

Mise en place du processus interdisciplinaire en première ligne

Conférence présentée dans le cadre du colloque
Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer

Par

- Mireille Cliche, travailleuse sociale, GMF et CIUSSS de la Capitale Nationale
- Karine Ménard, infirmière clinicienne, GMF et CIUSSS de la Capitale Nationale
- Claude Patry, médecin famille GMF Loretteville

Date : 3 mars 2017, révisé le 12 avril 2019

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

Québec 

**Processus
clinique interdisciplinaire
recommandé en
première ligne (GMF)**

Processus clinique interdisciplinaire recommandé en première ligne (GMF)

Volet diagnostique

PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE – SERVICES DE PROXIMITÉ EN GMF TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC)

VOLET DIAGNOSTIC (1)

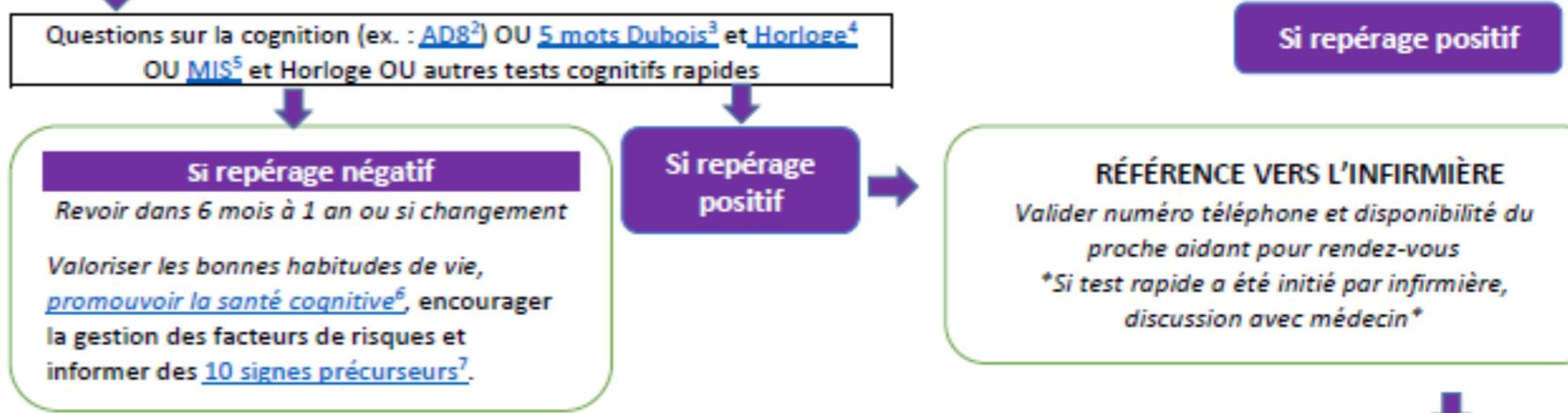
A NOTER : Une détérioration rapide ou aiguë est une urgence potentielle et doit être traitée par le médecin (ex. : délirium)

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

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

1.1 Zone de vigilance	1.2 Plainte de l'usager/des proches OU Suspicion clinique d'un professionnel
<p>Porter une attention particulière aux usagers suivants :</p> <p>Usagers de 65 ans et plus ayant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antécédent d'AVC ou d'ICT ; • Antécédents familiaux de troubles neurocognitifs majeurs ; • Apnée du sommeil non stabilisée ; • Délirium (évaluation si stabilisée depuis 3-6 mois) ; • Maladie Parkinson/Parkinsonisme ; • Trauma crânien (évaluation si stabilisée depuis 3-6 mois) ; • Trouble neurocognitif léger. <p>Usagers ayant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un nouveau diagnostic psychiatrique après 50 ans • Des dépressions récurrentes 	<p>« Déclin par rapport au niveau antérieur »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Changement du langage et de la parole ; • Changement sur le plan de la mémoire (ex. : oubli médicaments, rendez-vous) ; • Changements psychologiques et comportementaux ; • Difficulté à reconnaître les objets ou les personnes • Difficultés à prendre des décisions ; • L'usager se tourne vers son accompagnateur pour répondre aux questions ; • Perte d'autonomie fonctionnelle dans AVD, AVQ ou activités complexes ; • Perte de poids inexpliquée.

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



2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE

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

Durée rencontre : 60-90 minutes

- Description de la plainte ;
- Évaluer la condition physique :
 - Révision profil médicamenteux ②
 - 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)

Volet suivi

PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE – SERVICES DE PROXIMITÉ EN GMF MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS LÉGERS (TNCL) ET MAJEURS (TNOM)

VOLET SUIVI (2)

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

TYPES DE RÉFÉRENCES SUGGÉRÉS SI BESOIN (AUTRES PROFESSIONNELS DU GMF OU SERVICES POUVANT CONTRIBUER)

① = Travailleur social ② = Pharmacien ③ = Organismes communautaires ④ = Équipe du soutien à domicile

1. 1^{ER} APPEL TÉLÉPHONIQUE POST-DIAGNOSTIC PAR L'INFIRMIÈRE (2-4 SEMAINES)

Pour tous les usagers ayant un TNOM avec ou sans (inhibiteurs cholinestérase ou antagonistes récepteur NMDA)

Partenariat et enseignement

- Établir une relation de confiance et un partenariat avec l'usager et le proche aidant ;
- Évaluer le besoin d'information, répondre aux questions et proposer un ENSEIGNEMENT PRIORITAIRE ;
- Débuter le suivi inscrit dans la section « SUIVI COGNITIF STANDARD » selon la situation de l'usager et compléter le plan d'intervention (PI).
- S'assurer que l'usager et son proche aidant ont les coordonnées de l'infirmière ;
- Si suivi par CLSC/Soutien à domicile (SAD), demander l'autorisation à l'usager pour communiquer le nouveau diagnostic ; ④
- Informé du prochain rendez-vous et des services de la Société d'Alzheimer et de l'APPUI pour les proches aidants d'adultes ③

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

- Information sur la maladie d'Alzheimer ① ② . Les stades de la maladie ① ② ③
- Conseils et suggestions visant à faciliter l'accompagnement de votre proche ① ②
- Votre médication ①

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

Privilégier la même infirmière

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

- Évaluer la condition physique
- Évaluer la condition mentale et effectuer un MMSE si inhibiteurs cholinestérase ou antagonistes récepteur NMDA ou selon besoin.
- Relever la présence d'enjeux fonctionnels possiblement liés à un trouble neurocognitif
 - Outils pour obtenir l'impression du proche-aidant : ex. : [OAE](#), [JED](#), [IQCOCODE](#), etc.
- Évaluer si amélioration, stabilisation ou détérioration de la condition de santé en complétant avec propos de l'usager et du proche-aidant ;
- Continuer le suivi inscrit dans la section « SUIVI COGNITIF STANDARD » selon la situation de l'usager 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 aux organismes communautaires. ① ② ③ ④

2B. VISITE DE RÉÉVALUATION MÉDICALE selon l'évolution de l'usager

- Discuter avec l'infirmière, l'usager et le proche aidant de l'évolution (et autres professionnels si impliqués) ;
 - Discuter des éléments du suivi standard à prioriser
- Déterminer si investigations ou consultations supplémentaires (ex. : Clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue)
- Déterminer le [niveau de soins](#) ? Directives médicales anticipées ([DMSA](#)) ?
- Décider si poursuite des inhibiteurs de la cholinestérase ou de l'antagonistes récepteur NMDA ②
 - Compléter la demande d'autorisation de médicament d'exception (si besoin) ;
- Si présence de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), se référer au [processus clinique visant le traitement des SCPD](#).

Première ligne GMF

Repérage

Évaluation

Diagnostic
(Annonce)

Traitement

Suivi

Repérage

Le dépistage systématique n'est pas recommandé



L'histoire de Monsieur Oubliette



RV médical



Conjointe présente.

S'inquiète de la mémoire de M.

Fait répéter, oublis.

M dit bien aller, ne voit pas de problème avec sa mémoire.

E/O: TA 130/80

Cardiovasculaire N

Neuro N

Labo: N

Conduite: Tests cognitifs

PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE – SERVICES DE PROXIMITÉ EN GMF

TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC)

VOLET DIAGNOSTIC (1)

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

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

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

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 troubles neurocognitifs majeurs ;
- Apnée du sommeil non stabilisée ;
- Délirium (évaluation si stabilisée depuis 3-6 mois) ;
- Maladie Parkinson/Parkinsonisme ;
- Trauma crânien (évaluation si stabilisée depuis 3-6 mois) ;
- Trouble neurocognitif 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 médicaments, rendez-vous) ;
- Changements psychologiques et comportementaux ;
- Difficulté à reconnaître les objets ou les personnes
- Difficultés à prendre des décisions ;
- L'usager se tourne vers son accompagnateur pour répondre aux questions ;
- Perte d'autonomie fonctionnelle dans AVD, AVQ ou 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. : [AD8](#)²) OU [5 mots Dubois](#)³ et [Horloge](#)⁴ OU [MIS](#)⁵ 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 cognitive](#)⁶, encourager la gestion des facteurs de risques et informer des [10 signes précurseurs](#)⁷.

