



Les troubles neurocognitifs majeurs et les aspects psychosociaux associés

Mireille Cliche, TS

**Ressource territoriale pour l'initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer
et les autres troubles neurocognitifs majeurs**

Colloque Alzheimer 23 avril 2021

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

Québec 

Objectifs

- Distinguer les principaux troubles neurocognitifs majeurs et leurs impacts psychosociaux.
- Être conscient de la réalité et des besoins des personnes atteintes.
- Détecter et intervenir sur les facteurs de risques; les principales interventions.

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

Québec 

Vrai ou faux ?

Allons nous tous développer des troubles neurocognitifs en vieillissant ?



Faits marquants

152 121

Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée au Québec.

15 088

Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée dans la Capitale-Nationale

La maladie d'Alzheimer est la forme la plus répandue de trouble neurocognitif, représentant plus de **60 %** des cas.

Près de **50 %** des personnes atteintes d'un trouble cognitif, incluant la maladie d'Alzheimer, reçoivent leur diagnostic à un stade trop avancé de la maladie.

65 %

des Canadiens atteints sont des femmes

Après **65 ans**, les risques d'être atteint de la maladie d'Alzheimer doublent tous les 5 ans.

*et de services sociaux
de la Capitale-Nationale*

Québec 

SIGNES PRÉCURSEURS

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

Québec 

1

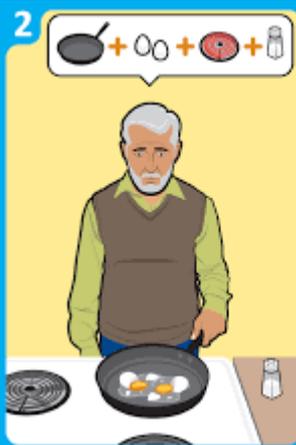


PERTE DE MÉMOIRE AFFECTANT LES HABILITÉS USUELLES

Oublier fréquemment ou avoir de la difficulté à se rappeler de nouvelles informations.

Société Alzheimer

2



DIFFICULTÉ À EXÉCUTER DES TÂCHES FAMILIÈRES

Avoir de la difficulté à s'acquitter de tâches qu'on a accomplies toute sa vie, comme préparer un repas ou s'habiller.

Société Alzheimer

3

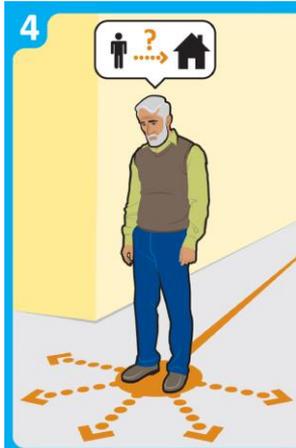


TROUBLES DU LANGAGE

Oublier des mots faciles ou leur substituer d'autres mots qui n'ont rien à voir avec le contexte.

Société Alzheimer

4



DÉSORIENTATION DANS L'ESPACE ET DANS LE TEMPS

Oublier le jour de la semaine ou se perdre dans un endroit familier.

Société Alzheimer

5



JUGEMENT AFFAIBLI

Ne pas reconnaître un problème de santé qui nécessite une attention immédiate ou porter des vêtements légers par temps froid.

Société Alzheimer

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

Québec



6

$$\begin{aligned} & \$500.40 + \$6.12 \\ & - \$307.33 = ??? \end{aligned}$$


DIFFICULTÉ FACE AUX NOTIONS ABSTRAITES

Avoir des difficultés à équilibrer un budget ou ne pas comprendre ce que représentent les chiffres ni à quoi ils servent.

*Société
Alzheimer*

7

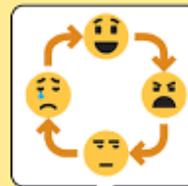


OBJETS ÉGARÉS

Ranger des objets dans des endroits inappropriés comme une robe dans le réfrigérateur ou une montre dans le sucrier.

*Société
Alzheimer*

8



CHANGEMENTS D'HUMEUR OU DE COMPORTE- MENT

Changer d'humeur très rapidement comme passer du calme à la colère sans raison apparente.

*Société
Alzheimer*

9



CHANGEMENTS DE PERSON- NALITÉ

Présenter des changements de personnalité, comme être désorienté, suspicieux ou craintif.

*Société
Alzheimer*

10



PERTE D'INTÉRÊT

Perdre tout intérêt pour ses amis, sa famille et ses activités préférées.

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

Québec



Processus clinique – volet diagnostic

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

VOLET DIAGNOSTIC (1)

À NOTER : Une détérioration rapide ou aiguë est une urgence potentielle et doit être traitée par le médecin (ex. : délirium).

Tout professionnel peut repérer un usager et intervenir selon son champ d'exercice.

1. REPÉRAGE¹ — Le dépistage systématique n'est pas recommandé.

1.1 Zone de vigilance

Porter une attention particulière aux usagers suivants :

- Usagers de 65 ans et plus ayant :
- Antécédent d'AVC ou d'ICT;
 - Antécédents familiaux de TNC majeurs;
 - Apathie du sommeil non stabilisée;
 - Délirium (évaluation si stabilisée depuis 3-6 mois);
 - Maladie de Parkinson/Parkinsonisme;
 - Trauma crânien (évaluation si stabilisée depuis 3-6 mois);
 - TNC léger.
- Usagers ayant :
- Un nouveau diagnostic psychiatrique après 50 ans;
 - Des dépressions récurrentes.

1.2 Plainte de l'usager/des proches OU Suspicion clinique d'un professionnel

« Déclin par rapport au niveau antérieur »

- Changement du langage et de la parole;
- Changement sur le plan de la mémoire (ex. : oubli médication, rendez-vous);
- Changements psychologiques et comportementaux;
- Difficulté à reconnaître les objets ou les personnes;
- Difficulté à prendre des décisions;
- L'usager se tourne vers son accompagnateur pour répondre aux questions;
- Perte d'autonomie fonctionnelle dans les AVD, AVQ ou dans les activités complexes;
- Perte de poids inexplicable.

PARTICULARITÉ : Si le but de la visite est le renouvellement du permis de conduire, Débuter aux points 1.1 et 1.2 et suivre les étapes au besoin.

Questions sur la cognition (ex. : **ADR**¹) OU **5 mots Dubois**² et **Horloge**³ OU **MIS**⁴ et **Horloge** OU autres tests cognitifs rapides

Si repérage positif

Si repérage négatif
Revoir dans 6 mois à 1 an ou si changement :
Valoriser les bonnes habitudes de vie,
promouvoir la santé cognitive⁵, encourager la gestion des facteurs de risque et informer sur les 10 signes précurseurs⁶.

