



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)



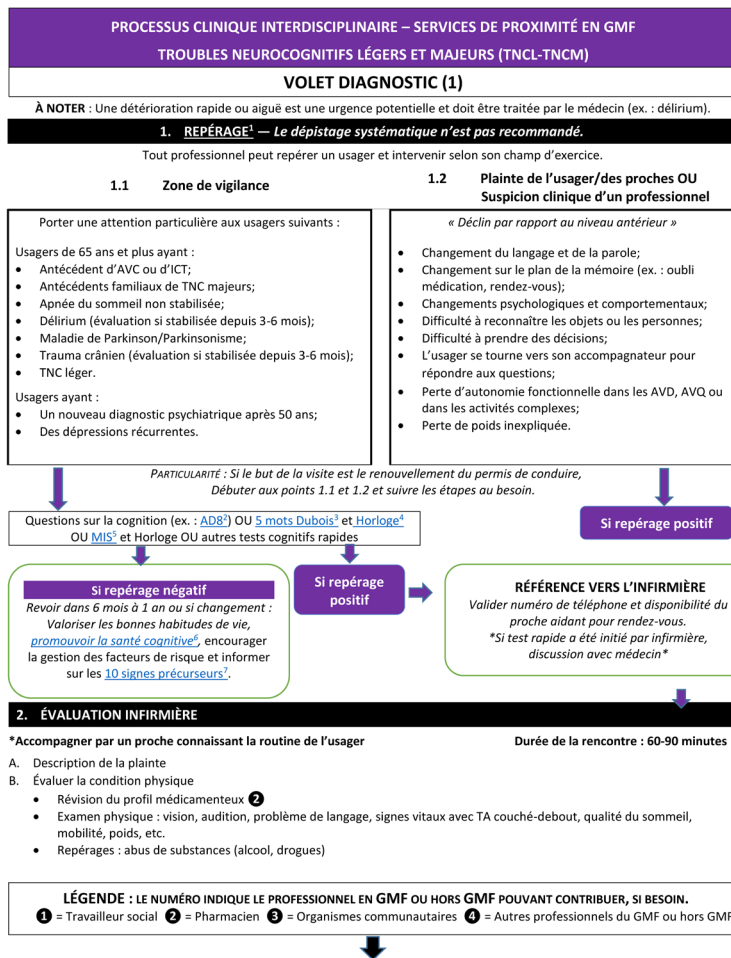


Mesures de soutien

- 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 diagnostic)



ÈRE — SUITE

taie
n avec [QSP-2/QSP-9](#)⁸ OU GDS4
[in les recommandations de l'INESSS à la page 3](#)⁹
sonnalité/de comportement/d'humeur, si changement : [NPI-R](#)¹⁰ version courte (conseillé)
jeux fonctionnels possiblement liés à un trouble neurocognitif
our obtenir l'impression du proche-aidant : ex. [OAF](#)¹¹, [IQCODE](#)¹², etc.
(te psychosocial, soutien social et familial, etc. (ex. : génogramme et écocarte) ¹
/SAD et demander autorisation pour vérifier si informations pertinentes (cognitif, fonctionnel, social)
SAD sur la promotion de la santé cognitive, référer vers programme local au besoin

avec le médecin/IPS 1^{er} ligne à la suite d'une évaluation de l'état de santé avec des anomalies

MÉDECIN ET L'IPS 1^{er} LIGNE¹³

e l'évaluation infirmière
cteurs confondants (ex. : médication ayant un impact potentiel sur la cognition ², trouble d'utilisation
ité d'origine métabolique ou cardiovasculaire non stabilisée, etc.)

stigations supplémentaires (laboratoire, imagerie)
ultats complémentaires (ex. : clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue, etc.) ⁴

