



Suivi infirmier en post-diagnostic de trouble neurocognitif

Par

Karine Ménard (infirmière Ressource territoriale Plan Alzheimer CIUSSSCN)

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

Québec 



Suivi infirmier en GMF pour la clientèle ayant reçu un diagnostic de TNCM

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

Québec 

Suivis infirmiers systématiques **TNCM**

Suivi 2-4
semaines après
l'annonce du
diagnostic

**Tolérance et
observance au
traitement**

**Effets
thérapeutiques**

Ajustement O.C.

Rencontre
d'enseignement
post diagnostic

Information
Repérage risques +
besoins
Références..

Rencontre 6
mois après le
diagnostic

1- Renouvellement
RAMQ
(Si prise d'un inhibiteur de la
cholinestérase)
2- Si patient
vulnérable ou isolé

Rencontre
annuelle par la
suite ou plus tôt
au besoin

1- Renouvellement
RAMQ (Si prise d'un
inhibiteur de la cholinestérase)
2- Suivi signes
d'évolution de la
maladie, information,
risques, besoins..

LISTE DE VÉRIFICATION INESSS ; SUIVI DU PATIENT ATTEINT DE TNM

LISTE DE VÉRIFICATION (CHECK LIST)

LA MALADIE D'ALZHEIMER (MA) ET LES AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC)

SUIVI D'UN PATIENT ATTEINT D'UN TNC

Les renseignements contenus dans cette liste de vérification sont à titre informatif et ne remplacent pas le jugement du clinicien. Le contenu provient des travaux de l'INESSS sur le repérage et le processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs. Pour plus de détails, consultez [inesss.qc.ca](https://www.inesss.qc.ca).

Identification du patient

Nom : _____ Age : _____

Date : _____ N° de dossier : _____

Nom du médecin de famille : _____

Identification du proche aidant (si présent)

Nom : _____ Age : _____

Téléphone : _____

Relation avec le patient : _____

Diagnostic et stade de la maladie Précisez : _____

État nutritionnel

Poids actuel : _____ Poids antérieur : _____ Date : _____

Signes de malnutrition ☐ oui ☐ non Si oui, précisez : _____

Demande d'évaluation par un nutritionniste ☐ oui ☐ non Si oui, précisez la raison : _____ Date : _____

Examen clinique ► Fonctions cognitives, autonomie fonctionnelle, symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

	Actuel	Antérieur	Commentaires
Autonomie fonctionnelle	☐ QAF : _____/30 ☐ IFD : _____/100 ☐ Autre : _____	☐ QAF : _____/30 ☐ IFD : _____/100 ☐ Autre : _____	
Fonction cognitive	☐ MMSE : _____/30 ☐ MoCA : _____/30 ☐ Autres : _____	☐ MMSE : _____/30 ☐ MoCA : _____/30 ☐ Autres : _____	
SCPD	☐ NPI-R : _____/36, _____/60 ☐ GSP-9 : _____/27 ☐ Autre : _____	☐ NPI-R : _____/36, _____/60 ☐ GSP-9 : _____/27 ☐ Autre : _____	

Médication ► Changement ou ajout d'un médicament

Médication actuelle : _____ Début du traitement : _____

Dosage : ☐ Idem ☐ ↑ ☐ ↓ _____ ☐ Arrêt

Changement de molécule : _____ Dosage : _____

Ajout de molécule : _____ Dosage : _____

Renseignements complémentaires (indiquer toute information pertinente en lien avec la médication) :

LISTE DE VÉRIFICATION (CHECK LIST) SUIVI D'UN PATIENT ATTEINT D'UN TNC

de négligence ► p. ex. : physique, sexuelle, psychologique, financières, etc.

☐ non Type d'abus/négligence : _____

ctés ☐ oui ☐ non Si oui, précisez : _____ Date : _____

ment chez le proche aidant

ique de l'aidant ☐ Bon ☐ Précaire : _____

ologique de l'aidant ☐ Bon ☐ Précaire : _____

et suivi à faire (précisez) : _____

aux et ns ► Rédiger ou mettre à jour les différents documents légaux : p. ex. : niveaux de soins, directives médicales anticipées (DMA) ou mandat en prévision de l'incapacité

mobile ► Amorcer rapidement une discussion avec le patient à propos de sa capacité à conduire

te-t-il un risque pour la sécurité du public en conduisant son véhicule ? ☐ oui ☐ non

IAAQ ☐ oui ☐ non Réalisé par : _____ Date : _____

ation sur thérapeute ☐ oui ☐ non Raison (précisez) : _____

autonomie et sécurité à domicile

er immédiat pour le patient ou autrui : ☐ oui ☐ non

nt isolé et vivant à domicile : ☐ oui ☐ non

gerosité (précisez) : _____ Action à faire (p. ex. : référence CLSC) : _____

tient à gérer personne ► Opinion du médecin traitant ou de l'intervenant

que le patient semble avoir de la difficulté à gérer ses biens ou sa personne? Si oui, précisez : _____

ation plus approfondie par une équipe spécialisée : ☐ oui ☐ non

ifier la capacité a/n des AVQ, AFD, gestion des finances ou ,etc.) : _____ Professionnels sollicités et type d'évaluation demandée : _____

appliqués

es intervenants ou de l'organisme, leurs rôles ainsi que leurs coordonnées :

Gabarit suivi cognitif dans votre DME

1^{ER} APPEL (2-4 SEMAINES POST DIAGNOSTIC)



1. 1^{ER} APPEL TÉLÉPHONIQUE PAR L'INFIRMIÈRE POUR TOUS LES NOUVEAUX DIAGNOSTICS TNCM (2-4 SEMAINES)

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

Suivi

2-4 semaines post diagnostic de TNCM

- Rencontre au **bureau ou RV téléphonique** (présence de l'aidant essentielle)
- Vérifier auprès du proche aidant, l'**observance et la tolérance à la médication** si prescrite et **ajuster la médication selon une OIA (ordonnance individuelle d'ajustement) PRN**
- Évaluer les besoins d'aide et **référer aux ressources appropriées** (TS GMF, SAD, organismes communautaires..)
- Proposer **enseignement** en lien avec le diagnostic de TNCM
- Planifier prochaine rencontre (6 mois après DX)
- **Coordonnées infirmière**

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

Québec



Ajustement des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IACHÉ) et/ou de la mémantine chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs (TNC) majeurs

Élaboré avec la collaboration d'un comité consultatif formé de cliniciens et d'experts québécois

Validé par le Comité d'excellence clinique en usage optimal du médicament, des protocoles médicaux nationaux et ordonnances de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

Toute personne qui a reçu un diagnostic concernant un des troubles neurocognitifs (TNC) majeurs suivants :

- Maladie d'Alzheimer (MA)
- Démence mixte¹
- Démence à corps de Lewy

CONTRE-INDICATIONS À L'APPLICATION DE CE PROTOCOLE

- Personne atteinte d'un TNC majeur autre que ceux mentionnés dans la situation clinique énoncée ci-dessus

DIRECTIVES

GÉNÉRALITÉS SUR LE TRAITEMENT

Considérant l'efficacité modeste, le profil d'innocuité et le coût associé à l'usage des IACHÉ et de la mémantine, la décision de recourir à un traitement pharmacologique devrait être prise selon un processus de décision partagée entre le médecin, la personne atteinte et le proche aidant à la suite d'une discussion éclairée sur les bénéfices et les risques potentiels d'un tel traitement (annexe I)

Aucune donnée clinique fiable n'indique de différence relative à l'efficacité entre les trois IACHÉ. Les facteurs à considérer dans le choix de la pharmacothérapie initiale sont énoncés à l'annexe II.

