href="#">Information sur le deuil blanc</a> , 2 brochures disponibles (pour le proche aidant et pour les professionnels)<br>Ligne <a href="#">Info-Aidant</a> ou 1 855 852-7784  |
| Vulnérabilité, risques et préjudices potentiels   | Ligne <a href="#">Aide abus aînés</a> ou 1-888-489-2287<br><a href="#">Centre de prévention du suicide</a> ou 1-866-277-3553<br><a href="#">Centre de crise de Québec</a> ou 418-688-4240   |

| Besoin de soutien  |  |
|--|--|
| Type de soutien  | Services et ressources possibles   |
| Transport  | <a href="#">RTC / SAMI</a> (service d'accompagnement à la mobilité)<br><a href="#">STAC</a> (transport adapté)<br><a href="#">Bénévole d'accompagnement</a> pour Charlesbourg, Lebourgneuf, Stoneham-et-Tewkesbury, Lac-Delage, Lac-Beauport et Lac-Saint-Charles<br><a href="#">Bénévole d'accompagnement</a> pour Val-Bélair, Loretteville, Neufchâtel, Wendake, St-Émile, St-Gabriel-de-Valcartier, Ste-Catherine-de-la-Jacques-Cartier, Fossambault-sur-le-Lac, Shannon, Lac St-Joseph<br><a href="#">Bénévole d'accompagnement</a> pour les autres secteurs   |
| Vie quotidienne : Aide alimentaire, soins personnels (hygiène, habillage, etc.), travaux domestiques et d'entretien                | Regroupement des Popotes roulantes – <a href="#">région de la Capitale-nationale</a><br>CLSC et soutien à domicile – <a href="#">page Web</a> ; équipe Accès au 418 651-3888<br><a href="#">Liste des entreprises d'économie sociale à domicile</a>  |
| Opérations administratives et financières  | Mesure d'assistance du Curateur public<br>Procuration – la personne doit communiquer avec chacune des institutions (banque, caisse, Hydro-Québec, etc.)  |
| Signalement des préjudices (maltraitance, violation des droits, risque imminent pour la santé, dommages causés, etc.)              | <a href="#">Équijustice</a> (médiation)<br><a href="#">Porter plainte à l'égard des services de santé et des services sociaux</a> (Éducaloi)<br>Ligne <a href="#">Aide Maltraitance Adulte-Aînés</a> , 1-888-489-2287 (pour les intervenants et pour le grand public)  |
| Activités générales pour les aînés <ul style="list-style-type: none"> <li>sociale</li> <li>sportive</li> <li>culturelle</li> </ul> | FADOQ pour la <a href="#">Capitale-Nationale</a> et <a href="#">Chaudière-Appalaches</a><br>Loisirs et sports offerts par les villes et par des organismes de quartiers<br><a href="#">Université du 3<sup>e</sup> âge à l'Université Laval</a> (cours et conférences en présentiel et en virtuel)<br>Différents <a href="#">programmes d'activités physiques</a> par le CIUSSS CN<br>Centres de jour publics ou privés; s'informer auprès du <a href="#">SAD</a> et de l' <a href="#">Appui</a> .<br>Programme <a href="#">d'exercices à domicile pour les aînés</a> , adapté selon leur état de santé.<br>De nombreux musées offrent des visites virtuelles.<br>Appli <a href="#">LuciLab</a> qui offre un programme d'exercices et d'habitudes de vie personnalisé à la personne. |

| Besoin d'information et de formation              |  |
|---|--|
| Type d'information et de formation                | Services et ressources possibles   |
| Sur la maladie et son évolution                   | <a href="#">Maladie d'Alzheimer et démence</a> par Bibliosanté<br>Documentation par la <a href="#">Société Alzheimer Canada</a><br>Dossier spécial <a href="#">Maladie de la mémoire</a> (vidéos)<br><a href="#">Au-delà des mots – être proche aidant d'une personne avec TNCM</a> (histoires vécues, vidéo)  |
| Prendre soin de soi en tant que proche aidant     | <a href="#">Proches aidants, de l'information de qualité</a><br><a href="#">Devenir l'aidant ça s'apprend !</a><br>Site internet de l' <a href="#">Appui</a><br>Biblio-aidant (Guide)  |
| Communication avec la personne atteinte d'un TNCM | Comment communiquer avec une personne atteinte d'un trouble de la mémoire <ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Document écrit</a></li> <li><a href="#">Document vidéo</a></li> </ul> <a href="#">Conseils pour communiquer avec une personne atteinte d'un TNCM</a> (vidéo et fiches de conseil) |

| Besoin de répit  |   |
|--|---|
| Type de répit  | Services et ressources possibles  |
| Répît à domicile et hors domicile pour la personne aidée | <a href="#">Référence aideance Québec</a><br>Explication sur ce qu'est le centre de jour - <a href="#">L'intemporel</a> (vidéo)<br>Répit, soutien et accompagnement pour l'aidant ( <a href="#">Baluchon Alzheimer</a> )<br><a href="#">Répits disponibles</a> au Québec<br>Entreprises d'économie sociale à domicile – <a href="#">région Capitale-Nationale</a><br><a href="#">Halte pause</a> – répit hebdomadaire équivalent au Centre de jour<br>CLSC et centre de jour offert par le <a href="#">SAD</a> – <a href="#">Trouver un CLSC</a><br><a href="#">Centre de jour</a> de la Société Alzheimer<br><a href="#">Centre de jour pour les anglophones</a> au Jeffery Hale<br>Service à domicile <a href="#">SOS Garde</a> |
| Ressourcement pour le proche aidant                      | <a href="#">Monastère des Augustines</a> – répit et ressourcement pour les proches aidants <ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Monastère des Augustines</a> (vidéo)</li> </ul> <a href="#">Intervenant en soins spirituels</a> du CIUSSS CN-CHU de Québec (418 682-7939, poste 4851)   |
| Hébergement (temporaire ou permanent)                    | <a href="#">Guide à l'intention des proches aidants désirant un logement pour leur proche dans une résidence privée pour aînés</a> (RPA)<br>Répertoire des résidences au Québec - <a href="#">Bonjour résidence.com</a><br><a href="#">Registre des résidences privées pour aînés</a><br>Site du CIUSSS CN <a href="#">sur les RI et les CHSLD</a><br><a href="#">Les étapes du mécanisme d'accès à l'hébergement</a><br><a href="#">Association des conseillers en hébergement</a><br><a href="#">L'hébergement : Comment s'y préparer, comment choisir et comment s'y adapter</a> (vidéo)   |



**Questions/commentaires?**



# Échanges

- De quelle façon ces outils pourraient être utiles dans vos milieux?
- Quels outils issus de la recherche pourraient être à valeur ajoutée pour les professionnels en GMF?
- Quelle pourrait être notre stratégie pour pérenniser nos formations dans un contexte de roulement de personnel?
- Auriez-vous des suggestions de modalités qui permettraient un maillage entre les partenaires (GMF-SAD-SGS-organismes communautaires)?



# Merci!