OSTIC PAR LE MÉDECIN

ITIF	TROUBLE NEUROCOGNITIF LÉGER (TNCL) ¹⁴ AUTONOMIE FONCTIONNELLE NON COMPROMISE	TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR (TNCM) AUTONOMIE FONCTIONNELLE COMPROMISE (stades léger ¹⁵ , modéré ¹⁶ , avancé ¹⁷)
	avec l'IPSPL (si au dossier) à l'usager en présence d'un proche aidant, de l'infirmière ou la TS (si possible) nitive en encourageant l'adoption de saines habitudes de vie (tabac ¹⁸ , alimentation ¹⁹ , activité physique ²⁰ , gestion des facteurs de risques - HTA ²¹ [G] ²⁵ , diabète ²⁶ [G] ²⁵ et le soutien à l'observation thérapeutique	
	C. Informer sur l'évolution habituelle et les prochaines étapes; D. Donner les coordonnées de l'infirmière.	
ent	E. Prévoir un rendez-vous infirmier et médical, l'année suivante ou plus rapidement si changement	E. Si option médicamenteuse ²⁸ ² • Compléter la demande de la RAMQ • Informer sur les effets indésirables et contacter l'infirmière si apparition F. Pour tous les usagers Prévoir un rendez-vous infirmier de suivi dans les 2 à 4 semaines

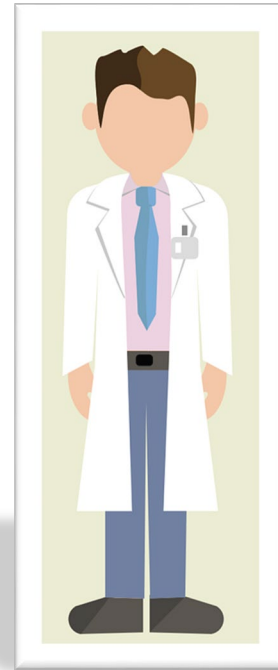
stic au dossier (fait par le médecin ou le spécialiste). Aviser l'infirmière de l'information
ction de l'usager et du proche aidant. Discuter des éléments prioritaires pour le suivi.

ASSURER LE SUIVI DE L'USAGER ET DU PROCHE AIDANT POURUIRE AVEC LE VOLET SUIVI (2)

rocessus 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. ***
r obtenir la référence et le lien internet, voir référer à l'exposant dans le document : RÉFÉRENCES.

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 ≤ 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, gériotropsychiatrie)

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

	Médecin de famille/IP SPL	Travailleuse sociale	Pharmacien
REPÉRAGE	<ul style="list-style-type: none"> • Repérer un client à risque; • Notifier les professionnels concernés; • Évaluer le risque; 		
ÉVALUATION	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Ces professionnels peuvent être contributifs en période d'évaluation cognitive</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solliciter la TS lorsque présence des éléments suivant chez la personne en investigation ou son proche : <ul style="list-style-type: none"> - 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 : <ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>Ces professionnels peuvent être contributifs lors du suivi cognitif au besoin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec l'équipe traitante lorsque présence des éléments nommés au recto et : <ul style="list-style-type: none"> - 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 : <ul style="list-style-type: none"> - 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 : <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des indices de vulnérabilité et détérioration de la situation psychosociale.
DIAGNOSTIC	<ul style="list-style-type: none"> • 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) 	<p>Ces professionnels peuvent être contributifs en période d'évaluation cognitive</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solliciter le pharmacien pour révision de la pharmacothérapie en présence des situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Doute sur un lien possible entre la détérioration de la cognition et la thérapie médicamenteuse; - Chute/hospitalisation dans la dernière année; - DFGe ≤ 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 	<p>Ces professionnels peuvent être contributifs lors du suivi cognitif au besoin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec l'équipe traitante lorsque présence des éléments nommés au recto et : <ul style="list-style-type: none"> - 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 : <ul style="list-style-type: none"> - 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 : <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des indices de vulnérabilité et détérioration de la situation psychosociale.