Si repérage positif

RÉFÉRENCE VERS L'INFIRMIÈRE
Valider numéro de téléphone et disponibilité du proche aidant pour rendez-vous.
Si test rapide a été initié par infirmière, discussion avec médecin

2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE

*Accompagner par un proche connaissant la routine de l'usager

Durée de la rencontre : 60-90 minutes

- A. Description de la plainte
- B. Évaluer la condition physique
- Révision du profil médicamenteux⁷
 - Examen physique : vision, audition, problème de langage, signes vitaux avec TA couché-debout, qualité du sommeil, mobilité, poids, etc.
 - Repérages : abus de substances (alcool, drogues)

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

2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE — SUITE

- C. Évaluer la condition mentale
- Repérage dépression avec **DSP-2/OSP-SI**⁸ OU GDS4
 - MMSE et **MoCA** selon les recommandations de l'**INESSS** à la page 3⁹
 - Changement de personnalité/de comportement/d'humeur, si changement : **NPI-R10** version courte (conseillé)
- D. Relever la présence d'enjeux fonctionnels possiblement liés à un trouble neurocognitif
- Outils disponibles pour obtenir l'impression du proche-aidant : ex. **QAI-15**, **IQCODE**¹⁰, etc.
- E. Histoire familiale, contexte psychosocial, soutien social et familial, etc. (ex. : génogramme et écocarte)¹¹
- F. Vérifier si connu du **CLSC/SAO** et demander autorisation pour vérifier si informations pertinentes (cognitif, fonctionnel, social)
- G. Amorcer l'enseignement sur la promotion de la santé cognitive, référer vers programme local au besoin

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

3. ÉVALUATION PAR LE MÉDECIN ET L'IPS 1^{er} LIGNE¹²

- A. Prise en considération de l'évaluation infirmière
- B. Vérifier si présence de facteurs confondants (ex. : médication ayant un impact potentiel sur la cognition¹³, trouble d'utilisation de substances, comorbidité d'origine métabolique ou cardiovasculaire non stabilisée, etc.)
- C. Anamnèse
- D. Examen physique
- E. Décision si besoin d'investigations supplémentaires (laboratoire, imagerie)
- F. Décision si besoin de consultations complémentaires (ex. : clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue, etc.)¹⁴

3.1 ANNONCE DU DIAGNOSTIC PAR LE MÉDECIN

PAS DE TROUBLE NEUROCOGNITIF	TROUBLE NEUROCOGNITIF LÉGER (TNCL) ¹⁴ AUTONOMIE FONCTIONNELLE NON COMPROMISE	TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR (TNCM) AUTONOMIE FONCTIONNELLE COMPROMISE (stades léger ¹⁵ , modéré ¹⁶ , avancé ¹⁷)
------------------------------	--	--

- A. Annonce du diagnostic¹⁸ avec l'IPSPL (si au dossier) à l'usager en présence d'un proche aidant, de l'infirmière ou la TS (si possible)
- B. Promouvoir la santé cognitive en encourageant l'adoption de saines habitudes de vie (**tabac**¹⁹, **alimentation**²⁰, **activité physique**²¹, **stress**²², **alcool**²³), la gestion des facteurs de risques - **HTA**²⁴ [g]²⁵, **diabète**²⁶ [g]²⁷ et le soutien à l'observance thérapeutique

	C. Informer sur l'évolution habituelle et les prochaines étapes; D. Donner les coordonnées de l'infirmière.	
C. Informer sur les 10 signes précurseurs ²⁸	E. Prévoir un rendez-vous infirmier et médical, l'année suivante ou plus rapidement si changement	E. Si <u>action médicamenteuse</u> ²⁹ 2 • Compléter la demande de la RAMQ • Informer sur les effets indésirables et contacter l'infirmière si apparition
D. Revoir l'usager si changement		F. <u>Pour tous les usagers</u> Prévoir un rendez-vous infirmier de suivi dans les 2 à 4 semaines

Consigner le diagnostic au dossier (fait par le médecin ou le spécialiste). Aviser l'infirmière de l'information donnée, de la réaction de l'usager et du proche aidant. Discuter des éléments prioritaires pour le suivi.

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

* Le processus 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, voir référer à l'exposant dans le document : RÉFÉRENCES.

Processus clinique – volet suivi

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'APPUI 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](#) et [MA2](#), [Démence Vasculaire](#), [Corps Lewy](#), [Dégénérescence fronto-temporale](#). Les stades de la maladie d'Alzheimer ([Utiliser](#)) (Professionnel, p.2)⁵;
- Conseils et suggestions visant à faciliter l'accompagnement de votre proche ([Info-1](#))⁶ ([Info-2](#))⁴; ([Info 3](#))⁸
- votre médication ([Utiliser](#))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-R](#)¹⁰ 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; 4
 - Outils pour obtenir l'impression du proche aidant : ex. : [DAS](#)¹², [IFN](#)¹³, [ICODE](#)¹⁴, 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^{re} 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](#))¹⁵ 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](#)¹⁶ 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

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

Médications 2

- Évaluer si [effets indésirables](#)¹⁸, observance, besoin titrage, pour les inhibiteurs de la cholinestérase ou les antagonistes récepteurs NMDA;
- Informé l'utilisateur et proche aidant de la surveillance à faire après avoir évalué leur niveau de connaissance et compréhension;
- Surveiller et optimiser le reste de la médication en portant une attention particulière aux médicaments devenus potentiellement inappropriés.

Conditions physique et mentale

- Évaluer la condition physique : Poids, hydratation, santé bucco-dentaire, élimination, mobilité/chute, douleur, problème de langage, sommeil [errance], etc.;
- Évaluer la condition mentale, particulièrement le délirium, les hallucinations, les signes de détresse, d'anxiété, de dépression, de risque suicidaire et intervenir au besoin; 1
- Promouvoir la santé cognitive en encourageant l'adoption de saines habitudes de vie ([tabac](#)¹⁹, [alimentation](#)²⁰, [activité physique](#)²¹, [stress](#)²², [alcool](#)²³), la gestion des facteurs de risque ([HTA](#)²⁴, [IG](#)²⁵, [diabète](#)²⁶, [IG](#)²⁷) et le soutien à l'observance thérapeutique).

Aspects légaux 1 3

- [Prise de décision](#)²⁸ : respecter le choix individuel;
- [Planifier l'avenir](#)²⁹ : [Testament](#)³⁰, [Procuration, mandat et régime de protection](#)³¹;
- Informé sur des mesures financières disponibles (crédits d'impôt, allocation directe, programme d'exonération financière).