Les personnes susceptibles d'être hypersensibles aux effets indésirables devraient commencer le traitement par une dose plus faible (tableaux de la section 3.2).

! Le traitement pharmacologique ne représente qu'une partie de la prise en charge des personnes atteintes d'un TNC majeur. Pour de l'information supplémentaire sur la prise en charge globale, se référer aux outils de l'INESSS résumés à l'annexe III et au [Processus clinique interdisciplinaire en première ligne, du MSSS](#).

1. APPRÉCIATION DE LA CONDITION DE SANTÉ AU MOMENT DE L'AJUSTEMENT

- Documenter
 - l'apparition d'effets indésirables après l'amorce ou l'ajustement du traitement
 - l'apparition d'une contre-indication à la médication depuis l'amorce ou l'ajustement de la médication (tableaux de la section 3.2)
 - le manque de collaboration pour la prise du médicament (forme orale), un problème d'adhésion au traitement ou l'oubli de timbres transdermiques sur le corps (si pertinent)
 - l'absence de réponse au traitement
 - une détérioration de la fonction rénale ou hépatique
 - une évolution (apparition ou diminution) des symptômes associés au TNC majeur depuis l'amorce ou l'ajustement du traitement (annexe IV)

¹ Le terme « démence mixte » est employé ici pour désigner une maladie d'Alzheimer associée à une démence vasculaire ou à une démence à corps de Lewy.

INESSS: Protocole médical national (No 628014)



Nom de la clinique médicale / Nom de l'établissement
Coordonnées

Patient : M. ou Mme _____
DDN : XX / XX / XXXX

Adresse : _____

Date : XX / XX / XXXX

Pour les infirmières du GMF « XYZ »

*Débuter _____ puis ajuster le dosage
selon le protocole médical de l'INESSS N.628014*

Nom du médecin :

N° de permis d'exercice :

Signature :

Téléphone :

ENSEIGNEMENT PRIORITAIRE

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

- Information sur le trouble neurocognitif majeur diagnostiqué : [Maladie Alzheimer 1](#)¹ et [MA2](#)², [Démence Vasculaire](#)³, [Corps Lewy](#)^{4a}, [Dégenérescence fronto-temporale](#)^{4b}. Les stades de la maladie d'Alzheimer ([Usager](#))⁵ (Professionnel, [p.2](#))⁶;
- Conseils et suggestions visant à faciliter l'accompagnement de votre proche ([Info-1](#))⁷ ([Info-2](#))⁸; ([Info 3](#))^{8b}
- Votre médication ([Usager](#))⁹.



L'enseignement s'adresse à qui?

Différentes options:

- ✓ Proche aidant principal seulement
- ✓ Plusieurs membres de la famille de la personne atteinte
- ✓ Dans certains cas, la personne atteinte pourrait être présente (si comprend le diagnostic, autocritique etc..)

**Présence de la TS GMF serait indiquée
si conflits/ divergences d'opinion
entre les proches**

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

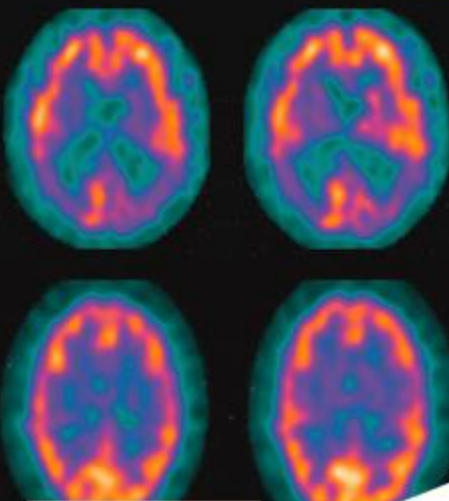
Québec 



Éléments à aborder

- ✓ Cause de la maladie(étiologie)
- ✓ Physiopathologie (modifications cérébrales)
- ✓ Symptômes principaux
- ✓ Évolution (pronostic). Planifier l'avenir
- ✓ Traitements disponibles
- ✓ Communication de base avec personne atteinte de TNCM

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



Maladie à corps de Lewy

Introduction

La maladie d'Alzheimer fait partie d'un ensemble plus vaste du cerveau qui entraîne une dégénérescence progressive des cellules cognitives et de la mémoire. La maladie d'Alzheimer affecte également la capacité d'accomplir les tâches usuelles de la vie quotidienne.

Les autres formes de maladie cognitive ressemblent à la maladie d'Alzheimer, mais elles sont irréversibles des cellules cérébrales et les dégénérescences fronto-temporales, la maladie de Huntington, et la maladie de Parkinson.

Il arrive parfois qu'une personne présente des symptômes que des pertes de mémoire ou des changements de comportement ou de se déplacer. Ces symptômes pourraient être d'Alzheimer. Il est recommandé que toute personne qui subisse un examen médical complet.

Peu importe qu'il s'agisse de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre soutien auprès de la Société Alzheimer.

Qu'est-ce que la maladie à corps de Lewy

La maladie à corps de Lewy est une forme de maladie d'Alzheimer associée à la protéine appelée alpha-synucléine qui se forment des « corps de Lewy », d'après le nom du scientifique qui a découvert la formation des corps de Lewy est inconnu. Le cerveau liés aux fonctions cognitives et au mouvement.

La maladie à corps de Lewy peut se développer seule ou

La maladie à corps de Lewy est aussi appelée maladie de Parkinson et variante à corps de Lewy de la maladie d'Alzheimer.

Dégénérescence fronto-temporale

Introduction

La maladie d'Alzheimer fait partie d'un ensemble plus vaste de troubles du cerveau qui entraîne une dégénérescence progressive des cellules cognitives et de la mémoire. La maladie d'Alzheimer affecte également la capacité d'accomplir les tâches usuelles de la vie quotidienne.

Les autres formes de maladie cognitive ressemblent à la maladie d'Alzheimer, mais elles sont irréversibles des cellules cérébrales et les dégénérescences fronto-temporales, la maladie de Huntington, et la maladie de Parkinson.

Une personne peut parfois présenter des symptômes différents dans la mémoire, les changements de comportement, ou des difficultés d'orientation. Ces symptômes pourraient être d'Alzheimer. Il est recommandé que toute personne qui subisse un examen médical complet.

Peu importe le type de maladie cognitive, il est aussi recommandé d'obtenir un soutien auprès de la Société Alzheimer.

Qu'est-ce que la dégénérescence fronto-temporale

La dégénérescence fronto-temporale est une maladie progressive qui regroupe des maladies neurodégénératives confondues. Cependant, chez les personnes atteintes de 20 %.

Contrairement à la maladie d'Alzheimer qui affecte la quasi-totalité du cerveau, la dégénérescence fronto-temporale désigne un groupe de troubles qui touchent principalement les zones associées à la personnalité, au comportement, aux émotions, à la capacité de mouvement. Dans la plupart des cas de dégénérescence fronto-temporale, les personnes atteintes de cette maladie meurent d'astrophie ou meurent. Dans d'autres cas cependant, ces mêmes cellules Pick sont rondes et argentées. Le diagnostic posé alors est celui de « maladie de Pick » ou de « maladie de Pick » qui est la dégénérescence fronto-temporale.