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

¹ 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 (Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées)	Clinique gériatrique de Québec (CGQ) (Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées)	Gérontopsychiatrie (Direction santé mentale, dépendance et itinérance)	Clinique interdisciplinaire de la mémoire (CIME)
LOCALISATION	Édifice Christ-Roi Hôpital Jeffery Hale Hôpital régional de Portneuf Hôpital de Sainte-Anne-de-Beaupré	Hôpital du Saint-Sacrement	Institut universitaire de santé mentale (IUSMQ)	Hôpital de l'Enfant-Jésus (CIME)
TYPES DE SERVICES	Services spécialisés.	Services spécialisés : volet prioritaire/général. Services surspécialisés : volet mémoire.	Services spécialisés/surspécialisés.	Services spécialisés/surspécialisés.
COMPOSITION DE L'ÉQUIPE	Médecins, infirmières cliniciennes, ergothérapeutes, neuropsychologues.	Géiatres, infirmières cliniciennes, ergothérapeutes, neuropsychologues, IPS en soins aux adultes (IPSSA), physiothérapeutes, nutritionnistes et infirmières auxiliaires.	Gérontopsychiatres, infirmières cliniciennes réseau, infirmières SAGE, psychoéducateurs, éducateurs, PAB, travailleurs sociaux, ergothérapeutes.	Neurologues, neuropsychiatres, neuropsychologues, infirmières cliniciennes et orthophoniste.
PRÉREQUIS ET DOCUMENTS	<ul style="list-style-type: none"> Notes d'évaluation pertinentes du médecin et des autres professionnels impliqués au GMF ou hors GMF. MEEM, MoCA et tous les autres tests cognitifs pertinents. Sommaire médical et liste de médicaments si non disponible au DSQ. Demander TDM cérébral et bilan sanguin de base (calcium, créatinine, électrolytes, FSC glucose à jeun ou Hba1c, TSH, B12) si pas résultats de < 6 mois. <p>Au besoin : Albumine (suspicion dénutrition); ALT et bilirubine (suspicion maladie hépatique); VDRL et VIH (risque ITSS ou TNC à évolution rapide).</p>			
FORMULAIRES REQUIS	<p>Demande de référence pour des soins et services de proximité (voir section formulaires DME).</p>	<p>Formulaire du CRDS (gériatrie)</p>	<p>Formulaire du CRDS (psychiatrie)</p> <p>Selon motif de référence, cocher :</p> <ul style="list-style-type: none"> Éval. diag. AUTRE : départager TNMC vs trouble psychiatrique Recommandations SCPD : Troubles comportement ou humeur + TNMC 	<p>Formulaire du CRDS (neurologie)</p>
MODE DE TRANSMISSION	<p>2eligne.dsapa.ciusscn@sss.gouv.qc.ca 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^{ER} 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'APPIU pour les proches aidants d'âinés. 3

ENSEIGNEMENT PRIORITAIRE (une 2^e rencontre peut être nécessaire en présence ou téléphonique)

- Information sur le trouble neurocognitif majeur diagnostiqué : **Maladie Alzheimer 1^e et MA2^e, Démence Vasculaire³, Corps Lewy³, Dégenérescence fronto-temporale⁴**. Les stades de la maladie d'Alzheimer (Usager)³ (Professionnel, p.2)⁴;
- Conseils et suggestions visant à faciliter l'accompagnement de votre proche (Info-1)⁷ (Info-2)⁸; (Info 3)⁸
- Votre médication (Usager)⁹.

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-R⁴⁰ version courte), identifier les causes, p.8)¹¹ et intervenir. Référer vers des ressources spécialisées (ex. : équipe SCDP) si nécessaire;
- Relever la présence d'enjeux fonctionnels possiblement liés à un trouble neurocognitif;
 - Outils pour obtenir l'impression du proche aidant : ex. : QAF³, IFD³, IQCODE⁴, 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^{ER} 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)¹² 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 soins¹⁶ et des directives médicales anticipées (DMA)¹⁷ 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

ésirables¹⁸, 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 (tabac¹⁹, alimentation²⁰, activité physique²¹, gestion des facteurs de risque (HTA²² [G]²³, diabète²⁴ [G]²⁷ et le soutien à l'observance thérapeutique).

respecter le choix individuel;

Testament²⁵; Procuration, mandat et régime de protection²⁶;
sures financières disponibles (crédits d'impôt, allocation directe, programme d'exonération financière).

Discuter précocement²⁸ de l'arrêt éventuel de la conduite et informer sur les alternatives (moyen de ributer à l'évaluation du risque (test sur la route)²⁹;
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'aptitude³⁰ à administrer de sa personne; 1 4
négligence et de maltraitance³⁵. 1

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

s moyens pour maintenir une qualité de vie au domicile³⁶. 1 2
es stratégies pour Les repas³⁷, les soins d'hygiène personnelle³⁸, le sommeil³⁹;
s possibles offertes par les organismes communautaires⁴⁰. 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]

raphique⁴¹ [la communiquer au SAD et autres lieux, si pertinent]; 3
de base⁴² (p.5) au proche aidant en incluant des stratégies de communication⁴³ 3; Recadrer (p.8)⁴⁴ si