Si repérage positif

RÉFÉRENCE VERS L'INFIRMIÈRE

Valider numéro 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 rencontre : 60-90 minutes

A. Description de la plainte ;

B. Évaluer la condition physique :

- Révision profil médicamenteux **2**
- 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)



Évaluation



2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE

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

Durée rencontre : 60-90 minutes

- A. Description de la plainte
- B. Évaluer la condition physique :
 - Révision profil médicamenteux ②
 - 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)

2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE — SUITE

- C. Évaluer la condition mentale :
 - Repérage dépression avec [QSP-2/QSP-9⁸](#) 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. : [QAF¹¹](#), [IQCOCDE¹²](#), etc.
- E. Histoire familiale, contexte psychosocial, soutien social et familial, etc.. (Ex. : génogramme et écocarte) ①
- F. Vérifier si connu du CLSC/SAD 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 suite à une évaluation de l'état de santé avec des anomalies



Évaluation infirmière Check List INESSS

LISTE DE VÉRIFICATION (CHECK LIST) 0201 Cliquez sur les parties pour plus de détails.

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

REPÉRAGE ET PROCESSUS MENANT AU DIAGNOSTIC

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 <https://q.ql.ca>.

Identification du patient Nom : <u>M Oublette</u> Age : <u>78 ans</u> Date : <u>2018-08</u> N° de dossier : _____ Nom du médecin de famille : _____	Identification du proche aidant (si présent) Nom : <u>Mme L</u> Age : <u>79 ans</u> Téléphone : _____ Relation avec le patient : <u>conjointe</u>
---	---

Situation familiale, psychosociale et environnementale du patient

Miliers de vie (type d'habitation, lieu de résidence) : <u>Logement</u>			
Habite :	<input type="checkbox"/> Seul	<input checked="" type="checkbox"/> Avec conjoint	<input type="checkbox"/> Avec enfant(s)
	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____		
Scolarité du patient : <u>8 e année</u>	Emploi actuel ou antérieur : <u>Parachutiste Forces Armées canadiennes</u>		
Diplôme obtenu : _____	Retraité à : <u>55</u> ans		

Motif du repérage ou de l'évaluation

↳ Plainte rapportée par le patient ou le proche, suspicion clinique, facteurs de risque, diagnostic initial posé à l'urgence, etc.

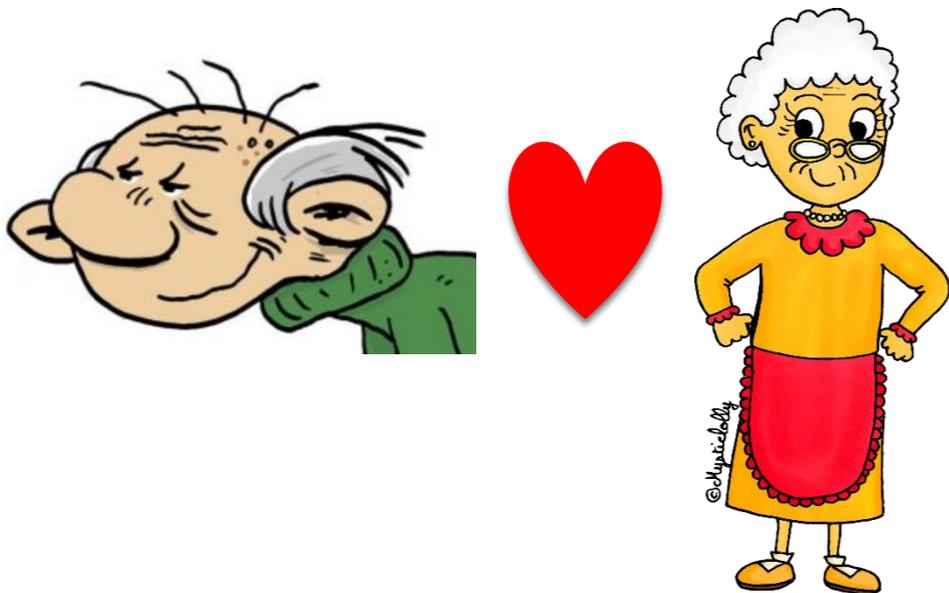
Plainte de la conjointe de M lors d'une visite aux soins-RRV

Symptômes rapportés ou observés chez le patient

↳ Perte ou changement au plan de la mémoire, de l'autonomie fonctionnelle, des fonctions exécutives, du langage, de la parole, de la motricité, etc.

Oubli les faits récents, fait répéter, demande parfois la date
 Perte d'intérêt (s'intéresse moins à ce qu'elle dit) Perte du passé
 Changements de comportement (désinhibition, parle beaucoup égotisme, dit parler aux morts...)

Facteurs à vérifier lors du processus menant au diagnostic	Facteurs à vérifier lors de l'administration des outils de repérage						
<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux <input type="checkbox"/> Médication (y compris ordonnance, produits naturels) <input checked="" type="checkbox"/> Adhésion aux traitements <input type="checkbox"/> Antécédents psychiatriques et santé mentale <input type="checkbox"/> Antécédents médicaux, conditions médicales actuelles pertinentes ou autres comorbidités <input type="checkbox"/> Habitudes de vie (alimentation, tabac, alcool, drogue, sommeil, loisirs, activité, etc.) Commentaires: Médication bien prise (Lipitor et ASA seulement) Pas anticholinergique. Non fumeur, pas alcool ni drogue. Sommeil bon. Aime ordinateur, vélo.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">Déficiences</th> <th style="width: 15%;"><input checked="" type="checkbox"/> Visuel</th> <th style="width: 15%;"><input checked="" type="checkbox"/> Composé</th> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Auditif</td> <td><input type="checkbox"/> Composé</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Troubles antérieurs de langage (p. ex. : bégaiement) <input type="checkbox"/> Problèmes physiques (p. ex. : handicap, paralysie) <input type="checkbox"/> Restrictions motrices (p. ex. : arthrite des doigts) <input type="checkbox"/> État affectif (p. ex. : anxiété, dépression) <input type="checkbox"/> Degré de vigilance ou de collaboration Commentaires: Collabore bien, utilise l'humour à quelques reprises. Calme.	Déficiences	<input checked="" type="checkbox"/> Visuel	<input checked="" type="checkbox"/> Composé		<input type="checkbox"/> Auditif	<input type="checkbox"/> Composé
Déficiences	<input checked="" type="checkbox"/> Visuel	<input checked="" type="checkbox"/> Composé					
	<input type="checkbox"/> Auditif	<input type="checkbox"/> Composé					



