

# TRAJECTOIRE DE GESTION DES SCPD EN COMMUNAUTÉ



### Étape 1

#### URGENCE D'AGIR

Est-ce qu'il y a présence de signes indiquant une urgence d'agir ?

- Signes de **délirium** (altération de l'état de conscience; inattention; apparition subite et fluctuation des symptômes; désorganisation de la pensée).
- Signes atypiques gériatriques (changement soudain/inhabituel du comportement, de l'autonomie ou de l'état mental de l'usager).

OUI

Demander rapidement une évaluation clinique (infirmière, médecin, hôpital : selon votre jugement clinique).

NON

### Étape 2

#### APPROCHE

Est-ce que l'approche est adéquate ?

NON

- Modifier l'approche.
- Améliorer les connaissances sur les SCPD, sur les principes d'une approche adaptée.
- Compléter l'**histoire biographique**.

OUI

### Étape 3

#### RECADRAGE

Est-ce que le recadrage est possible ?

On recadre la vision des soignants/proches et non le comportement de l'usager.

- Le SCPD entraîne-t-il un risque pour l'usager ou pour autrui ?
- Le SCPD engendre-t-il une détresse psychologique sévère pour l'usager ?

Des réponses négatives à ces questions suggèrent que le recadrage est possible.

OUI

- Enseigner aux proches sur les raisons de ne pas intervenir.
- Changer la vision des proches et des soignants concernant le comportement.

*Considérer qu'il est plus difficile pour les proches d'accepter le recadrage lorsque le SCPD touche les conventions sociales.*

NON

### Étape 4

#### ÉVALUATION

Évaluer pour déterminer le(s) besoin(s) compromis :

- Décrire le SCPD à l'aide des outils utilisés dans les milieux (**Inventaire-agitation-Cohen-Mansfield, NPI-R**) afin de vérifier l'efficacité des interventions par la suite;
- Soumettre des hypothèses de causes sous-jacentes : biologiques, psychologiques, environnementales et interactionnelles.

Si causes **biologiques** (ex. : douleur, infections), **psychologiques** (ex. : dépression, signes d'anxiété) ou **pharmacologiques** (ex. : polypharmacie, charge anticholinergique, effets indésirables) envisager une référence à l'infirmière ou au médecin/IPSPL pour **Évaluation clinique SCPD** ou au pharmacien GMF ou communautaire.

OUI

### Étape 5

#### INTERVENTION

- Intervenir sur la cause et non sur le comportement;
- Les **interventions non pharmacologiques** sont à privilégier et leur application doit être réaliste en tenant compte de l'environnement et de la capacité des aidants/soignants;
- Si des **interventions pharmacologiques** sont débutées, un suivi infirmier, médical ou par un pharmacien GMF ou communautaire est requis.

Parallèlement, il est important de faire de l'enseignement aux proches et aux soignants pour augmenter leurs connaissances sur les TNCM et les SCPD afin de réduire les entrées à l'urgence non requises pour des SCPD.

### Étape 6

#### RÉÉVALUATION

Est-ce qu'il y a une diminution efficace des SCPD ?

- Évaluer l'efficacité des interventions en utilisant les mêmes échelles qu'à l'étape 4 (généralement requis après 4 semaines).
- Une diminution entre 25 et 50 % des SCPD est considérée comme efficace.
- Pour les interventions pharmacologiques, l'objectif est de viser un maximum d'efficacité avec un minimum d'effet secondaire.

OUI

- Poursuivre les interventions liées aux causes du SCPD.
- Prévoir un sevrage des interventions après 3 à 6 mois.
- Poursuivre l'enseignement sur les TNCM et les SCPD.

NON

### Étape 7

#### ANALYSE

Est-ce que les causes identifiées et/ou les interventions recommandées expliquent la persistance ?

- Les causes identifiées à l'étape 4 n'étaient pas les bonnes.
- Les interventions recommandées à l'étape 5 n'étaient pas les bonnes et/ou n'ont pas été appliquées par tous en tout temps.