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

ion vers un changement de rôle (stress)⁴⁶ (intimité)⁴⁷ (deuil blanc)⁴⁸;
— 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 d'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

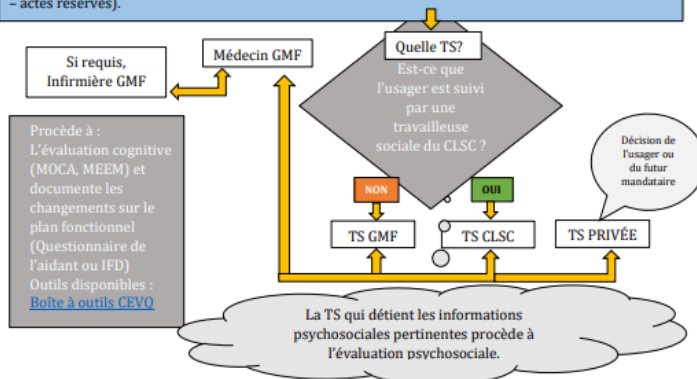
Un des intervenants (infirmière, médecin, TS) repère les indices* qui montrent un besoin de représentation et la présomption d'inaptitude. L'annexe 3 offre des exemples de questions.

* 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

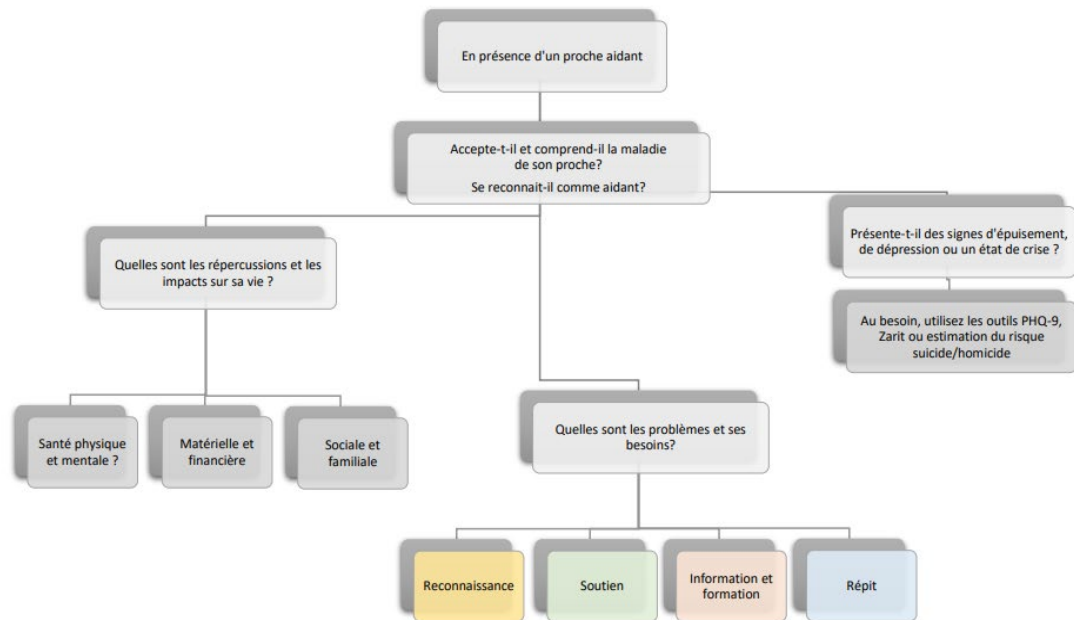
Lorsque la conclusion des évaluations mène à l'ouverture d'une tutelle ou à l'homologation de mandat de protection, **la TS coordonne les démarches** (incluant une orientation initiale de l'utilisateur et de sa famille vers un juriste).

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.