Situation psychosociale et environnementale

Homme de 76 ans

Demeure en logement avec conjointe

Scolarité: 8^e année

Emploi antérieur: Parachutiste Forces Armées canadiennes

Situation familiale, psychosociale et environnementale du patient

Milieu de vie (type d'habitation, lieu de résidence) : Logement

Habite : Seul Avec conjoint Avec enfant (s) Autre (précisez) : _____

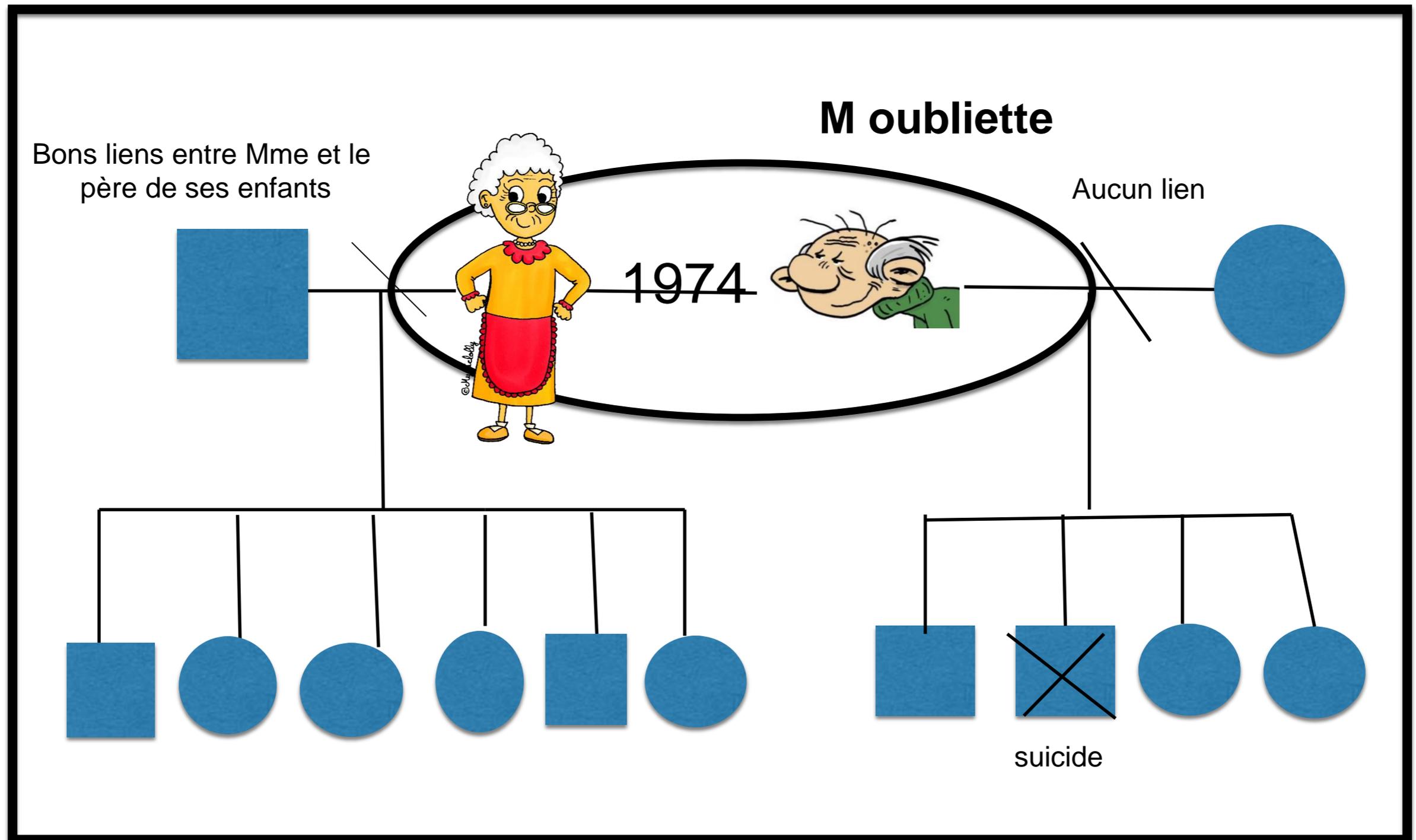
Scolarité du patient : 8 e année

Emploi actuel ou antérieur : Parachutiste Forces Armées canadiennes

Diplôme obtenu : _____

Retraité à : 55 ans

Situation familiale (généogramme)



Liens forts entre Mme et ses enfants et les enfants de M
Même chose du côté de M.
Enfants de M vivent à l'extérieur.



Motif du repérage: Plainte de la conjointe
* **L'accompagne ce jour à notre demande.**

Symptômes rapportés:

- Oublie les faits récents, fait répéter, demande parfois la date
- Perte d'intérêt (s'intéresse moins à ce que Mme dit)
- Parle du passé plus que du présent
- Changements de comportement (manque d'inhibition, parle beaucoup ésotérisme, des morts..)



Motif du repérage ou de l'évaluation

- ▶ Plainte rapportée par le patient ou les proches, suspicion clinique, facteurs de risque, diagnostic initial posé à l'urgence, etc.

Plainte de la conjointe de M lors d'une visite aux sans-RV

Symptômes rapportés ou observés chez le patient

- ▶ Perte ou changement sur le plan de la mémoire, de l'autonomie fonctionnelle, des fonctions exécutives, du langage, de la parole, de la motricité, ↓ chutes, etc.

Oubli les faits récents, fait répéter, demande parfois la date
Perte d'intérêt (s'intéresse moins à ce qu'elle dit) Parle du passé++
Changements de comportement (désinhibition, parle beaucoup ésotérisme, dit parler aux morts..)

Facteurs à vérifier lors du processus menant au diagnostic

Antécédents familiaux

Médication (± ordonnance, produits naturels)

Adhésion aux traitements

Antécédents psychiatriques et santé mentale

Antécédents médicaux, conditions médicales actuelles pertinentes ou autres comorbidités

Habitudes de vie (alimentation, tabac, alcool, drogue, sommeil, loisirs, activités, etc.)

Commentaires :

Médication bien prise (Lipitor et ASA seulement) Pas anticholinergique.
Non fumeur, pas alcool ni drogue. Sommeil bon. Aime ordinateur, vélo..



- ❖ Pas ATCD familial de TNCM
- ❖ Pas médication anticholinergique (ASA, Lipitor)
- ❖ Pas ATCD psychiatrique/santé mentale
- ❖ Diabète de Novo, MCAS, DLP, RGO
- ❖ Pas tabac, alcool ou drogue.
- ❖ Pas trouble sommeil
- ❖ Loisirs: Vélo mais fréquence diminuée
Jeux d'ordinateur
Lecture ésotérique, sens de la vie..

Conduite automobile active, pas crainte



Facteurs à vérifier lors de l'administration des outils de repérage

Déficits	<input checked="" type="checkbox"/> Visuel	<input checked="" type="checkbox"/> Compensé
	<input type="checkbox"/> Auditif	<input type="checkbox"/> Compensé
<input type="checkbox"/> Troubles antérieurs de langage (p. ex. : bégaiement)		
<input type="checkbox"/> Problèmes physiques (p. ex. : handicap, paralysie)		
<input type="checkbox"/> Restrictions motrices (p. ex. : arthrite des doigts)		
<input type="checkbox"/> État affectif (p. ex. : anxiété, dépression)		
<input type="checkbox"/> Degré de vigilance ou de collaboration		
Commentaires :		
Collabore bien, utilise l'humour à quelques reprises. Calme.		



Facteurs à vérifier avant les tests

Porte ses lunettes. Vision N

Audition N

Pas de problème antérieur de langage

Pas de problème moteur, dlr ou autre

Calme, collabore bien. Souriant, fait des farces, me complimente..

Mini-examen de l'état mental (MMSE)

15084

Nom du patient: [REDACTED]

Date: [REDACTED]

Visite 3:

Visite 4:

Score maximum	Visite 1	Visite 2	Visite 3	Visite 4	
5	(5)	()	()	()	ORIENTATION Demandez au sujet le jour de la semaine, la date, le mois, l'année et le saison. (Attribuez 1 point par bonne réponse.) <i>mars, 1er juin 2016 printemps</i>
5	(5)	()	()	()	Demandez-lui ensuite de dire où il est: pays, province, ville, hôpital, clinique et étage. (Attribuez 1 point par bonne réponse.) <i>clinique 2^e</i>
3	(3)	()	()	()	ENREGISTREMENT Nommez 3 objets courants (p. ex., pomme, table, voiture). Demandez au sujet de répéter ces 3 mots. (Attribuez 1 point par bonne réponse.) (Répétez les 3 mots jusqu'à ce que le patient les ait tous appris. Ne faites pas plus de 6 essais. Notez le nombre d'essais.)
5	(4)	()	()	()	ATTENTION ET CALCUL Demandez au sujet d'épeler le mot « monde » à l'envers (E D N O M). (Attribuez 1 point par lettre déversée dans le bon ordre.) Ou: vous pouvez demander au sujet de compter à rebours par bonds de 7 à partir de 100: $100 - 7 = ()$, $93 - 7 = ()$, $86 - 7 = ()$, $79 - 7 = ()$ et d'arrêter quand vous lui dites (Arrêtez après le 3 ^e soustraction. Attribuez 1 point par soustraction réussie.)
3	(1)	()	()	()	ÉVOCATION Demandez au sujet de nommer de nouveaux 3 objets déjà mentionnés. (Attribuez 1 point par bonne réponse.) (Note: On ne peut vérifier la capacité d'évocation si le sujet n'a pas pu mémoriser les 3 mots au test d'enregistrement précédent.) <i>Femme ?</i>
2	(2)	()	()	()	LANGAGE Montrez au sujet un crayon et une montre demandez-lui de les nommer. Demandez au sujet de répéter l'expression suivante: « Pas de si ni de mais ». Demandez au sujet d'obéir à un ordre en lui temps: « Prenez cette feuille de papier avec la main droite, pliez-la en deux et découpez-la sur le pli ». (Attribuez 1 point par geste exécuté correctement.)
1	(1)	()	()		
3	(3)	()	()		
1	(1)	()	()	()	LIRE ET SUIVRE LES DIRECTIVES SUIVANTES Demandez au sujet de lire la phrase « Fermez les yeux » et de faire ce qui est écrit. Demandez-lui d'écrire une phrase. Demandez-lui de copier le dessin suivant:  Pas de problème de construction
1	(1)	()	()		
1	(1)	()	()		
Total	(23)				