Sécurité

- [Conduite automobile](#) : [Discuter précocement](#)³² de l'arrêt éventuel de la conduite et informer sur les alternatives (moyen de transport) 1 ; Contribuer à l'évaluation du risque ([test sur la route](#))³³;
- Appréhender la sécurité à domicile (feu, intoxications, errance à l'extérieur, etc.) et donner des conseils d'usage; 4
- Revoir et vérifier au besoin la capacité à consentir aux soins et la présence de difficultés/enjeux liés à l'[aptitude](#)³⁴ à administrer ses biens et à s'occuper de sa personne; 1 4
- Surveiller si signes de négligence et de [maîtrance](#)³⁵. 1

Préservation de la qualité de vie pour le maintien à domicile le plus longtemps possible

- Encourager différents moyens pour maintenir [une qualité de vie au domicile](#)³⁶; 1 3
 - Enseigner des stratégies pour [les repas](#)³⁷, [les soins d'hygiène personnelle](#)³⁸, [la sommeil](#)³⁹;
- Informé sur les aides possibles offertes par les [organismes communautaires](#)⁴⁰; 1 3
- Référer vers le soutien à domicile [SAD] pour optimiser l'autonomie fonctionnelle, la sécurité, etc. et transférer le Pi; 4
- Discuter des alternatives au maintien à domicile si nécessaire. 1 3 4

Prévention et interventions sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence [SCPD]

- Établir l'[histoire biographique](#)⁴¹ [la communiquer au SAD et autres lieux, si pertinent]; 3
- Enseigner l'[approche de base](#)⁴² (p.5) au proche aidant en incluant des [stratégies de communication](#)⁴³; 3; [Recadre](#); (p.8)⁴⁴ si besoin;
- Enseigner l'[approche non pharmacologique](#) (pages 9 et +)⁴⁵ et SCDP, selon la ou les causes potentielles du SCDP. 4

Proche aidant 1

- Discuter de la transition vers un changement de rôle ([stress](#)⁴⁶ ([intimité](#))⁴⁷ ([deuil blanc](#))⁴⁸);
- Évaluer l'épuisement — exemple : Grille de Zarit, les risques suicidaires et homicidaires, etc.;
- Évaluer les besoins prioritaires et informer des ressources disponibles incluant le répit si pertinent; 3 4
- Z. Réévaluer le contexte psychosocial, référer au besoin;
 - Prévoir un autre plan d'aide au cas où le proche aidant habituel vivrait une situation d'urgence (ex. : hospitalisation).

*** Le processus est un outil d'aide, le jugement clinique du professionnel, pour décider des interventions et des délais, prime. Tous les autres proposés sont à titre indicatif.

⁴ Pour obtenir la référence et le lien internet, voir référer à l'espasant dans le document : RÉFÉRENCES.

Vieillessement
normal

Trouble cognitif
léger (TCL)

Troubles
neurocognitifs
majeurs (TNM)

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

Québec 

Avantages du diagnostic précoce

- Réduit l'incertitude
- Améliore le soutien
- Offre des traitements
- Encourage la santé cognitive
- Aide à préparer l'avenir
- Améliore l'accès aux services
- Avantages fiscaux
- Prévention des risques
- Retarde l'hébergement
- Réduit l'épuisement des aidants



```
graph TD; A[Trouble cognitif léger (TCL)] --> B[Déclin cognitif]; A --> C[Pas d'atteinte fonctionnelle];
```

Trouble cognitif
léger (TCL)

Déclin cognitif

Pas d'atteinte
fonctionnelle

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

Québec 

TNCM /
démence

Déclin
cognitif

+

Atteinte
fonctionnelle

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

Québec 

Démence de type Alzheimer

Manifestations générales, synthèse

- Atteinte graduelle des fonctions cognitives
- Début insidieux normalement chez les 65 ans et +
- ↓ progressive mémoire épisodique (récente>ancienne)
 - Ex. Répétition des mêmes questions
 - Ex. Perte d'objets
- ↓ dans l'exécution des tâches familières (AVD/AVQ)
- Altération de la conscience des troubles
- Désorientation
- Problème de langage
- Changement de comportement et/ou d'humeur et/ou de personnalité
- Perte d'intérêt



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

Québec 

Échelle de détérioration globale (EDG)

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

Stade 1	<ul style="list-style-type: none">▶ Pas de déclin cognitif (fonctionnement normal) :<ul style="list-style-type: none">• n'éprouve aucune difficulté dans la vie quotidienne.
Stade 2	<ul style="list-style-type: none">▶ Déclin cognitif très léger (il peut s'agir de changements normaux associés à l'âge ou de signes précoces de la MA) :<ul style="list-style-type: none">• oublie les noms et l'emplacement des objets;• peut avoir de la difficulté à trouver ses mots.
Stade 3	<ul style="list-style-type: none">▶ Déclin cognitif léger (présent, dans certains cas, dans la phase initiale de la MA) :<ul style="list-style-type: none">• a de la difficulté à s'orienter dans un endroit inconnu;• a de la difficulté à fonctionner au travail.
Stade 4	<ul style="list-style-type: none">▶ Déclin cognitif modéré (stade léger de la MA) :<ul style="list-style-type: none">• a de la difficulté à accomplir des tâches complexes (finances, magasinage, planification d'un repas avec des invités).
Stade 5	<ul style="list-style-type: none">▶ Déclin cognitif relativement grave (stade modéré de la MA) :<ul style="list-style-type: none">• a besoin d'aide pour choisir ses vêtements;• a besoin qu'on lui rappelle que c'est l'heure de la douche ou du bain.
Stade 6	<ul style="list-style-type: none">▶ Déclin cognitif grave (stade modéré à sévère de la MA) :<ul style="list-style-type: none">• perd la notion des expériences et événements récents de sa vie;• a besoin d'aide pour prendre son bain ou a peur de prendre son bain;• a de plus en plus besoin d'aide pour aller aux toilettes ou est incontinent.
Stade 7	<ul style="list-style-type: none">▶ Déclin cognitif très grave (stade sévère de la MA) :<ul style="list-style-type: none">• utilise un vocabulaire très restreint qui se réduira bientôt à quelques mots seulement;• perd la capacité de marcher et de s'asseoir;• a besoin d'aide pour manger.

Évolution

Stade léger
(stades 2 et 3 de
l'EDG)

Stade modéré
(stades 4, 5 et 6 de
l'EDG)

Stade avancé
(stade 7 de l'EDG)

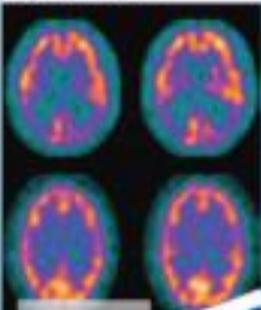
*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale*

Québec 

Maladie d'Alzheimer Que faire ?



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



Maladie d'Alzheimer Savoir pour prévoir



Évolution

STADE LÉGER

Ce document fait partie d'une série de cinq feuillets d'information sur les divers stades de la maladie d'Alzheimer qui s'adresse aux personnes atteintes de la maladie, à leurs proches et aux aidants. Il porte sur le stade léger de la maladie. Pour de renseignements sur les autres stades de la maladie d'Alzheimer, veuillez consulter les feuillets suivants de la série Évolution de la maladie d'Alzheimer : « Stade modéré », « Stade avancé » et « Fin de vie ». Pour une vue d'ensemble de la maladie d'Alzheimer, de ses divers stades et de l'approche préconisée en matière de soins, veuillez consulter le feuillet « Savoir » de la série.

Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer?

La maladie d'Alzheimer est une maladie du cerveau caractérisée par l'accumulation de protéines anormales dans les cellules du cerveau. Elle se manifeste par des symptômes de troubles cognitifs, dont la perte de la mémoire, des difficultés à poursuivre les activités quotidiennes et des altérations dans le jugement, le raisonnement, le comportement et les émotions. Ces symptômes sont irréversibles, c'est-à-dire que les capacités disparues ne reviendront plus jamais.