En dehors de la maladie de Pick, la dégénérescence fronto-temporale est une forme de maladie d'Alzheimer, complexe de Pick, sémantique, aphasia progressive primaire non fluente, dégénérescence corticale, etc. Toutes ces pathologies aboutissent à des symptômes et signes fronto-temporale. La dégénérescence fronto-temporale se traduit par un comportement et de la capacité de jugement. Les personnes affectées ; d'autres personnes, entraînant des situations sociales parfois embarrassantes fronto-temporale, les modifications comportementales ou les problèmes manifestes sévères. Au fur et à mesure que la maladie progresse, les difficultés d'orientation s'aggravent et affecteront la capacité de communiquer.

Information maladie

Maladie cérébro-vasculaire

Cette fiche d'information fournit une vue d'ensemble d'un type de maladie neurodégénérative que l'on appelle les maladies cérébro-vasculaires. Dans cette fiche, vous trouverez :

- Un aperçu des maladies cérébro-vasculaires
- Les types et les symptômes des maladies cérébro-vasculaires
- Les facteurs de risque des maladies cérébro-vasculaires
- Des informations sur le diagnostic et le traitement des maladies cérébro-vasculaires
- Des informations sur la façon dont une personne atteinte d'une maladie cérébro-vasculaire peut maintenir une qualité de vie
- D'autres ressources utiles

Que sont les maladies neurodégénératives?

Les maladies neurodégénératives comprennent la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Elles se manifestent par un ensemble de symptômes causés par des troubles du cerveau.

Les personnes atteintes de ces maladies peuvent avoir des difficultés à se souvenir, trouver les mots justes, et résoudre des problèmes, et tout cela affecte leurs activités quotidiennes. Ces personnes peuvent aussi éprouver des changements d'humeur ou de comportement. Au fur et à mesure que la maladie évolue, la personne aura de plus en plus de difficultés à s'acquitter des tâches les plus élémentaires comme s'habiller ou se nourrir.

La maladie d'Alzheimer et les maladies cérébro-vasculaires sont les deux types de maladies neurodégénératives les plus courantes. Elles se manifestent souvent ensemble. C'est ce que l'on appelle des « maladies neurodégénératives mixtes ».

Que sont les maladies cérébro-vasculaires?

Les maladies cérébro-vasculaires sont une forme de maladie neurodégénérative causée par des lésions cérébrales survenues suite à une circulation sanguine insuffisante ou à une hémorragie cérébrale. Pour fonctionner normalement, notre cerveau a besoin d'un apport continu en sang par le biais d'un réseau de vaisseaux sanguins, appelé le système vasculaire du cerveau. Lorsque les vaisseaux sanguins sont bloqués, ou lorsqu'ils saignent, cela empêche l'oxygène et les nutriments d'atteindre les cellules du cerveau. Par conséquent, les cellules touchées peuvent mourir.

Lorsque les cellules meurent suite à une circulation sanguine insuffisante ou à une hémorragie, les symptômes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) peuvent alors apparaître. Les maladies cérébro-

Société Alzheimer

Maladie d'Alzheimer

Ce que la famille peut faire

CONSEILS ET
ASTUCES POUR

LA MÉMOIRE

Société Alzheimer



LA Société Alzheimer
DE QUÉBEC

Conseils et suggestions visant à faciliter l'accompagnement de votre proche

se aux personnes ayant de légers problèmes de
tes de mémoire peuvent être difficiles à gérer
ous pouvez toutefois adopter des stratégies
les gérer et rester autonome aussi longtemps
s trouverez dans cette fiche des idées et des
ous sont proposées par des personnes ayant
noire. Puisque ce qui fonctionne pour l'un
nécessairement pour l'autre, utilisez ces
vous aider à trouver ce qui vous convient le

Vous trouverez dans cette fiche :

- Des aide-mémoires et des outils
- Des outils pour vous aider à vous souvenir de prendre vos médicaments
- Des stratégies pour aider votre mémoire au quotidien

DIRES ET OUTILS

- Les papillons Post-it sont un excellent support pour écrire vos rappels ou les choses à faire à mesure que vous y pensez.
- Placez ces billets à un endroit que vous regardez souvent (miroir de la salle de bain, par exemple) et enlevez-les après avoir fait ce qu'ils indiquaient pour ne pas faire deux fois la même chose et éviter toute confusion.
- Les tableaux blancs secs/effaçables sont un autre excellent support pour vous aider à vous souvenir de certaines choses. Ils sont proposés dans différentes tailles et peuvent être accrochés au mur.
- Des tableaux blancs magnétiques à placer sur le réfrigérateur existent également.
- Assurez-vous d'actualiser les informations qui y figurent après avoir accompli une tâche.
- Vous pouvez vous procurer ce genre d'accessoire dans la plupart des papeteries.
- Presque tous les fours sont équipés d'une minuterie. Si le vôtre ne l'est pas, vous pouvez vous en procurer une dans de nombreuses quincailleries ou grands magasins.
- Les minuteries vous aident à vous souvenir d'éteindre votre four ou cuisinière une fois que le repas est prêt à être servi.
- Elles sont aussi utiles lorsque vous faites des lessives et savez quand elle est terminée.
- Finalement, vous pouvez utiliser la minuterie du four pour vous rappeler d'une autre chose plus tôt dans la journée. Par exemple, si vous avez un rendez-vous à 11 h et que vous devez quitter votre domicile à 10 h 30 pour être à l'heure, vous pouvez régler la minuterie 30 minutes avant de partir pour vous souvenir de vous préparer.

- S'informer et démystifier la maladie constitue la base d'un meilleur accompagnement;
- Comprendre les symptômes et les modifications possibles (communication/mémoire/jugement/orientation) aide à ajuster les attentes et les interventions;
- Être réaliste face à la maladie et par rapport à ce que vous pouvez attendre de la personne;
- Miser sur les forces et les intérêts de la personne;
- Être à l'écoute de vos capacités et de vos limites en tant que proche aidant;
- La maladie affecte chaque personne atteinte et chaque aidant de façon différente;
- Chaque personne atteinte est unique, il n'y a donc pas de mode d'emploi spécifique, la méthode « essais et erreurs » s'applique;
- La maladie a un impact important au niveau du langage. Il faut être attentif au non-verbal (expressions du visage et du corps) qui nous donne plusieurs indices;
- Tentier de comprendre le message derrière un comportement ou une réaction (la personne tente de nous transmettre un message, mais elle n'emploie pas nécessairement les moyens habituels et c'est à nous d'en découvrir le sens);
- Connaître l'histoire de vie de notre proche (personnalité, intérêts, routine, événements marquants de son passé/présent, etc.) sera certainement très aidant;
- Notre rôle est de nous adapter à la personne (son rythme, sa personnalité, l'évolution de la maladie, au jour le jour, etc.) et non lui demander l'inverse;
- Aller chercher de l'aide, nommer clairement vos besoins, déléguer;
- Simplicité : Un message à la fois et décomposer l'activité en plusieurs étapes (toujours en fonction de chaque personne);
- Laisser le plus d'autonomie possible à la personne en respectant son rythme et en lui laissant faire ce qu'elle peut encore faire (selon ses capacités et ses limites/dignité et sécurité) tout en l'accompagnant pour les activités où cela est devenu plus difficile pour elle;
- User de beaucoup de douceur, d'humour et d'imagination;
- Choisir le moment opportun (si on sent un malaise, un refus, une grande fatigue, il est préférable de reprendre l'activité ou la discussion plus tard);
- Profiter de tous les petits moments de bonheur (le moment présent);
- Les activités adaptées permettent à la personne d'être en relation, de se sentir utile et elles favorisent le maintien de son autonomie;

MÉDICATION (FICHE INESSS)



Maladie d'Alzheimer, votre médication

Pourquoi prendre un médicament ?