Nom:

Mini-examen de l'état mental (MMSE)

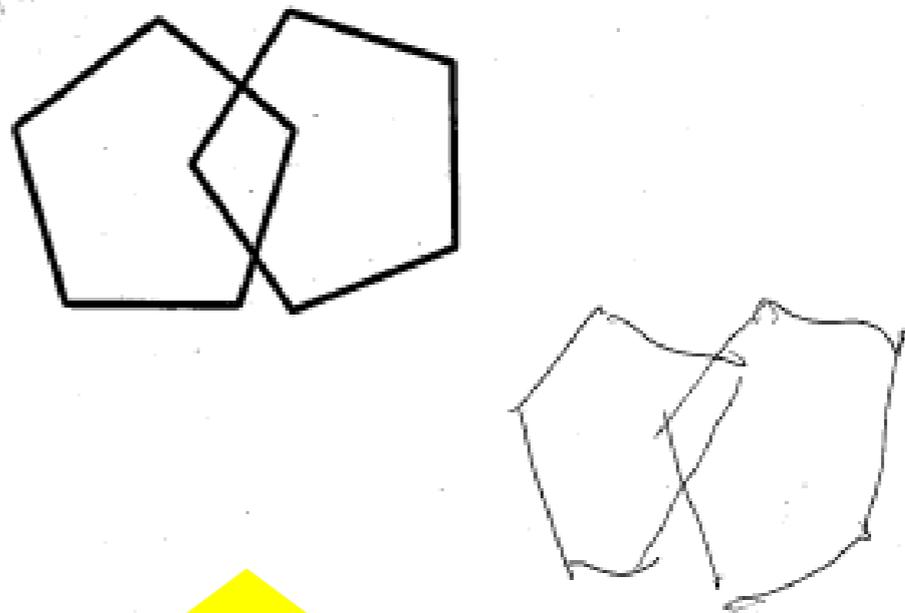
LECTURE:

Fermez les yeux.

ÉCRITURE:

Je voudrais que Sa Coiffe [REDACTED]

COPIE D'UN DESSIN:



27/30

D'après Folstein et al. "Mini-Mental State": A practical method for grading the clinician. J Psychol Res 12: 125-136, et Cocchini et al. Mini-Mental State Examination (MMSE). Psychogram Bull 1982;4(4):688-692. © 2007 Hoes Canada, Inc., Kirkland (Québec) H3J 2K5



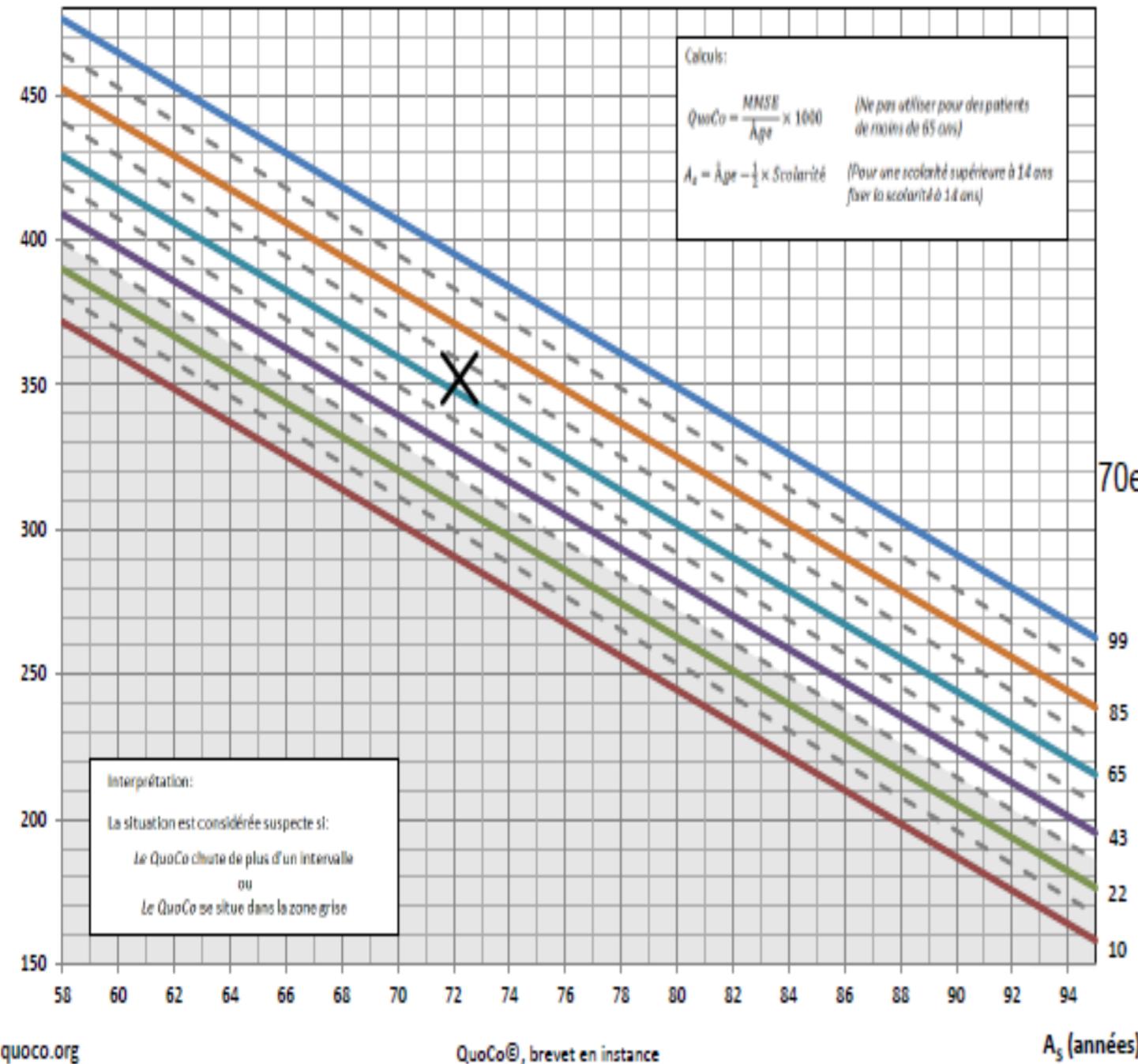
Calculs:

Quoco: $27/76 \times 1000 = 355$
As: $76-4 = 72$

Courbes cognitives

M oubliette

Nom: _____



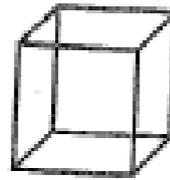
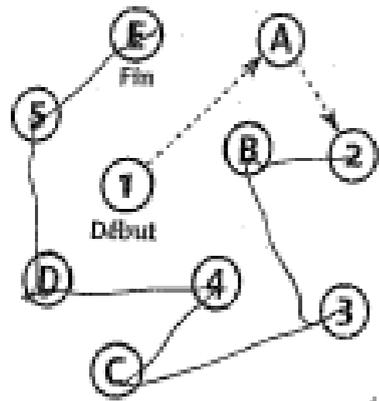
Quoco N

70e perc

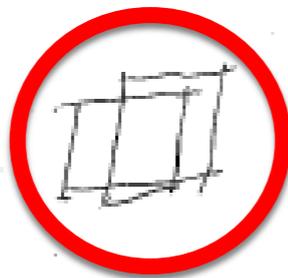
70 e percentile

Situé dans la zone blanche

VISIO-SPATIAL / EXECUTIF



Copier le cube



Deviser HORLOGE (11 h 10 min) (à points)

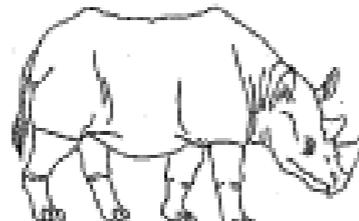


van 50

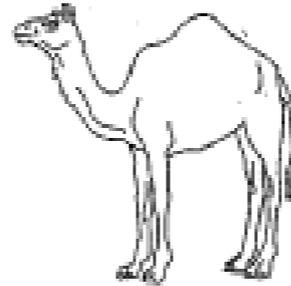
Contour Chiffres Aiguilles

2/5

DENOMINATION



hippo



2/3

MEMOIRE

Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.