La maladie d'Alzheimer est une forme courante de troubles cognitifs, mais il existe plusieurs autres maladies apparentées. Parmi les autres troubles cognitifs irréversibles, mentionnons ceux causés par les maladies vasculaires, la maladie à corps de Lewy, les dégénérescences fronto-temporales, la maladie de Creutzfeldt-Jakob, la maladie de Pickers, ou la maladie de Huntington.

Ces maladies peuvent présenter des symptômes similaires ou qui se chevauchent, et le diagnostic de plusieurs d'entre elles peut être fait avec certitude seulement à l'autopsie du cerveau.

Il n'existe pour l'instant aucun moyen de guérir la maladie d'Alzheimer. Cependant, grâce à certains traitements et à un mode de vie sain, il est possible d'en ralentir l'évolution. Les chercheurs tentent de trouver des moyens de prévenir ou d'arrêter la maladie d'Alzheimer et de restaurer les capacités perdues et la mémoire.

Stade léger - Savoir pour prévoir

Le stade léger de la maladie d'Alzheimer (auss appelé « stade initial » ou « stade précoce ») marque le début d'un processus qui entraînera des changements importants pour vous et pour les personnes qui prennent soin de vous. À ce stade, vous conserverez probablement la plupart de vos capacités et n'aurez besoin que d'une aide minimale. Comme vous serez probablement conscient des changements dans vos capacités, vous serez en mesure de renseigner votre entourage sur ce que vous vivez et d'aider à planifier et à orienter vos soins futurs. Il est peut-être que vous vous sentez étonné et inquiet de l'avenir. Il est normal que vous et vos proches ressentiez de nombreuses émotions, y compris un sentiment de deuil et de grand chagrin. De nombreuses personnes s'inquiètent des conséquences des changements qui entraînent la maladie, des mesures à prendre en prévision de l'avenir et de la façon d'obtenir l'aide et l'information dont elles ont besoin. Les suggestions qui suivent visent à vous aider à profiter au maximum de la vie tout au long de l'évolution de la maladie.

Vidéos

Alzheimer Serge Youtube1080 FINALE

<https://www.youtube.com/watch?v=ROQkFUEa5NY>

Alzheimer Louise Youtube1080 FINALE

<https://www.youtube.com/watch?v=o5jPNrQdA30>

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

Québec 

Retour

- Réaction suite à l'annonce du diagnostic ?
- Impacts de la maladie sur le quotidien ?
- Risques possibles ?
- Interventions à privilégier ?

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

Québec 

Démence fronto-temporale

Manifestations générales, synthèse

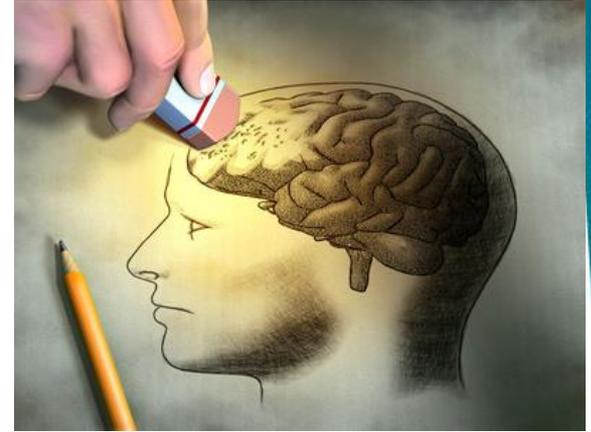
- Apparition précoce
- Environ 5% des démences

Variante comportementale

- Perte de l'autocritique
- ↓ relations interpersonnelles
- Changement de caractère
- Désinhibition verbale, sexuelle...
- Atteinte cognitive frontale(↓mémoire n'est pas au 1er plan)

Variante langagière

- Altération de la compréhension des mots ou de l'identification des objets) est la caractéristique prédominante
- Manifestations psycho-comportementales de plus en plus flagrantes avec l'évolution



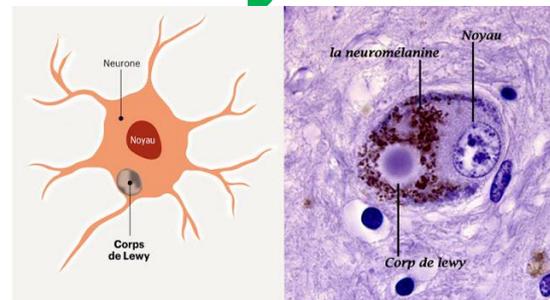
**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec 

• Démence à corps de Lewy

Manifestations générales, synthèse

- **Déclin des fonctions cognitives suffisant pour altérer fonctionnement**
 - Environ 20% des démences
 - Fluctuations cognitives à périodicité variable
 - Évolution normalement rapide
 - Une majorité d'homme
 - Hallucinations visuelles récurrentes complexes (personnes, animaux)
 - Parkinsonisme (rigidité des membres et tremblements)
 - Déprime
 - Troubles du comportement en sommeil paradoxal
 - Perte musculaire du sommeil: la personne «agit» pendant ses rêves



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

Québec



Démence vasculaire (mixte)

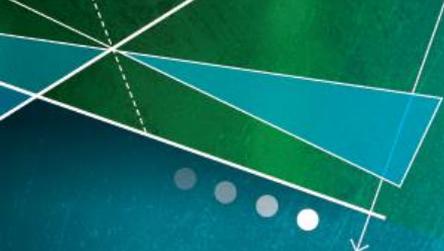
Manifestations générales, synthèse

- Survient généralement subitement
- Évolution par palier
- Évidence d'une maladie cérébro-vasculaire reliée
- Difficulté mictionnelle
- Antécédents d'instabilité ou de chute
- Ralentissement psychomoteur++
- Changement de personnalité et d'humeur