Malheureusement, il est actuellement impossible de guérir la maladie d'Alzheimer.

Votre médicament peut atténuer certains de vos symptômes comme les troubles de la mémoire et de la concentration et vous aider dans l'exécution des tâches quotidiennes (prendre un bain, s'habiller, manger, etc.).

Toutefois, l'efficacité de votre médicament est modeste, elle varie d'une personne à l'autre et certaines personnes ne réagissent pas du tout à ces médicaments. Selon les études, environ 8 personnes sur 100 obtiennent une amélioration de leurs symptômes après un traitement de 6 mois.

Il est donc impossible de savoir à l'avance si le médicament qui vous est prescrit aura un effet sur vos symptômes.

Pour certains patients, il est possible que l'efficacité de ces médicaments se traduise par une plus grande autonomie et donc une meilleure qualité de vie pour eux-mêmes et leur famille, pour une période plus longue que sans traitement.

Si votre médicament vous est utile, il peut l'être pendant quelques mois, parfois plus longtemps. Toutefois, ces médicaments perdent leur efficacité avec le temps et n'empêchent pas la progression de la maladie.

Quels sont les médicaments disponibles ?

Trois médicaments sont disponibles pour traiter les symptômes légers à modérés de la maladie d'Alzheimer : Aricept^{MD}, Reminyl^{MD} et Exelon^{MD}.

Deux médicaments sont disponibles pour traiter les symptômes graves : Aricept^{MD} et Ebixa^{MD}.

Certains médicaments doivent être pris par voie orale (par la bouche), d'autres sont sous forme de timbre transdermique.

Quels sont les effets indésirables les plus fréquents ?

Aricept^{MD}, Reminyl^{MD} et Exelon^{MD} :

- | | |
|--------------|-----------------------|
| nausées | - perte de poids |
| vomissements | - érythème au point |
| diarrhée | d'application (timbre |
| anorexie | seulement) |

En général, les effets indésirables de ces trois médicaments apparaissent au début du traitement et disparaissent après un certain temps.

Exelon^{MD} :

- | | |
|--------------|-----------------|
| gonflements | - haute tension |
| constipation | - agitation |
| confusion | - insomnie |
| maux de tête | |

Peux-je prendre d'autres médicaments en même temps ?

Consultez votre médecin et votre pharmacien de tout autre médicament que vous prenez, que ce soit des médicaments sous ordonnance, en vente libre ou des produits naturels.

Comment prendre mon médicament, et par quelle voie (par la bouche) ?

À la fin du début de votre traitement, votre médecin vous indiquera la dose à prendre, en commençant par une dose faible qui sera augmentée graduellement, selon votre réaction au traitement, jusqu'à atteindre la dose la mieux tolérée.

Prenez toujours la dose prescrite.

Prenez votre médicament à la même heure chaque jour.

Prenez votre médicament tous les jours sans exception.

Prenez votre médicament avec de la nourriture pour diminuer le risque d'effets indésirables (sauf pour le timbre transdermique).

Si vous avez de la difficulté à vous rappeler quand prendre vos médicaments, confiez cette responsabilité à quelqu'un d'autre.



Communiquer avec votre proche atteint d'une maladie de la mémoire

Équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le
vieillessement de Québec (CEVQ)

Québec

Conseils de communication

Question 4

Mon épouse ne sait pas comment s'habiller, mais quand je lui dis quoi faire, elle se fâche. Comment puis-je l'aider alors ?

Réponse

Faites vos demandes sans confronter votre proche. Demandez-lui plutôt que d'exiger qu'il fasse quelque chose.

Voici ce que vous pouvez faire :

- Offrez-lui des choix.

Exemples : « Veux-tu mettre cette robe-ci ou celle-là ? »

« Veux-tu t'habiller maintenant ou après le déjeuner ? »

- Demandez-lui la permission de l'aider.

Exemple : « Veux-tu que je t'aide un peu ? »

- Formulez vos demandes en obtenant son accord.

Exemple : « Es-tu d'accord pour mettre ta camisole ? »

Ressources

- Société Alzheimer de Québec
(formulaire premier-lien)
- Ligne Info-Aidant
Tél : 1 855 852-7784
- Association des proches aidants de la Capitale-Nationale
Tél.: 418 688-1511

...selon les besoins identifiés

LA *Société Alzheimer*
DE QUÉBEC
Charlevoix – Portneuf – Québec

L'APPU POUR LES
PROCHES AIDANTS
D'AÎNÉS

 *Association
des proches aidants
de la Capitale-Nationale*

Conduire ou ne pas conduire: Telle est la question?



Conduite automobile : agir rapidement!

Discuter rapidement avec le patient et son aidant à propos de sa capacité à conduire et l'aviser qu'un **suivi plus étroit et des évaluations périodiques seront nécessaires**:

- Aux 6 à 12 mois ou plus tôt si un changement important dans son état de santé et de son autonomie fonctionnelle
- Si un événement se produit (p. ex : un accident de voiture).

Informar la personne et son aidant de la possibilité **d'utiliser d'autres moyens de Transport (proches, organismes communautaires, STAC..)**

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

Québec 

RECOMMANDATIONS INESSS SUR LA CONDUITE AUTOMOBILE

En cas de doute sur l'aptitude à conduire d'une personne:

A) Recommander au patient de **cesser de conduire** et, avec son consentement, informer ses proches afin de lui assurer un autre moyen de transport en attendant une évaluation.

B) Demander un test sur route par **un moniteur de la SAAQ** ou une **ergothérapeute (\$\$)**

Conduite automobile

Amorcer rapidement une discussion avec le patient à propos de sa capacité à conduire et l'aviser qu'un suivi plus étroit et des évaluations périodiques seront nécessaires :

- » aux 6 à 12 mois ou plus tôt si un changement important est noté dans son état de santé et relativement à son autonomie fonctionnelle;
- » si un événement se produit (p. ex : un accident de voiture).

✓ Sécurité du public

Si le patient présente un risque pour la sécurité du public en conduisant son véhicule :

- » informer le patient de la possibilité d'utiliser d'autres moyens de transport avec son réseau (proches ou organismes communautaires);
- » envisager avec lui des stratégies de retrait de ses clés et éventuellement de son véhicule dans la mesure où il consent à l'interdiction de conduire;
- » l'aviser que son entourage pourrait être mis au courant de la situation;
- » l'informer qu'un signalement à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) pourrait être fait s'il ne respecte pas l'interdiction de conduire;
- » l'aviser que le tout sera documenté et consigné à son dossier médical.

Attention : Les outils de repérage peuvent aider à déterminer des facteurs de risque relatifs à la conduite automobile, mais ils ne permettent pas de déterminer l'inaptitude du patient à conduire un véhicule routier.

👤 Signalement à la SAAQ

S'il y a un risque pour la sécurité du public ou en cas de doute, toute personne, y compris le patient, peut le signaler à la SAAQ.