	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE
1 ^{er} essai	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 ^{ème} essai	<input checked="" type="checkbox"/>				

Pas de point

ATTENTION

Lire la série de chiffres (à chiffres/sec.).

Le patient doit répéter : 2 1 8 5 4
 Le patient doit la répéter d'envers : 7 4 2

2/2

Lire la série de lettres, le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs

retards multi FBACMNAAJELBAFAKDEAAAJAMOFAA

1/1

Soustraire série de 7 à partir de 100.

93 86 79 72 65
 4 ou 5 soustractions correctes : 2 pts, 3 ou 2 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt

2/3

LANGAGE

Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. L'argenterie se trouve au coin de la cuisine.

1/2

Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre « f » en 1 min.

(N ≥ 11 mots)

1/1

ABSTRACTION

Associer entre eux : banane - orange = fruit train - bicyclette montre - règle

0/2

RAPPEL

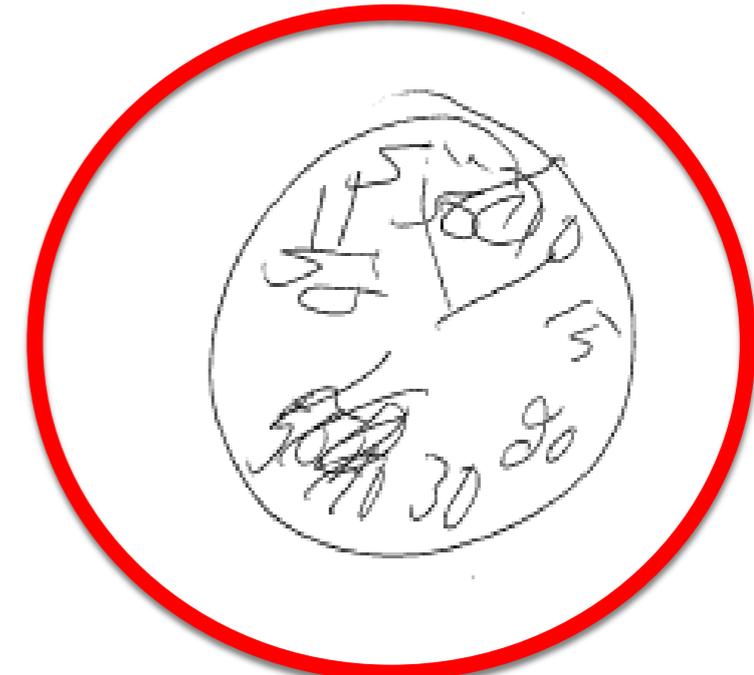
Doit se souvenir des mots	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE
SANS INDICES	<input type="checkbox"/>				
indices de catégorie	<input checked="" type="checkbox"/>				
indices multiples	<input checked="" type="checkbox"/>				

0/5

ORIENTATION

Date Mois Année Jour Endroit Ville

6/6



- Fibre
- Fouler
- Fumier
- Folie
- Furieux
- Firmement
- Fievre
- Fume
- Fantasia
- Fantome
- Favori
- F

18/30



ÉCHELLE D'OBSERVATIONS COGNITIVES, DU COMPORTEMENT ET D'IMPACT FONCTIONNEL SUR LES AVQAVD

Vos observations du fonctionnement quotidien de votre conjoint ou parent sont importantes pour son évaluation. Merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire !

	Oui	Non	Commentaires
Répète les mêmes questions/mêmes histoires	X		
Oublie des conversations et nouvelles informations	X		
Oublie des événements (fêtes, faits publics, etc.)	X		
Oublie les visages familiers		X	
Oublie le nom des proches	X		quel que fois
Oublie de prendre ses médicaments		X	
Oublie où a mis ses objets	X		
Oublie des commissions	X		
Oublie des rendez-vous	X		
Oublie de payer des factures	X		
Oublie de transmettre messages téléphoniques	X		c'est moi qui répond
Doit prendre plus de notes qu'auparavant		X	ne prend pas de notes
Perd sa voiture dans stationnement		X	
Mélange mots et phrases		X	
Difficulté à trouver ses mots		X	
Se perd en se promenant à pied <input type="checkbox"/> en voiture <input type="checkbox"/>		X	
Conduite routière dangereuse (manque arrêts, accidents récents, accrochages, contraventions...)	X		Déjà péroré mais récemment, était fatigué selon conjointe
Difficulté à gérer finances/comptes <input type="checkbox"/> correspondance <input type="checkbox"/>		X	
Difficulté à planifier une activité (organisation...)		X	
Difficulté à résoudre des problèmes		X	fait pas conjointe
Difficulté à faire le lavage (brassées, eau de javel, oublie linge dans lavasse...)		X	
Difficulté à se servir d'appareils ménagers (micro-ondes, cuisinière...)		X	
Difficulté à utiliser les appareils électroniques (télévision, télécommandes, répondeur...)		X	
Difficulté à se servir du téléphone (composer, trouver numéro...)		X	
Difficulté à s'habiller (vêtements mis en ordre, bonne saison...)		X	
Difficulté à prendre ses médicaments (les avaler, comprendre le pillulier...)		X	
Difficulté à faire la cuisine (manque ses recettes habituelles...)		X	
Difficulté à faire son épicerie (perdu(e) au magasin, achète en double, oublis malgré liste...)		X	fait par conjointe

Référence : Nathalie Lamarre, ergothérapeute Hôpital gériatrique de Jour CSSS Haut-Richelieu-Rouville (2013-10-04)
Source : Questionnaire Clinique CEDRA (Centre Diagnostique Recherche Alzheimer)



Complété par :

	Oui	Non	Commentaires
Néglige le ménage (entretien de la maison)			fait par conjointe maison qu'il
Oubli de fermer : rond de la cuisinière <input type="checkbox"/> ou four <input type="checkbox"/>		X	
Néglige son hygiène : bain/douche <input checked="" type="checkbox"/> cheveux <input type="checkbox"/> vêtements souillés <input type="checkbox"/>	X		
Incontinence : urinaire <input type="checkbox"/> fécale <input type="checkbox"/>		X	

COMPORTEMENT

	Oui	Non	Commentaires
Dépression		X	
Anxiété		X	
Hallucinations visuelles <input type="checkbox"/> auditives <input checked="" type="checkbox"/>	X		Dit parler à des gens morts
Irritabilité		X	
Agressivité verbale <input type="checkbox"/> physique <input type="checkbox"/>		X	
Déire/faussey croyances (se sent surveillé, pense qu'on le vole)		X	
Perturbation par changement de routine		X	
Troubles du sommeil (n'a si c'est seulement pour aller toilettes)		X	
Troubles alimentaires (mange + ou -)		X	
Manque d'initiative	X		
Manque d'intérêt/passion (n'a plus le goût à ses loisirs ou projets familiaux)		X	
Manque d'inhibition (langage et/ou attitude dérangeants pour famille)	X	X	* De plus en plus intéressé par parole de l'univers, des march...

HISTOIRE ET HABITUDES DE VIE

Tabac	Oui <input type="checkbox"/> Quantité : Non <input checked="" type="checkbox"/>
Consomme-t-il (elle) de l'alcool sur une base régulière?	Oui <input type="checkbox"/> Quantité : Non <input checked="" type="checkbox"/>
Surconsomme-t-il (elle) des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
Qualité du sommeil	Difficulté à dormir <input type="checkbox"/> Médicaments pour dormir <input type="checkbox"/> Durt beaucoup, somnolent <input checked="" type="checkbox"/> dort bien la nuit mais hyper somnolent le jour un peu de rétro.
Loisirs/activités	
Permis de conduire valide	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Conduite active <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne conduit plus <input type="checkbox"/> En attente d'une évaluation <input type="checkbox"/>
Possession d'arme à feu	Oui <input type="checkbox"/> Chasse <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre d'années de scolarité	8
Occupation antérieure/profession	militaire

Référence : Nathalie Lamarre, ergothérapeute Hôpital gériatrique de Jour CSSS Haut-Richelieu-Rouville (2013-10-04)
Source : Questionnaire Clinique CEDRA (Centre Diagnostique Recherche Alzheimer)

Nom : Bernier Prénom : Roger Age: 76

Date : 2016-06 Évaluateur : Karine Ménard infcl

Repérage rapide dépression

Veillez répondre à chacune des questions en encerclant l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation.