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

Québec 

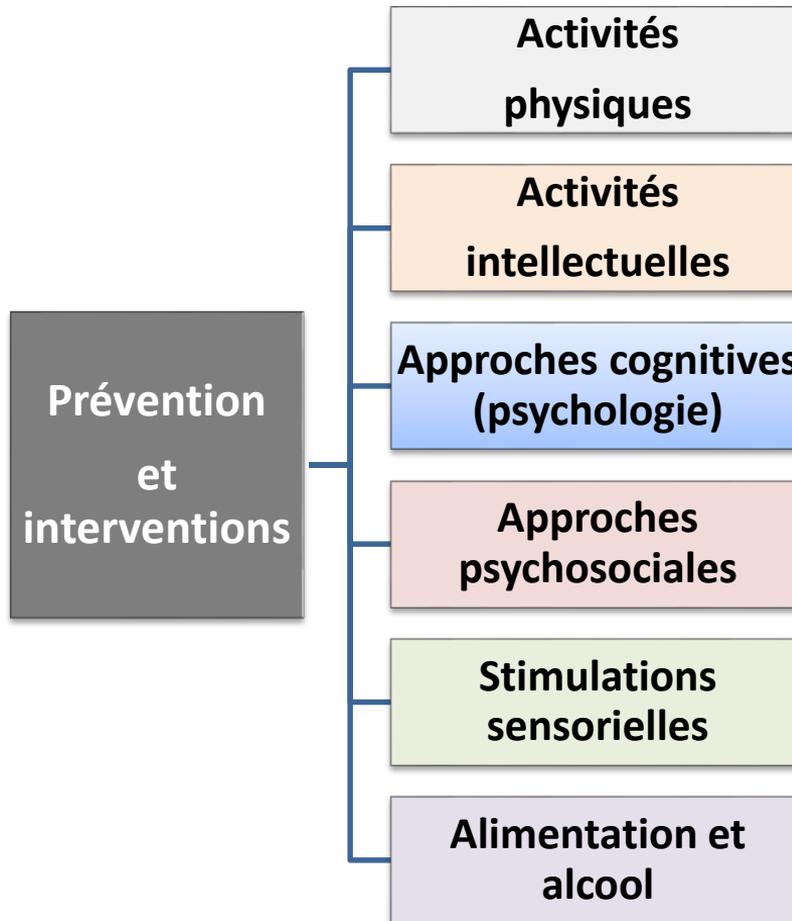


APPROCHES ET TRAITEMENTS

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

Québec 





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

Québec 

Prévention et interventions

Activités physiques	Marche, yoga, aquaforme, danse, jardinage, etc. Groupe: programme de prévention des chutes, Centre de jour, etc.
Activités intellectuelles	Étude, lecture, jeux de cartes, sudoku, échecs, dames, mots croisés, écouter un film, aller au théâtre, etc.
Approches cognitives	TCL : Stimulation cognitive (programme de groupe, logiciel ou papier), entraînement cognitif (enseignement de stratégies: mémorisation, routine, pictogrammes) TNCM : réadaptation cognitive (renforcement des capacité résiduelles)
Approches psychosociales	Validation, réminiscence, activités sociales, occupation significative, gestion des stressseurs et implication sociale.
Stimulations sensorielles	Arthérapie, musicothérapie, aromathérapie, luminothérapie, zoothérapie, méthode snoezelen, massothérapie.
Alimentation et alcool	Régime méditerranéen et consommation de vin rouge modéré.

Bénéfices possibles

- Améliorer les fonctions cognitives et l'humeur
- Atténuer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).
- Réduire le stress
- Améliorer la qualité de vie et le sommeil
- Retarder le placement
- Soulager les aidants
- Préserver le plus longtemps possible
 - l'autonomie
 - Les liens sociaux

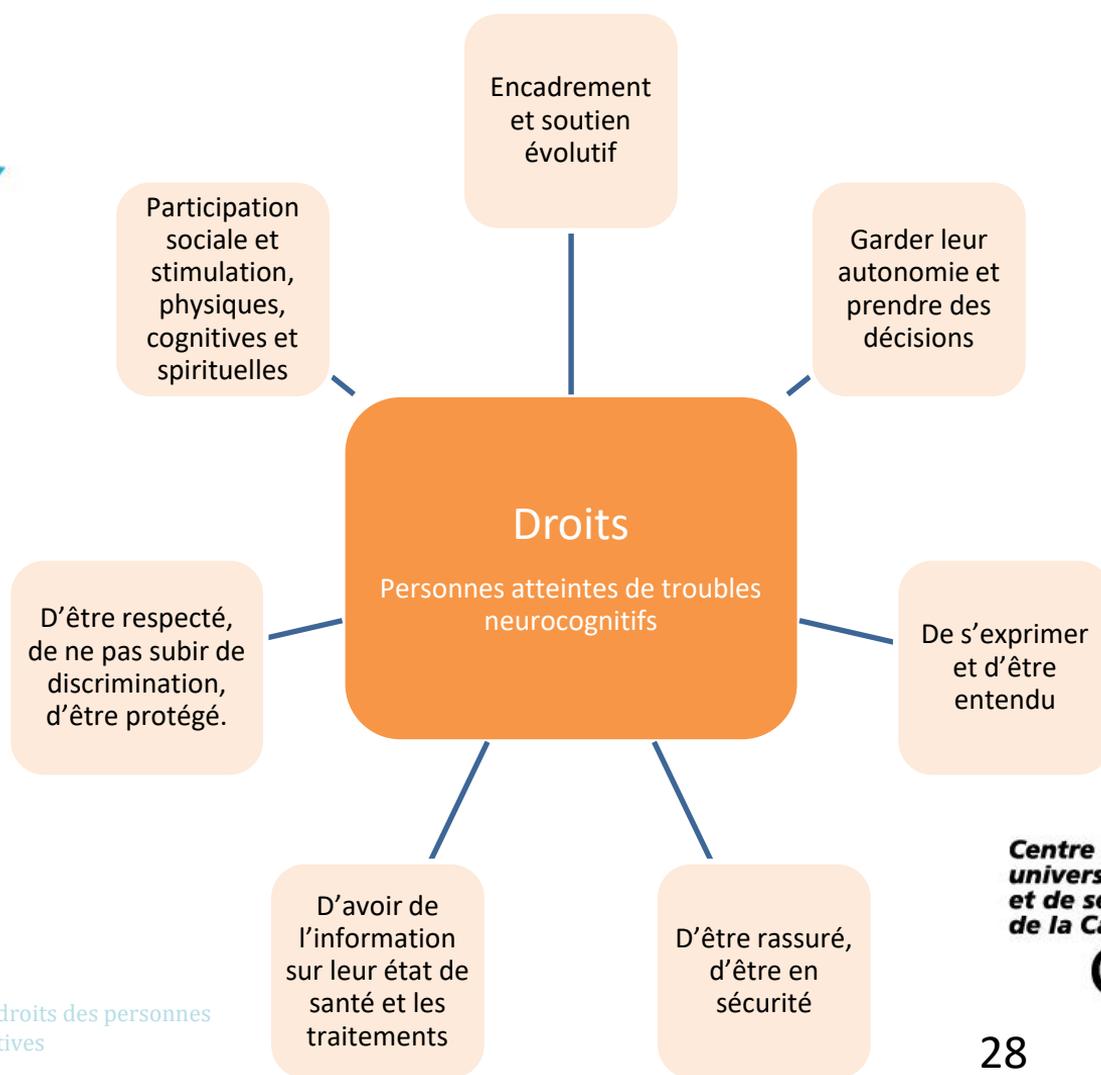
Médication

Traitement non curatif.
Peut retarder l'évolution et
atténuer les symptômes.
Bénéfices VS effets secondaires.
Non prescrit pour tous les TNCM.