Rôle-conseil : Cibler les professionnels pertinents pour discuter du cas :

- Équipe interdisciplinaire, ASI, coordonnateurs, CEVQ (par courriel), intervenants externes au dossier, ressources territoriales (GMF), pilier SCPD (SAD).

NON

### Étape 8

#### RÉFÉRENCE

- Soutien à domicile<sup>1</sup> (GMF).
- Psychogériatrie ambulatoire<sup>2</sup> (GMF, SAD).
- Clinique gériatrique de Québec<sup>2</sup> (référence médicale seulement).
- CEVQ (SAD)<sup>2</sup>.

Usagers sans médecin de famille

- Contactez la ligne professionnelle du GAP au 418 821-6841.

### Étape 9

#### APPLICATION DES RECOMMANDATIONS

Si CEVQ est impliqué :

- Évaluation, recommandations (plan d'intervention) en collaboration avec les intervenants impliqués;
- Soutien jusqu'à une diminution efficace des SCPD (entre 25 à 50 %).

Équipes de proximité (GMF/SAD) :

- Demeurent au dossier;
- Assurent d'informer tous les partenaires impliqués au dossier.

Reprendre les étapes selon les raisons possibles.

# TRAJECTOIRE DE GESTION DES SCPD EN COMMUNAUTÉ

## Outils complémentaires

### Zone CIUSSS

[Page référence dédiée aux SCPD](#)

[CEVQ – Boîte à outils](#)

[Capsules vidéo et documents utiles - Troubles neurocognitifs et symptômes comportementaux et psychologiques de la démence](#)

### Autres sites d'intérêts

[Aide-mémoire AINÉES](#)

[Document de référence ministériel sur les SCPD \(GMF\)](#)

### Outils d'évaluation globale des SCPD

[Inventaire neuropsychiatrique réduit \(NPI-r\)](#)

[Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield](#)

[Examen clinique de 1<sup>re</sup> ligne pour évaluation des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence](#)

### Délirium

[4 AT \(Assessment test for delirium & cognitive impairment\)](#)

[CAM \(Confusion Assessment Method\)](#)

### 1. Référence au SAD/Accès intégré harmonisé

- Lors de la demande, documenter ce qui a déjà été tenté et le résultat obtenu.
- Préciser la raison de solliciter l'implication du SAD; (ex. : observation de l'environnement, approche des proches, etc.).
- Formulaire [FABO](#) à envoyer par [courriel](#).

**Confinement au domicile** : pour les usagers avec TNCM/SCPD, il est souvent plus pertinent, selon la situation, d'offrir les soins à domicile.

[Outil pour faciliter la priorisation lors d'une référence au soutien à domicile](#)

[Outil d'aide dans l'application de la notion de confinement pour référer une demande vers le SAD DSAPA](#)

### 2. Référence aux équipes spécialisées en gériatrie

#### Équipes ambulatoires de psychogériatrie

- SCPD réfractaire avec symptômes psychiatriques concomitants non connus en gérontopsychiatrie. L'évaluation peut se dérouler à domicile donc à privilégier pour un usager présentant une faible collaboration, une réticence à l'évaluation et/ou une faible autocritique.
- Formulaire [Demande de référence pour des soins et de services de proximité](#) à envoyer par [courriel](#).

#### CGQ (Clinique gériatrique de Québec)

- SCPD réfractaire associé à des problématiques physiques complexes. L'utilisateur doit se déplacer pour recevoir le service. Le SCPD qu'il présente ne doit pas présenter un danger pour sa sécurité ou celle d'autrui ou l'empêcher de collaborer aux évaluations.
- Formulaire [CRDS : Consultation dirigée au médecin gériatre](#)

#### CEVQ

Formulaire [Demande de service - équipe de mentorat CEVQ](#). Informer le gestionnaire immédiat de la situation et de la référence.

#### LÉGENDE

ASI : Assistant du supérieur immédiat

IPSPL : Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

CEVQ : Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

TNCM : Troubles neurocognitifs majeurs

FABO : Formulaire d'analyse du besoin prioritaire à des fins d'orientation

SAD : Soutien à domicile

NPI-R : Inventaire neuropsychiatrique réduit

GMF : Groupe de médecin de famille

SPCD : Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

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

Québec