👥 Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

- » Seuls les médecins, les infirmières, les ergothérapeutes, les psychologues ou les optométristes ont l'autorisation légale de procéder au signalement à la SAAQ d'un patient qu'ils jugent inapte à conduire un véhicule :
 - le Code de la sécurité routière permet uniquement à ces professionnels d'abroger le lien de confidentialité qui les relie aux patients et précise qu'aucun recours en dommages ne peut être intenté contre eux.
- » Tous les autres professionnels qui ne bénéficient pas d'une protection légale devraient faire part de leur doute sur l'aptitude du patient à conduire un véhicule routier aux autres membres de l'équipe traitante désignés dans le Code de la sécurité routière afin d'arriver à une décision collective quant au signalement à la SAAQ. En cas de désaccord, il revient à chaque membre de l'équipe d'appliquer son jugement professionnel à la situation.

Remarque : Le signalement à la SAAQ est fortement recommandé lorsqu'un professionnel conseille au patient de ne pas conduire pour des raisons de santé qui appartiennent à son champ d'expertise et si le patient ne semble pas vouloir respecter l'interdiction de conduire.

- » Un ergothérapeute peut procéder à une évaluation sur la route, s'il y a notamment :
 - des doutes sur l'aptitude à conduire du patient;
 - une possibilité d'adaptation ou de modifications des habitudes de conduite ou une possibilité de réadaptation pour le patient.

Conduite automobile et troubles neurocognitifs

Principes de base:

Si AVQ/AVD requièrent aide → conduite auto à évaluer

Troubles neurocognitif sévère → incompatible avec la conduite

Problème cognitif léger à modéré → conduite auto à évaluer



Figure 1. Liste de vérification des considérations en matière d'aptitude à conduire



- ☐ Antécédents de collisions ou de collisions évitées de justesse*
- ☐ Préoccupations d'un membre de la famille*
- ☐ Tests Trail Making A et B – pour la vitesse de traitement, le changement de tâches et la fonction visuospatiale et exécutive
- ☐ Test de l'horloge – pour la fonction visuospatiale et exécutive
- ☐ Copier des pentagones qui se chevauchent ou tracer un cube – pour la fonction visuospatiale
- ☐ Scores aux tests cognitifs – possiblement utiles
- ☐ Sévérité de la démence, selon les lignes directrices de l'Association médicale canadienne²⁶ – incapacité d'exécuter indépendamment 2 activités instrumentales de la vie quotidienne ou 1 activité de base de la vie quotidienne

*Demander séparément au patient et à un membre de la famille

Tableau 1. Activités de base et instrumentales de la vie quotidienne

ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE	ACTIVITÉS DE BASE DE LA VIE QUOTIDIENNE
Magasinage et fonctionnement social	S'habiller
Tâches ménagères et loisirs	Manger
Comptabilité (transactions bancaires, paiement des factures, impôt, manutention de l'argent en espèces)	Bouger
Préparation des aliments	Faire sa toilette
Téléphone, outils et transport	Hygiène
Gestion des médicaments	
D'après Molnar et al. ¹⁰	

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

Québec





Quand réfère-t-on en ergothérapie?

- Déficience du système musculo-squelettique
- Déficience du système nerveux
- Autres déficiences, si une adaptation du véhicule est requise
- Atteinte de l'état général ou atteintes multiples
- Révision suite à un échec à l'examen SAAQ

Paramètres pour évaluer le risque à la conduite automobile

- ✓ **Accidents ou contraventions** au cours des 2 dernières années
- ✓ **Signes d'accrochage** véhicule
- ✓ **Crainte des proches** (très prédictif)
- ✓ **Perte d'autonomie significative aux AVQ/AVD** (incapacité à gérer son budget, prendre ses rx, faire ses courses..)
- ✓ **Polypharmacie** (plusieurs médicaments ont un effet sédatif incompatible avec la conduite automobile)

Les facteurs suivants ont aussi été associés à un risque plus élevé d'accident automobile

(Dépression , ATCD de chute dans les 12 derniers mois , apnée du sommeil
et problème d'adhésion au traitement)

Trail making Test B

Évalue les **fonctions exécutives et visiospatiales** essentielles à la conduite automobile.

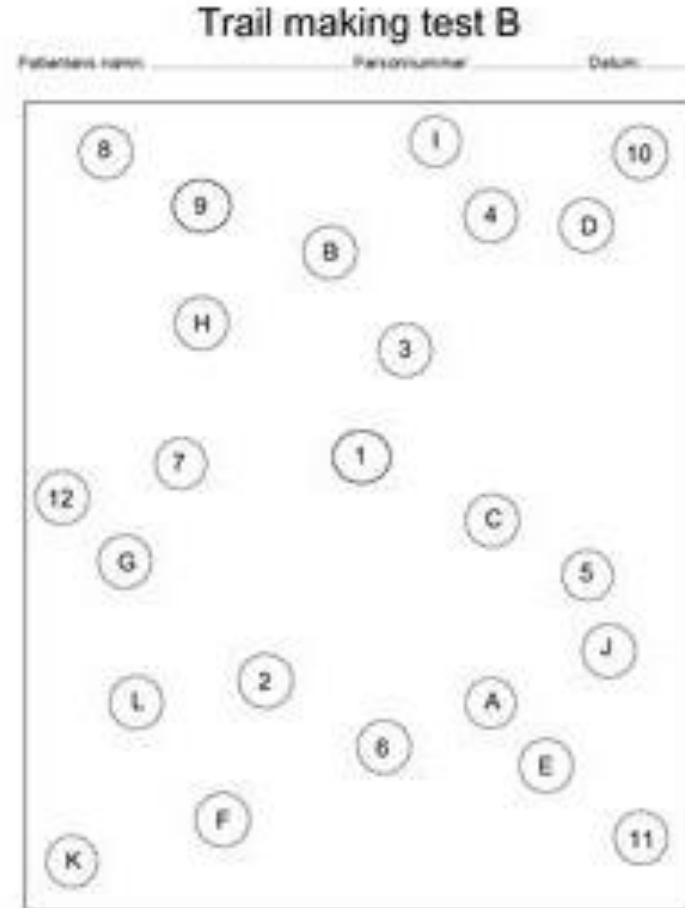
Comprend entre autre, la **flexibilité mentale**.

Définition:

- Capacité de changer de tâche ou de stratégie mentale et à passer d'une opération à une autre.

Interprétation:

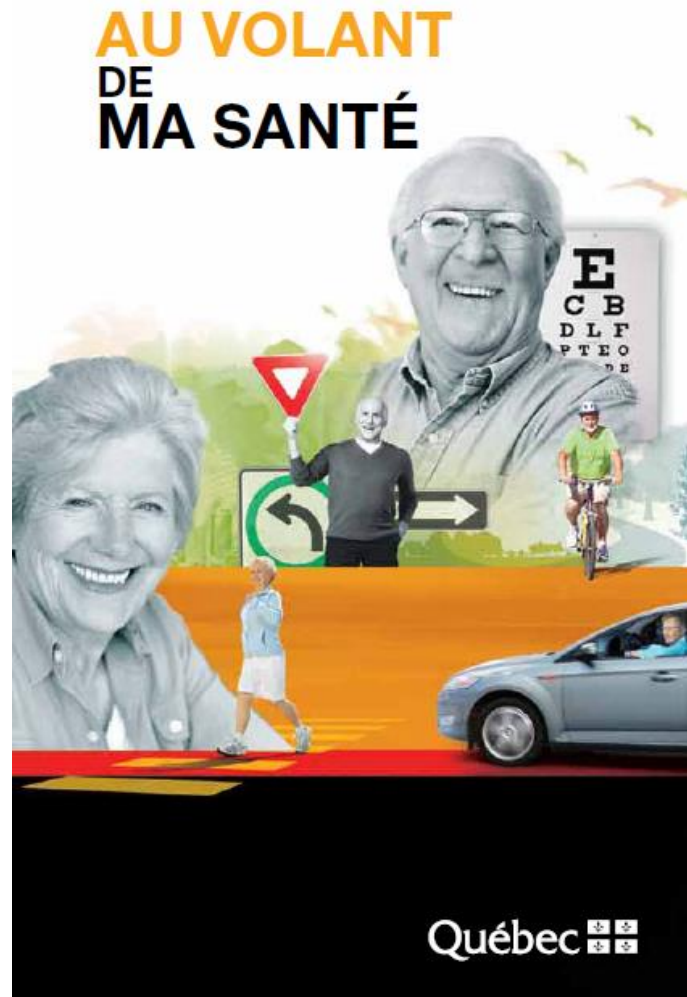
Normal 3 min et moins et – de 3 erreurs



**Document intéressant à remettre à
la personne ou à son proche**

Pour commander en ligne (gratuit):

<https://saaq.gouv.qc.ca/saaq/documentation/publications/type-document/97/>



STIMULATION COGNITIVE ET PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE RÉSIDUELLE

Fiche de Stimulation Cognitive avec :

La Methode MA



Fiche d'exercices Niveau Facile n°

Amélie Wallays & Nadia Gallwey

Mémoisez-bien ces images.



Quel jour sommes-nous aujourd'hui ?

Combien font $8 + 7 + 4$?

Quelles sont les deux images que vous avez vues ?



© Amélie Wallays et Nadia Gallwey - Autonomie à Domicile - Fiche (Difficile n°)



Société Alzheimer

Exemple d'une activité sociale: Préparer un sport affectueux

- La personne pratique un sport avec un ami avant et elle ajuste le parcours, le rythme, etc. à ses capacités.

LISTE D'ACTIVITÉS

Activités de la vie domestique

- Arroser les plantes;
- Balayer le plancher;
- Brosser l'animal de compagnie;
- Cuisiner avec l'aidant (couper des légumes);
- Essuyer le table;
- Laver ou essuyer la vaisselle;
- Mettre le couvercle d'un item à la fois;
- Plier des serviettes, du linge;
- Ranger la vaisselle propre, une catégorie à la fois;
- Etc.

Activités sollicitant la mémoire (Activité à vivre avec un aidant)

- Compléter un proverbe à partir d'une liste de proverbes;
- Écouter et répondre à un Quiz télévisé (Le Cercle à TVA);
- Faire un mot croisé à deux (catier de mots croisés);
- Jouer à des jeux de cartes avec des règles simples;
- Lire à haute voix, en alternance, une lecture choisie;
- Trouver des expressions populaires à partir d'une liste de mots;
- Etc.

Activités de détente

Société Alzheimer



Pour la personne vivant avec la maladie d'Alzheimer, le fait de s'adonner à des activités de la vie quotidienne contribue au maintien de l'autonomie et au soutien de l'estime de soi.

Les activités de la vie domestique reliées au repos, à l'entretien ménager, à l'entretien extérieur ainsi que les activités artistiques, physiques et sociales sont de belles occasions de continuer à vivre des moments agréables et de se sentir utile.

Si la personne éprouve certaines difficultés dans l'exécution d'une activité, l'aidant peut faciliter la tâche par les moyens suivants :

- Fractionner la tâche en plusieurs étapes pour simplifier son exécution.
- Diminuer les attentes d'un résultat à atteindre.

Le plaisir de vivre l'activité doit l'emporter sur le résultat à atteindre.

Exemple d'une activité culinaire : Préparer une soupe

- Présenter les légumes à couper, une variété à la fois
- Fournir le type de couteau approprié au légume à couper
- Ajuster le rythme du travail à la capacité de la personne
- Encourager et remercier son proche de l'aide apportée

Exemple d'une activité domestique : Servir la vaisselle soignée

- Identifier le panneau d'armoire par une image de son contenu
- Ouvrir l'armoire en lien avec la vaisselle à ranger
- Présenter la vaisselle à ranger dans cette armoire
- Procéder avec la même méthode pour chaque catégorie

<https://autonome-a-domicile.com/>

<https://www.lumosity.com/fr/>

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

Privilégier la même infirmière du GMF

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

- A. Évaluer la condition physique
- B. Évaluer la condition mentale
 - si inhibiteurs cholinestérase ou antagonistes récepteur NMDA ou selon besoin, effectuer un MMSE
 - si présence de symptômes comportementaux de la démence ([NPI-R¹⁰](#) version courte), [évaluer les causes, p. 8¹¹](#) et intervenir si nécessaire
- C. Relever la présence d'enjeux fonctionnels possiblement liés à un trouble neurocognitif
 - Outils pour obtenir l'impression du proche-aidant : ex. : [QAF¹²](#), [IFD¹³](#), [IQCODE¹⁴](#), etc.
- D. Évaluer si amélioration, stabilisation ou détérioration de la condition avec l'information obtenue précédemment ;
- E. 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



· Suivi **6 mois** post diagnostic puis **annuel**

- ✓ Évaluer condition physique (poids, dénutrition, TA,..)
- ✓ Évaluer condition mentale
MEEM si RAMQ
Présence SCPD? NPI-R
- ✓ Évaluer autonomie fonctionnelle (proche aidant IFD)
- ✓ Réévaluer conduite automobile (si conduite toujours active)
- ✓ Référer aux ressources appropriées (TS GMF, SAD, organismes communautaires, Société Alzheimer, L'Appui..)

SCPD

Vérifier la présence de **SCPD** et conseiller l'aidant (et tout autre intervenant impliqué)

Inventaire neuropsychiatrique réduit (NPI-R)

Outils de repérage/appréciation des SCPD

Référer les **cas complexes**:

❖ Aux infirmières/TS du SAD



❖ Équipe de mentorat du CEVQ

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____

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) :

1. **Léger** : changement peu perturbant pour le patient
2. **Moyen** : changement plus perturbant pour le patient
3. **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 |

Veuillez encercler l'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. Desinhibition	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)

Copyrights © J. Cummings, 1994, tous droits réservés. Ce test est libre d'utilisation pour un usage clinique.