Aricept MC	➔	Donépézil
Reminyl ER MC	➔	Galantamine
Exelon MC	➔	Rivastigmine
Ebixa MC	➔	Mémantine

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

Québec 



Droits / Besoins	Quelques actions et interventions possibles
Participation sociale et stimulation: physiques, cognitives et spirituelles	<ul style="list-style-type: none"> • Documenter l’histoire biographique de la personne. • Briser l’isolement, avoir des occupations variées en lien avec leurs intérêts et leurs capacités.
Encadrement et soutien évolutif	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi avec des professionnels qualifiés et formés en TNCM. • Soutenir l’aidant pour qu’il développe des nouvelles compétences, l’orienter vers les ressources adaptées. • Soutien multidisciplinaire accessible.
Garder leur autonomie, de prendre des décisions	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager à mettre à jour les documents légaux à jour ou les rédiger, de faire les DMA, de faire des choix concernant l’avenir (milieux de vie, services à domicile, mandataire). • Continuer à faire des tâches domestiques, des sorties, etc.
D’être rassuré, d’être aimé, d’être en sécurité	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir de la chaleur humaine et du réconfort (ex: validation, réassurance, touché affectif). • Adapter l’environnement (rappels, routines), mise en place de service à domicile, changement de milieu de vie,
D’avoir de l’information: sur leur maladie et les traitements, les mesures d’aides disponibles.	<ul style="list-style-type: none"> • Enseigner la maladie et les traitements disponibles (pharmaco ou non) • Référer pour la participation à des essais cliniques en recherche. • Informer des crédits d’impôts, des services disponibles et la façon de les obtenir, etc.
D’être respecté, de ne pas subir de discrimination, d’être protégé.	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter notre approche «entrer dans l’univers de la personne» ne pas essayer de la ramener à la réalité. • Être représenté si n’est plus en mesure de prendre des décisions concernant sa personne et ses biens.
De s’exprimer et d’être entendu	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer librement sans jugement. Avoir accès à des services d’orthophonie au besoin. • D’avoir un aidant qui connaît et sait appliquer les approches de communication de base en lien avec les TNCM.

Évolution des principaux besoins

Stade initial

Stade intermédiaire

Stade avancé

Pour la personne atteinte

- Encaisser le choc du diagnostic
- Comprendre la maladie dont il est atteint
- Trouver des stratégies d'adaptation, planifier les aspects légaux et financiers de son éventuelle inaptitude
- Planifier ses souhaits de fin de vie
- Au besoin, partager avec des semblables les émotions vécues
- Chercher du soutien familial ou individuel
- Important : bénéficier de services de stimulation cognitive en vue de maintenir ses acquis et capacités le plus longtemps possible

Pour le proche aidant

- Encaisser le choc du diagnostic
- Comprendre la maladie dont l'aidé est atteint, adapter et connaître les stratégies de communications gagnantes
- Trouver des stratégies d'adaptation
- Planifier les aspects légaux de l'éventuelle inaptitude de la personne aidée
- Aider la personne aidée à planifier ses souhaits de fin de vie
- Amorcer les démarches d'adaptation du domicile
- Au besoin, partager avec des semblables les émotions vécues
- Chercher du soutien familial ou individuel

Évolution des principaux besoins

Stade initial

Stade intermédiaire

Stade avancé

Pour la personne atteinte

- Stimuler ses capacités cognitives
- Pratiquer des loisirs et des sports adaptés
- Continuer de faire (au mieux) des activités de la vie quotidienne et domestique (AVD/AVQ)
- À ce stade, la personne atteinte a aussi besoin que son entourage ait pris la pleine mesure de la maladie dont il souffre afin que les stratégies de communication et d'action employées à son égard soient adéquates

Pour le proche aidant

- Bénéficier de périodes de répit afin de conserver son équilibre et d'avoir du temps pour lui
- Apprendre à utiliser divers équipements nécessaires au soutien de l'aidé
- Gérer une foule de dossiers fiscaux/légaux/financiers
- Comprendre son rôle, celui de la famille et des diverses équipes de soins
- Trouver constamment des stratégies pour la gestion des SCPD
- Gérer la médication de la personne aidée
- Organiser son temps et son avenir
- Parler de son vécu et partager avec des pairs et des intervenants psychosociaux, accepter l'aide extérieure
- Gérer son stress et poser ses limites

Évolution des principaux besoins

Stade initial

Stade intermédiaire

Stade avancé

Pour la personne atteinte

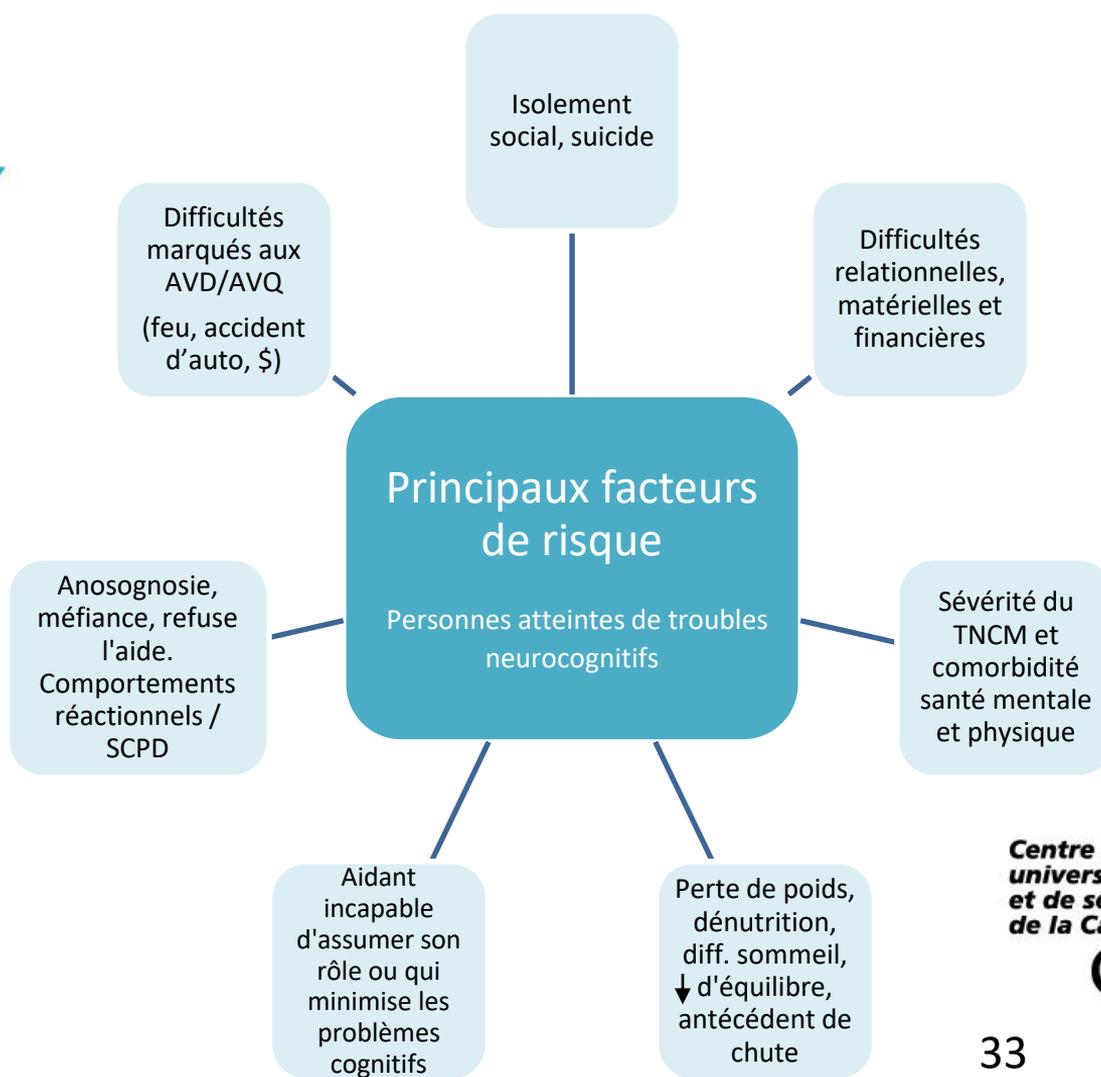
- Bénéficier d'une présence calmante et rassurante à ses côtés
- Pouvoir résider dans un milieu de vie adapté à sa réalité