QSP-2: N

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses*	<input checked="" type="checkbox"/> 0	1	2	3
2. Vous sentir triste, déprimé ou désespéré*	<input checked="" type="checkbox"/> 0	1	2	3
3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir	0	1	2	3
4. Vous sentir fatigué ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop d'appétit	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou, au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude.	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre ¹ .	<input checked="" type="checkbox"/> 0	1	2	3

Score total : somme des scores obtenus à chaque question : 0

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : Dans quelle mesure ce ou ces problèmes ont-ils rendu difficiles votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout difficile	Plutôt difficile	Très difficile	Extrêmement difficile
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sommaire de l'évaluation complète	► Examens cliniques, fonctions cognitives, autonomie fonctionnelle et troubles du comportement		
	Résultats des outils de repérage (si utilisés)*	Suivi à faire	Commentaires
Examens cliniques	<input type="checkbox"/> Physique complet <input type="checkbox"/> Neurologique <input type="checkbox"/> Cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Réévaluer prochain RV <input type="checkbox"/> Référence pour évaluation approfondie	
Autonomie fonctionnelle	<input type="checkbox"/> QAF : _____ <input type="checkbox"/> FD : _____ <input checked="" type="checkbox"/> Autres : <u>Q aidant</u>	<input type="checkbox"/> Aucun <input checked="" type="checkbox"/> Réévaluer prochain RV <input type="checkbox"/> Référence pour évaluation approfondie	Réévaluation cognitive dans 6-9 mois
Fonctions cognitives	<input type="checkbox"/> 5 mots de Dubois : _____ <input checked="" type="checkbox"/> Test de l'horloge : <u>anormal</u> <input checked="" type="checkbox"/> MMSE : <u>27/30</u> <input checked="" type="checkbox"/> MoCA : <u>18/30</u> <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Aucun <input checked="" type="checkbox"/> Réévaluer prochain RV <input type="checkbox"/> Référence pour évaluation approfondie	Quoco N (70e perc) Moca: Difficultés: 0/5 au rappel, 1/5 avec indice de catégorie et 3/5 avec choix multiples, attention et abstraction diminuées
Questionnaire remis au proche aidant	<input type="checkbox"/> ADE : _____ <input type="checkbox"/> IQCODE-R : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Réévaluer prochain RV <input type="checkbox"/> Référence pour évaluation approfondie	
Trouble du comportement et de l'humeur	<input type="checkbox"/> NPI-R : _____ <input type="checkbox"/> QSP-9 : <u>N</u> <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Réévaluer prochain RV <input type="checkbox"/> Référence pour évaluation approfondie	

*Les outils proposés sont à titre indicatif uniquement et le choix du ou des outils est laissé au jugement du professionnel selon la situation clinique. RV : rendez-vous.

Examens paracliniques				► En présence de résultats aux outils de repérage psychométriques anormaux et/ou atteinte fonctionnelle			
Bilan sanguin de base : N : Normal A : Anormal				Au besoin : N : Normal A : Anormal			
<input type="checkbox"/> FSC	HB bas	<input type="checkbox"/> TSH	demandé	<input type="checkbox"/> ALT	N	<input type="checkbox"/> IRM cérébrale	
<input type="checkbox"/> Glycémie	N	<input type="checkbox"/> Créatinine	N	<input type="checkbox"/> Syphilis	NE	<input checked="" type="checkbox"/> CT scan	demandé
<input type="checkbox"/> Calcémie	demandé	<input type="checkbox"/> Électrolytes	N	<input type="checkbox"/> VIH	NE		
<input type="checkbox"/> B12	demandé			<input type="checkbox"/> Folates	NE		



Sommaire de l'évaluation infirmière

- ✓ **MEEM: 27/30**
- ✓ **Moca: 18/30 (0/5 rappel)**
- ✓ **Horloge: anormale**
- ✓ **Quoco: N**

**Questionnaire aidant:
Difficultés mnésiques + changements
Comportementaux.**

**Laboratoires: À demander?
B12 et calcémie**

Taco cérébral: À demander?

Discussion avec le médecin

Résultats test cognitifs

Difficultés observées:

(mémorisation 0/5 avec choix multiples 3/5 donc peu améliorée avec indices, cube, horloge)

AVQ et AVD (Peu d'impact fonctionnel, changements comportementaux, difficultés mnésiques surtout)

DX: Trouble neurocognitif léger

Plan: Revoir dans 6-9 mois pour réévaluation

Laboratoires complémentaires demandés (B12 et calcémie)

Taco cérébral demandé



Réévaluation cognitive 8 mois plus tard



M est accompagné de sa conjointe

Souriant et volubile

Dit ne pas comprendre pourquoi il est ici. Dit ne pas avoir de problème de mémoire.

Par contre me dit spontanément:

"Je suis content car j'aime les femmes! "

Accepte de refaire les tests cognitifs.

Conjointe complète QSA dans la salle d'attente

MEEM-CEVQ version GMF-Québec

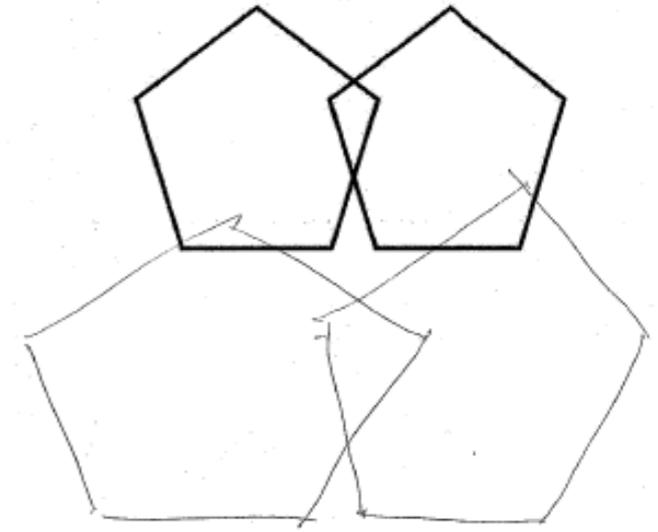
Catégorie évaluée	Instructions	Temps alloué	Questions à poser	Méthode pour établir le score	Score
Orientation temporelle	Respecter l'ordre proposé pour ces questions, c'est à dire commencer par le date d'aujourd'hui pour terminer par le jour de la semaine. Ne poser chaque question qu'une seule fois. Ne pas répéter. En cas d'incapacité à répondre, passer à la suivante. Ne pas donner d'indice ni demander au patient s'il est certain de sa réponse. La saison fait référence au calendrier et non à la température extérieure.	10 secondes par question	Quelle est la date d'aujourd'hui? 4 En quelle année sommes-nous? 2017 Quelle est la saison? automne Quel est le mois? dec Quel est le jour de la semaine? Lundi	1 point par réponse exacte. Toute approximation ou refus de répondre méritent 0. Pas de demi-point Total 0-5	5/5
Orientation spatiale	Respecter l'ordre proposé pour ces questions, c'est à dire commencer par le pays pour terminer par l'étage (du plus général au plus spécifique). Ne poser chaque question qu'une seule fois. Ne pas répéter. En cas d'incapacité à répondre, passer à la suivante. Ne pas donner d'indice, ni demander au patient s'il est certain de sa réponse.	10 secondes par question	Dans quel pays sommes-nous? Canada Dans quelle province sommes-vous? QC Dans quelle ville sommes-nous? QC Quel est le nom de cet édifice (pour le patient dans un état levement de santé) OU Quel est votre adresse (pour le patient à domicile)? Bureau Dr Blouin À quel étage sommes-nous? 7 ^e	1 point par réponse exacte. Pour le domicile, le nom de la rue et le no de la maison sont exigés. Toute approximation ou refus de répondre méritent 0. Pas de demi-point Total 0-5	5/5
Apprentissage (rappel immédiat)	Mentionner les mots clairement et brièvement, de façon détachée, face à la personne. Soit la 1 ^{re} tentative compte pour le score. Si le patient ne réussit pas, l'examinateur répète les 3 mots jusqu'à ce que le patient soit capable de les répéter en vue de la question sur la mémorisation. Maximum de 4 essais; noter le nombre d'essais. Cacher la série de mots utilisée durant le test. Changer de série de mots, si le test est fait plus d'une fois.	20 secondes	Je vais vous dire trois mots dont vous devez vous rappeler. Répétez-les quand j'aurai fini de les dire tous les trois : Cigare, Fleur, Porte Voiture, Pontons, Table Dollar, Bateau, Cerveau Quels sont les trois mots que je viens de dire?	1 point par mot exact, à la 1 ^{re} tentative. L'ordre de rappel n'a pas d'importance. Les mots de la même famille valent quand même 0. Total 0-3 Nombre d'essais : 1	0/3
Attention - Monde	Il peut se configurer tant qu'il est à l'inverse de 30 secondes. Prendre la meilleure réponse pour établir le score. Ne pas semer le doute en lui demandant s'il est certain de sa réponse.	30 secondes	Épeler le mot MONDE à l'envers, en commençant par la dernière lettre. E D N O M	1 point par lettre placée correctement : E-D-N-O-M Total 0-6	4/5
Mémorisation	Ne pas donner d'indices. Si la personne n'a pas réussi l'apprentissage des trois mots, ne pas poser cette question.	20 secondes	Pourriez-vous me dire quels étaient les trois mots que je vous avais demandé de retenir?	1 point par réponse exacte. L'ordre de rappel n'a pas d'importance. Les mots de la même famille valent quand même 0. Total 0-3	0/3
Langage - Nommer des objets	Montrer une montre à votre poignet avec une apparence usuelle, simple, sans des aiguilles afin d'éviter toute ambiguïté. L'heure indiquée n'a pas d'importance. Montrer un crayon à mine, avec efface à une extrémité et avec la mine aiguisée, afin d'éviter toute ambiguïté. Le patient ne doit pas manipuler l'objet.	10 secondes par question	(Montrer une montre) Quel est le nom de cet objet? (Montrer un crayon) Quel est le nom de cet objet?	1 point par réponse exacte. Sauf le mot « montre » est accepté. Sauf le mot « crayon » est accepté. Total 0-2	2/2