Repérer, évaluer et accompagner



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



Inventaire des ressources et services disponibles pour la personne atteinte d'un TNCM¹ 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"> Loi et politique nationale Plan d'action Droits et libertés du proche aidant	Information générale sur la proche aidance - loi, droits, consentement substitué, soins de santé, etc. Schéma conceptuel de la politique nationale Conditions et formulaires d'attestation de proche aidance Droit des personnes âgées
Du rôle de proche aidant <ul style="list-style-type: none"> Auto-reconnaissance Par l'entourage Par le milieu clinique 	Reconnaître son rôle de proche aidant et les proches aidants de son entourage Au-delà des mots – être proche aidant d'une personne avec TNCM (histoires vécues, vidéo) Les proches aidants, des partenaires de soin
Deuil blanc <ul style="list-style-type: none"> Acceptation et adaptation à la maladie 	Information sur le deuil blanc , 2 brochures disponibles (pour le proche aidant et pour les professionnels) Ligne Info-Aidant ou 1 855 852-7784
Vulnérabilité, risques et préjudices potentiels	Ligne Aide abus aînés ou 1-888-489-2287 Centre de prévention du suicide ou 1-866-277-3553 Centre de crise de Québec ou 418-688-4240

Besoin de soutien	
Type de soutien	Services et ressources possibles
Transport	RTC / SAMI (service d'accompagnement à la mobilité) STAC (transport adapté) Bénévole d'accompagnement pour Charlesbourg, Lebourgneuf, Stoneham-et-Tewkesbury, Lac-Delage, Lac-Beauport et Lac-Saint-Charles Bénévole d'accompagnement 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 Bénévole d'accompagnement pour les autres secteurs
Vie quotidienne : Aide alimentaire, soins personnels (hygiène, habillage, etc.), travaux domestiques et d'entretien	Regroupement des Popotes roulantes – région de la Capitale-nationale CLSC et soutien à domicile – page Web ; équipe Accès au 418 651-3888 Liste des entreprises d'économie sociale à domicile
Opérations administratives et financières	Mesure d'assistance du Curateur public 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.)	Équijustice (médiation) Porter plainte à l'égard des services de santé et des services sociaux (Éducaloi) Ligne Aide Maltraitance Adulte-Aînés , 1-888-489-2287 (pour les intervenants et pour le grand public)
Activités générales pour les aînés <ul style="list-style-type: none"> sociale sportive culturelle 	FADOQ pour la Capitale-Nationale et Chaudière-Appalaches Loisirs et sports offerts par les villes et par des organismes de quartiers Université du 3^e âge à l'Université Laval (cours et conférences en présentiel et en virtuel) Différents programmes d'activités physiques par le CIUSSS CN Centres de jour publics ou privés; s'informer auprès du SAD et de l' Appui . Programme d'exercices à domicile pour les aînés , adapté selon leur état de santé. De nombreux musées offrent des visites virtuelles. Appli LuciLab 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	Maladie d'Alzheimer et démence par Bibliosanté Documentation par la Société Alzheimer Canada Dossier spécial Maladie de la mémoire (vidéos) Au-delà des mots – être proche aidant d'une personne avec TNCM (histoires vécues, vidéo)
Prendre soin de soi en tant que proche aidant	Proches aidants, de l'information de qualité Devenir l'aidant ça s'apprend ! Site internet de l' Appui 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"> Document écrit Document vidéo Conseils pour communiquer avec une personne atteinte d'un TNCM (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	Référence aidance Québec Explication sur ce qu'est le centre de jour - L'intemporel (vidéo) Répît, soutien et accompagnement pour l'aidant (Baluchon Alzheimer) Répîts disponibles au Québec Entreprises d'économie sociale à domicile – région Capitale-Nationale Halte pause – répit hebdomadaire équivalent au Centre de jour CLSC et centre de jour offert par le SAD – Trouver un CLSC Centre de jour de la Société Alzheimer Centre de jour pour les anglophones au Jeffery Hale Service à domicile SOS Garde
Ressourcement pour le proche aidant	Monastère des Augustines – répit et ressourcement pour les proches aidants <ul style="list-style-type: none"> Monastère des Augustines (vidéo) Intervenant en soins spirituels du CIUSSS CN-CHU de Québec (418 682-7939, poste 4851)
Hébergement (temporaire ou permanent)	Guide à l'intention des proches aidants désirant un logement pour leur proche dans une résidence privée pour aînés (RPA) Répertoire des résidences au Québec - Bonjour résidence.com Registre des résidences privées pour aînés Site du CIUSSS CN sur les RI et les CHSLD Les étapes du mécanisme d'accès à l'hébergement Association des conseillers en hébergement L'hébergement : Comment s'y préparer, comment choisir et comment s'y adapter (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!