Pour le proche aidant

- Bénéficier de soutien et de références en vue de l'hébergement
- Gérer les deuils, les pertes, la baisse de « l'adrénaline de performance », les réactions familiales
- Participer à la gestion de fin de vie de l'aidé et toutes les tâches que celle-ci implique

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

Québec 



Facteurs de risque	Quelques actions et interventions possibles
Difficultés marqués aux AVD/AVQ	<ul style="list-style-type: none"> • Compléter et analyser la grille de l'autonomie fonctionnelle (questionnaire de l'aidant) et faire ressortir les risques prédominants. • Adapter ou compenser les difficultés (ex: préparation des repas, transport adapté, système GPS, implication des proches, procuration, livraison des médicaments, etc.) • Encourager les routines et repères.
Isolement social, suicide	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter l'environnement, mobiliser l'entourage, système de surveillance, visite de bénévole, services à domicile (ménage, popote), livraison de l'épicerie. • Déménager dans un endroit plus sécuritaire avec des services évolutifs. • Évaluer le risque d'autonégligence ou d'un passage à l'acte.
Aidant incapable d'assumer son rôle ou qui minimise les problèmes cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les besoins et l'épuisement de l'aidant. • Comprendre la résistance / réticence, la perception qu'il a de la maladie et son évolution. • Donner de l'information, vérifier si d'autres membres de la famille peuvent s'impliquer, tenir une rencontre de famille, offrir du soutien psychosocial.
Difficultés relationnelles, matérielles et financières	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer si indices de maltraitance. • Comprendre la relation avant la maladie. • Informer des mesures d'aide financière disponibles (crédits d'impôts, allocations).
Perte de poids, dénutrition, difficulté de sommeil, problèmes d'équilibre, antécédent de chute	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les habitudes alimentaires, le fonctionnement, les causes des chutes, des problèmes de sommeil. • Orienter vers le SAPA du CLSC pour évaluation plus poussée dans le milieu de vie. • Mise en place de services (popote, système de prévention des chutes, etc.)
Sévérité du TNCM et Comorbidité santé mentale et physique	<ul style="list-style-type: none"> • Comparer les symptômes, les comportements, les résultats des tests cognitifs avec l'échelle de détérioration (GDS). • Collaboration interdisciplinaire GMF: médecin, infirmière, pharmacien et TS • Partenariat avec le CLSC, les organismes communautaires, les équipes spécialisées plus la situation est complexe.
Personne anosognosique, méfiante qui refuse l'aide. Comportements réactionnels / SCPD	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les risques à domicile / évaluer le besoin de protection. • Comprendre qu'est-ce qui explique la méfiance, documenter les SCPD et trouver la ou les causes. • Enseigner les approches de base de la communication et les stratégies d'accompagnement à l'aidant.

CAS CLINIQUE



Mme Martel, 76 ans, vient de recevoir le diagnostic de maladie d'Alzheimer stade léger par son médecin de famille. Elle vit dans sa maison depuis 55 ans avec son mari, M. Turmel, connu comme étant un homme solitaire, nerveux et contrôlant. Le couple a trois enfants qui demeurent à proximité, lesquels offrent du soutien occasionnel, mais limité, par manque de temps, car ceux-ci doivent jongler avec la conciliation travail, famille et activités.

Selon le conjoint, Mme présente depuis quelques mois des signes de désorganisation, de méfiance, d'apathie, d'anxiété et de déprime. Mme ne veut plus aller jouer aux cartes au Regroupement des aînés car elle s'est perdue sur la route la dernière fois qu'elle a voulu se rendre. De plus, elle cuisine beaucoup moins qu'avant et oublie régulièrement des ingrédients dans ses recettes.

Le couple se chicane de plus en plus car M. Turmel a tendance à corriger les propos erronés et à contredire Mme Martel. De plus, M. Turmel n'ose plus sortir marcher et aller prendre son café au restaurant vu son inquiétude à laisser sa femme seule.

Lorsque le médecin leur offre la possibilité de rencontrer la travailleuse sociale du GMF, le couple mentionne ne pas avoir de besoin d'elle pour le moment...

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

Québec 

Questions

- **Quels sont les besoins actuels:**
 - de Mme Martel
 - de son conjoint ?

- **Quels sont les risques:**
 - pour Mme Martel ?
 - pour son conjoint ?

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

Québec 

Sujets délicats

- Conduite auto
- Sexualité
- Changement de milieu de vie
- Services à domicile
- Aide à la gestion des finances
- Routine de vie
- Aptitude / inaptitude
- DMA



QUELQUES OUTILS CLINIQUES

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

Québec 

Questionnaire AVD/AVQ

QUESTIONNAIRE DE L' Aidant CLINIQUE DE MÉMOIRE

1- Quel(s) changement(s) avez-vous remarqué(s) chez votre proche concernant son **alimentation**?

A des goûts alimentaires différents Se salit en mangeant Prépare des repas moins élaborés
 A de la difficulté à suivre une recette Conserve des aliments périmés A de la difficulté à utiliser la cuisinière
 Est incapable d'utiliser le four micro-onde A davantage besoin d'une liste d'épicerie
 A de la difficulté à utiliser les ustensiles Oublie des ingrédients dans les recettes

Exemples de changement: _____

Changements observés depuis quand? _____

2- Quel(s) changement(s) avez-vous remarqué(s) chez votre proche concernant l'**entretien du domicile**

Débute une tâche sans la terminer A de la difficulté à faire une réparation mineure
 A besoin de plus d'aide qu'avant pour les travaux extérieurs (ex. : tondre le gazon) A besoin de plus d'aide qu'avant pour le ménage régulier (ex. : époussetage, aspirateur, faire la vaisselle)
 Domicile moins propre qu'avant

Exemples des changements: _____

Changements observés depuis quand? _____

3- Quel(s) changement(s) avez-vous remarqué(s) chez votre proche concernant l'**hygiène personnelle**?