SCPD les plus précoces	Classification des SCPD
Apathie/indifférence (perte ou baisse de motivation)	Troubles affectifs et émotionnels (dépression, anxiété, apathie, irritabilité, labilité émotionnelle, exaltation de l'humeur (euphorie*))
Dépression (Tristesse, pleurs, désespoir, sentiment d'impuissance, culpabilité, faible estime de soi)	Troubles comportementaux (errance, vocalisations répétitives, mouvements répétitifs ou stéréotypés*, désinhibition agressive*, désinhibition sexuelle, gloutonnerie, comportements d'utilisation, comportements d'imitation)
Anxiété (sentiment d'un danger imminent et indéterminé)	Troubles psychotiques (hallucination*, idées délirantes*et troubles de l'identification)
Irritabilité instabilité de l'humeur, faible seuil de tolérance	Troubles neurovégétatifs (Troubles du sommeil (errance nocturne, syndrome crépusculaire, inversion cycle réveil-sommeil)*, conduites alimentaires inappropriées et oralité)
Agressivité\agitation agitation verbale et physique avec ou sans agressivité	

Évaluation de l'infirmière

Délirium??
Référer au médecin

Examen clinique infirmier

- Signes d'une perturbation de l'état mental, du comportement ou de l'autonomie
- Signes d'un problème buccodentaire
- Signes d'un problème d'élimination urinaire ou fécale
- Signes d'un problème cardiopulmonaire
- Signes d'un problème cutané
- Signes de déshydratation
- Signes de dénutrition
- Signes de déséquilibre de la glycémie ou des électrolytes
- Perte de mobilité

Besoins non comblés

- Faim
- Soif
- Élimination
- Sommeil
- Vision
- Audition
- Activité physique
- Activités sociales
- Sexualité et intimité

Causes psychosociales

- Isolement
- Solitude
- Ennui
- Pertes et deuils multiples
- Abus
- Difficulté de communication
- Mécanismes d'adaptation antérieurs
- Traits de personnalité

Approche du personnel et des proches

- Méthode non appropriée pour communiquer et donner le soin à la personne
- Approche centrée sur la tâche (recadrage) plus que sur la personne
- Changements fréquents de personnel ou personnel en nombre insuffisant

Causes environnementales

- Niveau inapproprié de stimulation sensorielle
- Routine quotidienne mal adaptée
- Repères temporels et spatiaux insuffisants
- Manque d'intimité ou impossibilité de personnaliser adéquatement l'espace
- Comportements des autres personnes qui partagent le même milieu de vie



Histoire biographique



- ✓ **Très utile lors de l'apparition des SCPD**
- ✓ Servant à **mieux connaître l'ainé** atteint d'un TNCM
- ✓ Permet de mieux comprendre les comportements et de favoriser l'élaboration de stratégies appropriées.
- ✓ Recommandé de le compléter au **début de la maladie** pour avoir la participation active de l'ainé atteint. Si impossible, le compléter avec l'aidant ou une autre personne significative qui connaît la personne depuis longtemps.
- ✓ Outils utilisés par la TS mais peut également être complété par l'infirmière lors des suivis.

HISTOIRE BIOGRAPHIQUE

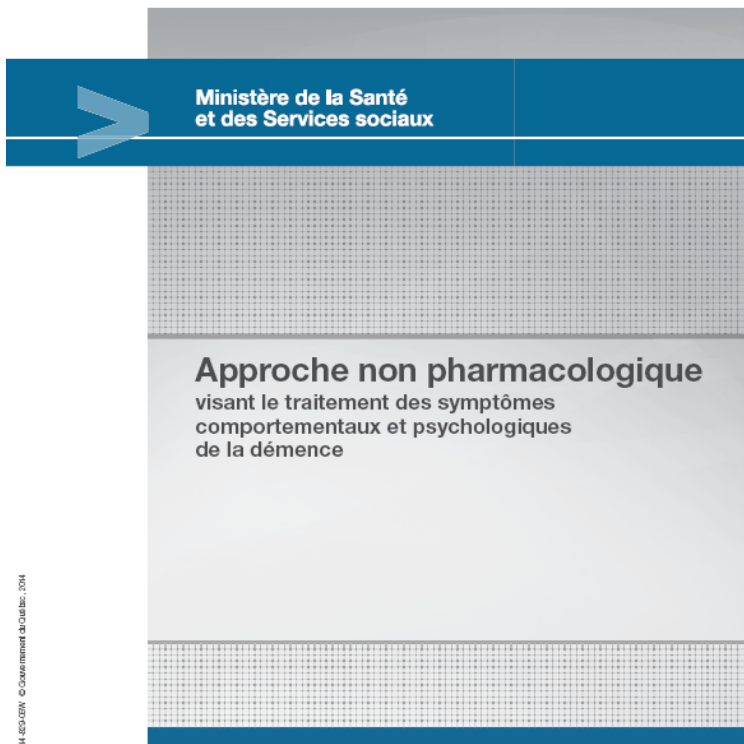
Catégories	Exemples de questions types
Famille	Combien d'enfants et de petits enfants la personne a-t-elle? Combien de frères et de sœurs a-t-elle? Quel type de relation la personne entretient-elle avec sa famille? Est-ce qu'il y a présence de conflits familiaux? Est-ce qu'il y a des personnes significatives à l'extérieur des membres de la famille? Est-ce que la personne reçoit de la visite (fréquence, durée, qui la visite la plus souvent)?
Provenance	Dans quelle ville la personne est-elle née? Dans quelle ville la personne a-t-elle habité la majeure partie de sa vie? Quel était le type de résidence de la personne (maison, logement)? Est-ce que la personne aimait particulièrement un lieu?
Travail	Quel était le métier de la personne? Quel est le niveau de scolarité de la personne? Quelle école a-t-elle fréquentée? Est-ce que la personne s'est impliquée dans des activités de bénévolat?
Passions	Qu'est-ce qui stimule la personne? Quelles sont ses passions? Quelles étaient les activités dans lesquelles elle investissait le plus de temps? Quelles étaient ses divertissements et ses occupations à la retraite?

Catégories	Exemples de questions types	Informations recueillies
Réalizations	De quoi la personne est-elle la plus fière, selon vous? Quelles sont ses plus grandes réalisations personnelles? Quelles sont ses plus grandes réalisations professionnelles?	
Habitudes de vie et routines	Quelles sont les habitudes alimentaires et d'hydratation de la personne (heure de repas, collation, aliments préférés, type de breuvage,...)? Quelles sont ses préférences concernant son hygiène (douche ou bain, moment de la journée)? Quelles sont ses habitudes de sommeil et sa routine (heure, activité avant le coucher, siestes,...)? Est-ce que la personne est sportive? Est-ce que la personne aime les activités extérieures? Quelles sont ses habitudes de marche? (Toutes les autres habitudes de vie pertinentes)	
Événements manquant	Quels sont les événements les plus marquants pour la personne (mariage, famille, retraite, décès,...)? Quels sont les événements les plus heureux de sa vie? Quels sont les événements les plus tristes de sa vie? Quelles ont été les épreuves les plus difficiles de sa vie?	
Personnalité Qualités	Quel genre de personne est-elle? (solitaire, sociable, fonceuse, douce, intellectuelle, rancuneuse, triste sérieuse,...) Comment réagit la personne lors des situations difficiles? Qu'est-ce qu'elle aime ou déteste chez les autres? Quelles sont ses qualités? Quelles sont ses défauts?	