Imprimé par menard 2018-10-26 15:47 - Confidentiel

Langage - Répétition d'une phrase	Dire la phrase 1 seule fois, clairement et lentement face au patient. Si la personne dit ne pas avoir entendu, ne pas répéter et dire : « Répétez ce que vous pensez avoir entendu ». « Faites ce que vous pensez devoir faire ».	10 secondes	Répétez cette phrase après moi : « Pas de mais, de si, ni de et ». sk	1 point pour la répétition exacte de la phrase (pas les mots). Total 0-1	0/1
Langage - Consignes orales	Identifier la main dominante du patient, la consigne utiliser la main non dominante. Montrer la feuille blanche en la tenant sous-main dans votre main gauche (main non dominante), la plier en deux et la jeter par terre. La consigne n'est dite qu'une seule fois. Ne pas permettre au patient de prendre la feuille tant que la consigne n'a pas été entièrement donnée. Si l'essai de la prise, l'éloigner doucement et temporairement de lui. Ne pas donner d'indices. Si la personne vous demande ce qu'elle doit faire, lui dire : « Faites ce que vous pensez devoir faire ».	30 secondes	Pourriez-vous prendre cette feuille de papier dans votre main gauche (main non dominante), la plier en deux et la jeter par terre?	1 point par consigne exécutée correctement. Total 0-3	3/3
Langage - Consigne écrite (Lecture)	Montrer la feuille sur laquelle est écrit : « Fermez les yeux mais posez la question. La patient peut lire à voix haute ou dans sa tête.	10 secondes	Si vous plaît, faites ceci.	1 point si le patient ferme les yeux spontanément, sans incitation. Total 0-1	1/1
Langage - Rédaction (Écriture)	Fournir au patient un crayon de plomb aiguisé et une efface. Ne formuler aucune suggestion au patient. La phrase doit être spontanée. Le raturer au besoin que les fautes d'orthographe et la calligraphie ne seront pas prises en considération. Si la phrase est difficilement lisible, demander au patient ce qu'il a écrit et la consigner en dessous.	30 secondes	J'aimerais que vous écriviez une phrase complète sur cette feuille de papier.	1 point si le patient écrit une phrase qui a une signification avec un sujet, un verbe et un complément. La grammaire, l'orthographe et la ponctuation ne comptent pas. Pas de demi-point. Total 0-1	1/1
Visuoconstructif	Fournir au patient un crayon de plomb aiguisé et une efface. Le patient peut faire plusieurs essais, mais une fois la minute complète, il doit remettre sa feuille. S'il ne réussit pas du premier coup, on le laisse poursuivre jusqu'à l'expiration de la minute ou jusqu'à ce qu'il abandonne lui-même et dépose le crayon.	60 secondes	Pourriez-vous copier ce dessin?	1 point si le dessin comporte 2 figures fermées à 5 angles chacun et si les 2 figures d'entrecroisent ou forment 4 angles. Pas de demi-point même si un des deux pentagones est bien dessiné. Le tracé et les rotations des figures ne sont pas pris en compte. Total 0-1	1/1
Commentaires : Kamijhmanardid					Score total : 25/30

Source : Voyer, P., Richard, H., Janusz, L., Durost, P., Moyn, M., Joly, G., Hédin, C. (2015). Le MEEM version CEVQ. Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec. Imprimé par menard 2018-10-26 15:47 - Confidentiel

*Je veux savoir quel est ce
Crayon je fais (ici)*



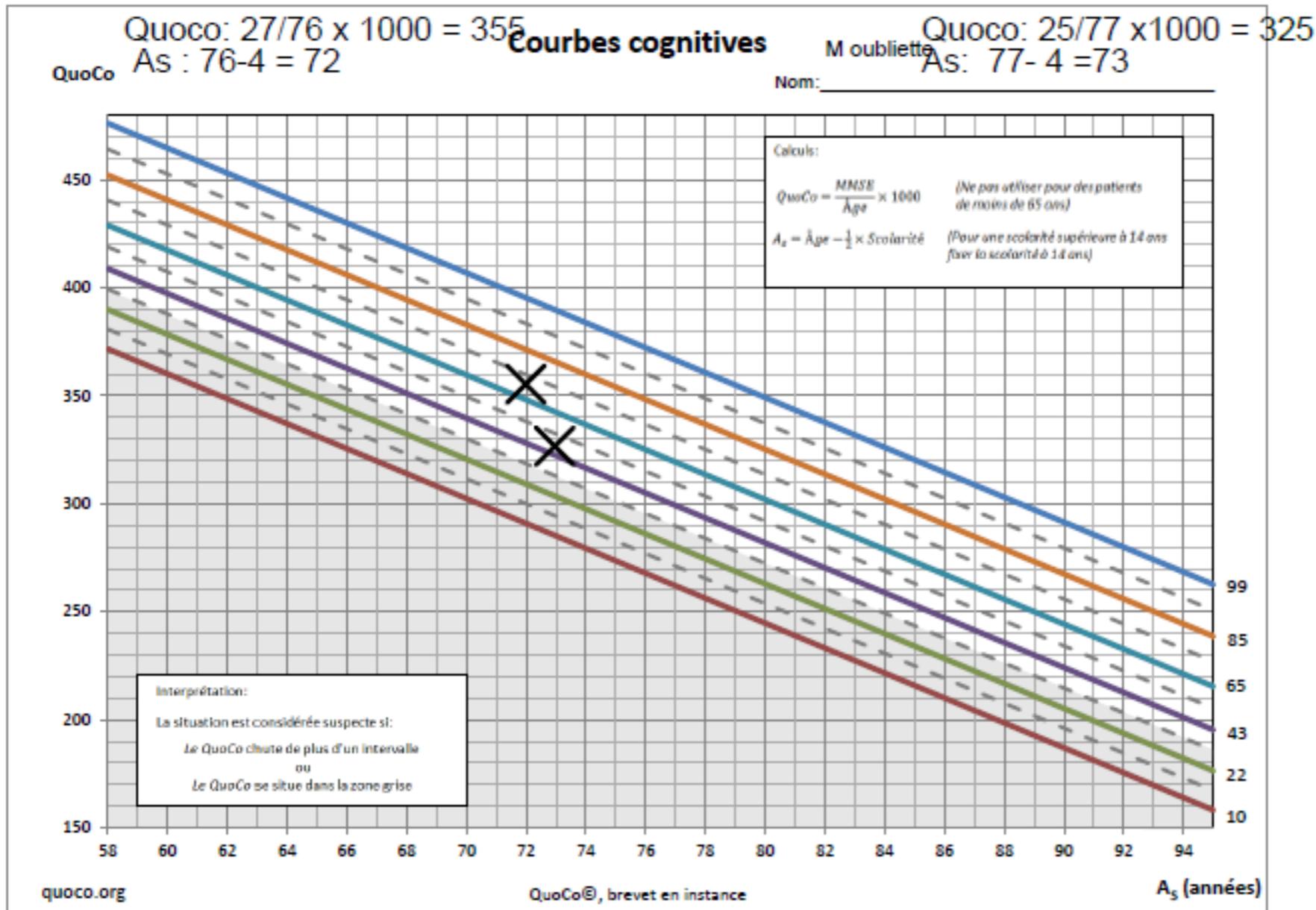
Imprimé par menard 2018-10-26 10:14 - Confidentiel

Résultat: 25/30
(0/3 rappel, monde à l'envers 4 et répétition de la phrase)