Oublie de laver certaines parties du corps Oublie de se laver
 Ne change pas ses vêtements régulièrement A besoin d'aide pour préparer le matériel (ex. : savon)

Exemples de changement: _____

Changements observés depuis quand? _____

4- Quel(s) changement(s) avez-vous remarqué(s) chez votre proche concernant ses **activités sociales**?

A un manque d'intérêt pour ses activités préférées Participe moins aux activités sociales
 A de la difficulté à accomplir toutes ses tâches au travail

Exemples de changement: _____

Changements observés depuis quand? _____

5- Quel(s) changement(s) avez-vous remarqué(s) chez votre proche concernant son **attention/jugement**?

A de la difficulté à identifier ses besoins A de la difficulté à organiser et planifier une tâche
 A de la difficulté à prendre des décisions A de la difficulté à faire deux choses en même temps
 A de la difficulté à maintenir son attention sur une tâche A de la difficulté à savoir comment agir dans une situation inhabituelle

Exemples de changement: _____

Changements observés depuis quand? _____

6- Quel(s) changement(s) avez-vous remarqué(s) chez votre proche concernant son **langage**?

Cherche davantage ses mots A de la difficulté à suivre une conversation en groupe
 Parle moins qu'avant A de la difficulté à comprendre ce qu'on lui dit
 A changé son écriture A de la difficulté à écrire
 Décrit les objets ou utilise des termes comme « chose » ou « affaire », au lieu de les nommer

Exemples de changement: _____

Changements observés depuis quand? _____

7- Quel(s) changement(s) avez-vous remarqué(s) chez votre proche concernant son **orientation**?

A de la difficulté à reconnaître les lieux/les trajets Cherche son auto dans le stationnement
 A de la difficulté à se déplacer seul(e) (ex. : voiture, autobus)
 A de la difficulté à se rappeler la date et le jour de la semaine

Exemples de changement: _____

Changements observés depuis quand? _____

8- Quel(s) changement(s) avez-vous remarqué(s) chez votre proche concernant la **gestion des biens**?

A de la difficulté à utiliser sa carte de débit ou de crédit Oublie de payer ses factures
 Ne comprend plus ses relevés bancaires A de la difficulté à faire un chèque

Exemples de changement: _____

Changements observés depuis quand? _____

9- Quel(s) changement(s) avez-vous remarqué(s) chez votre proche concernant sa **mémoire**?

Oublie l'endroit où il place ses objets Oublie les noms et les visages familiers
 Oublie les dates de ses rendez-vous Oublie les numéros de téléphone familiers
 Répète et fait répéter Oublie des faits récents
 Prend plus de notes qu'avant Oublie des événements importants de sa vie passée

Exemples de changement: _____

Changements observés depuis quand? _____

10- Quel(s) changement(s) avez-vous remarqué(s) chez votre proche concernant son **humeur et son comportement**?

Est triste Est anxieux A de l'agressivité Est méfiant
 Est impatient Est passif A des hallucinations A des comportements gênants
 Dit tout ce qu'il pense, sans filtre A des comportements inhabituels

Exemples de changement: _____

Changements observés depuis quand? _____

Niveau global de fonctionnement comparativement à avant (placer un X sur la ligne) :

0%	50%	100%
----	-----	------

Si vous deviez être hospitalisé(e) durant 2 semaines seriez-vous inquiet (ète) de le (la) laisser seul(e)?

Non Oui Pourquoi? _____

Quels sont vos attentes par rapport à la clinique de la mémoire? _____

Recevez-vous des services du CLSC et/ou de l'aide de proches? Non Oui, svp précisez les services reçus : _____

Nom de l'aidant : _____ Lien de parenté : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

Inventaire de la dépression

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT - 9 (PHQ-9)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?
(Veuillez cocher (✓) votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

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

Québec



Inventaire neuropsychiatrique

Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____

Date : _____ Nom de l'évaluateur : _____

Type de relation avec le patient

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

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

Présence

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

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

Gravité

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

- Léger** : changement peu perturbant pour le patient
- Moyen** : changement plus perturbant pour le patient
- Important** : changement très perturbant pour le patient

Répercussion

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

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

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE
RÉDUIT, NPI-R

Veillez encrer le énoncé qui correspond le mieux à votre situation et à celle du patient.

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

Score total : _____ /36 _____ /60

S.O. : question inadaptée (sans objet)

Partenaires clés



LA *Société Alzheimer*
DE QUÉBEC



CHU
de Québec
Université Laval

Clinique interdisciplinaire
de mémoire



*Baluchon
Alzheimer*

L'APPU POUR LES
PROCHES AIDANTS
D'AÎNÉS



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

ÉÉSAD

RÉSEAU DE COOPÉRATION
DES ENTREPRISES
D'ÉCONOMIE SOCIALE
EN AIDE À DOMICILE

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

Québec 

Liens utiles

Capsules vidéos

<https://alzheimer.ca/fr/federationquebecoise/serie-dapprentissage-en-ligne>

Boîte à outils

<https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/professionnels-sante/cevq/plan-alzheimer/boite-outils>

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

Québec 

Références

- Alzheimer's Disease International (2011); Cohen C.A., *Caregivers for people with dementia. What is the family physician's role?* Canadian Family Physician, 46 (2000), 376-80.
- Bergman, H et coll. (2009), *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées - Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer.* Santé et services sociaux Québec
- **[Charte canadienne des droits des personnes atteintes de maladies neurodégénératives](https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/advocacy/charter/as_charte-canadienne-des-droits-des-personnes-atteintes-de-maladies-neurodegeneratives.pdf)**
https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/advocacy/charter/as_charte-canadienne-des-droits-des-personnes-atteintes-de-maladies-neurodegeneratives.pdf
- Dubois, B. et coll. (2016) Timely diagnosis for Alzheimer's disease: a Literature review on benefits and challenges. Journal of Alzheimer's disease, 49, 617-631, Prince, M., Bryce, R., Ferri, C., World Alzheimer report: the benefits of early diagnosis and intervention.
- Guide pour les intervenants et les proches aidants
Les problèmes rencontrés dans la maladie d'Alzheimer CSSS-IUG de Sherbrooke
[http://www.csssiugs.ca/c3s/data/files/Guide Alzheimer NON%20IMPRIMABLE.pdf](http://www.csssiugs.ca/c3s/data/files/Guide_Alzheimer_NON%20IMPRIMABLE.pdf)

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

Québec



- Massourd F. & Robillard A. (2013) La maladie d'Alzheimer – Comprendre la maladie et ses traitements. Annick Parance éditeur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologique de la démence*
- Nadeau, M (2017) *Proche-aidant partenaire - Travailler en collaboration avec l'expert dans la gestion des SCPD à domicile*. Présentation colloque SCPD de l'IUGM
- Poirier J. & Gauthier S (2011) La maladie d'Alzheimer – Le guide. Les éditions du trait carré
- Processus clinique interdisciplinaire en première ligne
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001071/>
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., and Crook, T. (1982) Modified Clinical Deterioration Scale. *American Journal of Psychiatry*, 139:1136–1139.

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

Québec 