Document du MSSS sur les approches non pharmacologiques(SCPD)

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-05W.pdf>



14-829-05W © Gouvernement du Québec, 2014

Approche non pharmacologique

- Intervention sensorielles
 - Musicothérapie
 - Aromathérapie
 - Massage et toucher thérapeutique
 - Snoezelen (thérapie multisensorielle)
 - Luminothérapie
- Activités structurées
 - Artisanat
 - Horticulture
 - Thérapie par l'art
 - Thérapie occupationnelle
 - Thérapie biographique
 - Manipulation d'objet
 - Stimulation cognitive et de la mémoire
- Activités physiques
 - Marche
 - Danse
 - Séances exercices
- Contacts sociaux
 - Contacts humain "un à un"
 - Zoothérapie
 - Contact social simulé
- Approche environnementale
 - Conditions simulant la nature
 - Accès à un jardin extérieur
 - Aménager comme à la maison
 - Aménagement de repère spatiaux
 - Installation de barrière visuelles
- Approche comportementale
 - Renforcement différentiel
 - Approche confort stimulation

Aide-mémoire Comment agir auprès de votre proche

Approches	Définition
Besoins compromis	Observez le comportement de votre proche, est-ce qu'il est causé par : • La soif ou la faim • La fatigue • Le besoin d'aller aux toilettes • La chaleur ou le froid • La douleur • La peur ou l'ennui • Le fait qu'il ne se sente pas bien ou qu'il ne comprend pas • Une approche qui ne répond pas à son besoin
Principes à respecter pour communiquer avec votre proche	• Frappez à la porte avant d'entrer dans sa chambre. Demandez-lui la permission pour entrer • Approchez-le lentement pour ne pas le surprendre • Adoptez une attitude calme et souriante • Placez-vous à sa hauteur lorsque vous lui parlez • Captez son attention avant de lui parler • Laissez-lui du temps pour répondre à vos questions • Évitez de lui rappeler ses pertes de mémoire ◦ Évitez de dire : « <i>Qu'est-ce que tu as mangé aujourd'hui...?</i> » alors qu'il n'est pas capable de répondre • Faites des gestes qui décrivent votre demande • Présentez-lui l'objet dont vous parlez • Encouragez-le, félicitez-le pour ses efforts!
Environnement	Soyez attentif à ses besoins de stimulation : - Trop de bruits, lumière ou personnes qui parlent en même temps peuvent l'incommoder - Pas assez de stimulation peut être nuisible. Exemple : est toujours seul dans sa chambre • Plus les atteintes de la mémoire sont avancées, plus la personne aura de la difficulté à tolérer les stimulations
Stratégie décisionnelle « Donner l'occasion à votre proche de prendre des décisions »	• Demandez la permission • Offrez-lui des choix, par exemple ◦ les vêtements qu'il veut porter ◦ les aliments qu'il veut manger • Posez-lui des questions, par exemple ◦ « <i>Est-ce que tu veux aller à la toilette?</i> » au lieu de « <i>Viens à la toilette</i> ».



Communiquer avec votre proche atteint d'une maladie de la mémoire

Équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le
 vieillissement de Québec (CEVQ)

Québec



changer de regard

guide pour comprendre

Syndrome crépusculaire

Après une courte visite aux alentours de 16 h 30, Hannah s'énervé, fait les cent pas et déclare «Je veux sortir d'ici, tout de suite!»

À faire ✓

- En fin de journée, allumer les lumières.
- Fermer les rideaux pour diminuer les ombres.
- Mettre en place une petite séance d'exercice le matin.
- Lui demander de mettre la table pour le repas du soir.
- Effectuer les visites le matin.

À ne pas faire ✗

- Demander au personnel de prescrire un médicament à Hannah pour la calmer, ce qui la fatiguera pendant la journée.

Lors du repas du soir, vous commencez à couper la nourriture de votre père. Il vous laisse faire un instant, puis, soudainement, attrape votre poignet et menace de vous «en coller une» si vous recommencez.

À faire ✓

- Garder son calme et ne pas réagir.
- Détendre le bras, s'excuser et changer de sujet de conversation ou trouver un objet pour le distraire.
- Une fois qu'il relâche son emprise, lui laisser lentement plus d'espace.
- Réfléchir à la raison de sa fureur. S'est-il senti embarrassé?

À ne pas faire ✗

- Attraper sa main et le forcer à lâcher prise.
- Crier sous l'effet de la surprise.
- Expliquer que vous essayiez seulement de l'aider.

GUIDE POUR LES PROCHES AIDANTS ET LES INTERVENANTS:

PROBLÈMES RENCONTRÉS DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER

GUIDE POUR LES PROCHES
AIDANTS ET LES INTERVENANTS

Problèmes rencontrés
dans la maladie
d'ALZHEIMER



Service de gériopsychiatrie

Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke



Suivi cognitif standard

À faire selon les besoins lors des rencontres de suivi

- ✓ Médication
- ✓ Conditions physique et mentale
- ✓ Aspects légaux
- ✓ Sécurité
- ✓ Préservation de la qualité de vie
- ✓ SCPD
- ✓ Proche aidant

SUIVI COGNITIF STANDARD

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

Médications ②

- A. Évaluer si effets indésirables³⁸, observance, besoin titrage, pour les inhibiteurs de la cholinestérase ou l'antagoniste récepteur NMDA ;
- B. Informer l'usager et proche aidant de la surveillance à faire après avoir évalué leur niveau de connaissance et compréhension ;
- C. Surveiller et optimiser le reste de la médication en portant une attention particulière aux médicaments devenus potentiellement inappropriés.

Conditions physique et mentale

- F. Évaluer la condition physique : Poids, hydratation, santé bucco-dentaire, élimination, mobilité/chute, douleur, problème de langage, sommeil [errances], etc. ;
- G. 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
- H. Promouvoir la santé cognitive en encourageant l'adoption de saines habitudes de vie (tabac³⁹, alimentation³⁹, activité physique³⁹, stress³⁹, alcool³⁹), la gestion des facteurs de risques (HTA³⁹, IG³⁹, diabète³⁹, IG³⁹) et le soutien à l'observance thérapeutique

Aspects légaux ①③

- I. Prise de décision⁴⁰ : respecter le choix individuel ;
- J. Planifier l'avenir⁴⁰ : Testament⁴⁰, Procuration, mandats et régime de protection⁴¹ ;
- K. Informer sur des mesures financières disponibles (crédits d'impôt, allocation directe, programme d'exonération financière) ;

Sécurité

- L. Conduite automobile : Discuter précocement⁴² 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)⁴³ ;
- M. Appréhender la sécurité à domicile (feu, intoxications, errance à l'extérieur, etc.) et donner conseils d'usage : ①
- N. Revoir et vérifier au besoin la capacité à consentir aux soins et la présence de difficultés/enjeux liés à l'aptitude⁴⁴ à administrer ses biens et à s'occuper de sa personne. ①③
- O. Surveiller si signes de négligence et de maltraitance⁴⁵ ①

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

- P. Encourager différents moyens pour maintenir une qualité de vie au domicile⁴⁶ : ①③
 - Enseigner des stratégies pour les repas⁴⁷, les soins d'hygiène personnelle⁴⁸, le sommeil⁴⁹.
- Q. Informer sur les aides possibles offertes par les organismes communautaires⁴⁹ : ①③
- R. Référer vers le soutien à domicile [SAD] pour optimiser l'autonomie fonctionnelle, la sécurité, etc. et transférer le PI : ①
- S. Discuter des alternatives au maintien à domicile si nécessaire. ①③④

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

- T. Établir l'histoire biographique⁴¹ [à communiquer au SAD et autres lieux, si pertinent] ① ;
- U. Enseigner l'approche de base⁴² (p.5) au proche aidant en incluant des stratégies de communication⁴³ ③ ; Récadrer (p.8)⁴⁴ si besoin ;
- V. Enseigner l'approche non pharmacologique (pages 9 et +)⁴⁵ si SCPD, selon la ou les causes potentielles du SCPD ①.

Proche aidant ①

- W. Discuter de la transition vers un changement de rôle (stress)⁴⁶, (intimité)⁴⁷, (deuil blanc)⁴⁸
- X. Évaluer l'épuisement — exemple : Grille de Zarit, les risques suicidaire et homicide, etc. ;
- Y. Évaluer les besoins prioritaires et informer des ressources disponibles incluant le répit si pertinent : ①③
- 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 outils proposés sont à titre indicatif. — 2019/10/11

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

Merci !