Perte de 2 points en 8 mois

Calculs: 2016-06 (70e perc)

Calculs: 2017-02 (50e perc)



M est passé du 70^e percentile au 50^e percentile
 Baisse de plus d'un intervalle, anormal

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF							POINTS
<p>Copier le lit</p>		<p>Dessiner HORLOGE (10 h 05 min) (3 points)</p>					4/5
DÉNOMINATION							
		<p>tigre</p>				2/3	
MÉMOIRE		Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 3 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.					Pas de point
		JAMBE	COTON	ÉCOLE	TOMATE	BLANC	
		✓	✗	✓	✓	✓	
		✓	✓	✓	✓	✓	
ATTENTION		Lire la série de chiffres (1 chiffre/sec.). Le patient doit la répéter. Le patient doit la répéter à l'envers.					2/2
		<p>Le patient doit la répéter. [✓] 2 4 8 1 5</p> <p>Le patient doit la répéter à l'envers. [✓] 4 2 7</p>					
		Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs					1/1
		[✓] F B A C M N A X J K L B X P X D E X X X I A M O F X B					
		Soustraire série de 7 à partir de 80					2/3
		<p>[✓] 53 [✗] 48 [✓] 39 [✗] 32 [✗] 25</p> <p>4 ou 3 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 1 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt</p>					
LANGAGE		Répéter: L'enfant a promené son chien dans le parc après minuit. L'artiste a peint sa toile au bon moment pour l'exposition.					0/2
		Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre T en 1 min					2/1
		[X] (3) (N 11 mots)					
ABSTRACTION		Similitude entre ex: banane - orange = fruit					1/2
		[✓] Marteau - tournevis [] Allumette - Lampe					
		[✓] [] [] [] [] []					
RAPPEL		Doit se souvenir des mots SANS INDICES					0/5
		JAMBE	COTON	ÉCOLE	TOMATE	BLANC	
		[X]	[X]	[X]	[X]	[X]	
Optionnel		Indice de catégorie	Indice chose multiples	Points pour rappel SANS INDICES seulement			
		tête	visage	linage	orange	blanc	
		✓	✓	✓	✓	✓	
ORIENTATION		[✓] Date	[✓] Mois	[✓] Année	[✓] Jour	[✓] Endroit	[✓] Ville
							6/6

Four
Founeau
Fauille
Flocan
Fleur
Fusils
Fou
Folle

Fanfanon
Fensuère
Fesüle

Résultat: 19/30 (était 18/30)

Difficultés: calcul, fluidité verbale
abstraction et rappel 0/5

Mini-Trail B réussi

Horloge anormale

**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 sait en mangeant
- Prépare des repas moins élaborés
- A de la difficulté à suivre une recette
- Conserve des aliments périssables
- A de la difficulté à utiliser la cuisinière
- Est incapable d'utiliser le four micro-onde
- A davantage besoin d'une liste d'épicerie + photo de l'aliment sur son téléphone
- A de la difficulté à utiliser les ustensiles
- Oublie des ingrédients dans les recettes

Exemples de changement: Ne fait pas la cuisine, ne l'a jamais fait
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: Ne fait aucun ménage ou réparation (l'ancien été comme ça)
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 Doit lui être rappelé occasion
- Ne change pas ses vêtements régulièrement
- A besoin d'aide pour préparer le matériel (ex. : savon)

Exemples de changement: _____
Changements observés depuis quand? quelques mois

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: Aucun
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? _____



Nom : _____ Prénom : _____ # Dossier : _____

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
- Décor les objets ou utilise des termes comme « chose » ou « affaire », au lieu de les nommer

Exemples de changement: _____
Changements observés depuis quand? depuis ~ 1 an

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

- A de la difficulté à reconnaître les lieux/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 occasionnellement

Exemples de changement: _____
Changements observés depuis quand? idem

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: Gestion des finances par Mère, l'rs été ainsi.
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: Parle en mal des gens à la télévision. Décore leur appartement, agissements etc... Ne faisait jamais cela avant
Changements observés depuis quand? quelques mois

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? Réseau familial très présent au besoin

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): _____

L'INVENTAIRE DU COMPORTEMENT FRONTAL

NOM : M Roger Bernier
 AGE : 77 ans
 DIAGNOSTIQUE :
 DATE :
 AIDANT : Mme Longval
 EXAMINATEUR : Karine Ménard infcl

Ce questionnaire vise à identifier des changements de comportement et de la personnalité du patient. Veuillez encadrer le chiffre qui vous apparaît le plus approprié. Vous pouvez élaborer sous chacune des questions si vous désirez apporter des nuances ou commentaires.

0 (jamais) 1 (léger/à l'occasion) 2 (modéré/souvent) 3 (sévère/constamment)

Score des Comportement Négatifs : Total des questions 1-12 : 8
 Score de Comportements Positifs ou de Désinhibition : Total des questions 13-24 : 8

Score Total : 16 Résultat significatif pour DFT lorsque supérieur 27. Non significatif.

Questions sur les comportements négatifs :

1. **Apathie** : perte d'intérêt envers ses amis ou dans ses activités quotidiennes; s'implique moins
 0 1 2 3
2. **Spontanéité** : manque de spontanéité et d'initiative dans ses activités; il faut lui proposer
 0 1 2 3
3. **Indifférence** : perte de sa capacité de réagir émotionnellement comme auparavant, éprouve moins de joie ou de peine
 0 1 2 3
4. **Inflexibilité** : plus têtu et rigide dans sa façon de penser qu'auparavant
 0 1 2 3
5. **Négligence personnelle** : s'occupe moins de son hygiène ou de son apparence physique, ne lave ou change pas ses sous-vêtements aussi souvent
 0 1 2 3
6. **Désorganisation** : manque de planification, incapable de persister et compléter les tâches plus complexes, est facilement distrait
 0 1 2 3
7. **Inattention** : ne porte pas attention aux événements qui l'entourent, perd le fil des conversations, ou ne suit pas
 0 1 2 3
8. **Perte d'autocritique** : n'est pas conscient de ses problèmes ou des changements de son comportement, ou peut même les nier
 0 1 2 3
9. **Logopénie** : souffre d'une réduction de son débit verbal ou de sa capacité de converser
 0 1 2 3
10. **Démence sémantique** : perd le sens, ne comprend pas, ou demande la signification de certains mots
 0 1 2 3
11. **Aphasie et apraxie verbale** : commet des erreurs dans l'expression verbale, émet des sons indistincts, parfois répétés, souffre plus souvent d'hésitation dans sa façon de parler, bégaye nouvellement, ou plus qu'avant
 0 1 2 3
12. **Main étrangère** : excluant l'arthrite, un traumatisme, ou la paralysie, éprouve de nouvelles difficultés dans l'utilisation d'une main, qui peut paraître plus raide, maladroite, ou même interférer avec l'action de l'autre; éprouve de nouvelles difficultés à utiliser des ustensiles
 0 1 2 3

Score des Comportement Négatifs : Total des questions 1-12 : 8

Questions sur les comportements positifs ou de désinhibition :

13. **Persévérance et obsession** : répétitions ou persévérations de certaines actions, paroles, ou commentaires; démontre des comportements ou des routines obsessionnels
 0 1 2 3
14. **Irritabilité** : se fâche facilement, son seuil de frustration est réduit
 0 1 2 3
15. **Jovialité excessive** : raconte des farces peut-être « pas mures », parfois de façon excessive, ou au mauvais moment.
 0 1 2 3
16. **Jugement et impulsivité** : démontre un manque de jugement dans ses décisions monétaires ou lors de la conduite automobile; agit de façon impulsive, irresponsable, ou même négligente; agit ou parle sans penser aux conséquences
 0 1 2 3
17. **Amasement ou « boarding »** : amasse, ramasse, ou accumule nouvellement des objets de valeur douteuse, ou l'argent sans raison claire
 0 1 2 3
18. **Impropriété** : agit de façon non conforme aux règles sociales, inapproprié, ou inacceptable; est impoli ou immature
 0 1 2 3
19. **Agitation et errance** : est plus agité, bouge ou marche constamment, conduit de longues distances sans raison valable
 0 1 2 3
20. **Agressivité** : nouvellement plus agressif, crie peut-être aux gens ou a déjà frappé quelqu'un sans raison acceptable
 0 1 2 3
21. **Hyperoralité** : boit ou mange plus que d'habitude, tout ce qui est devant lui; place des objets non comestibles dans sa bouche, a un appétit plus exagéré qu'auparavant; a développé des goûts bizarres ou des nouvelles lubies alimentaires « food fads »
 0 1 2 3
22. **Hypersexualité** : a un comportement sexual inhabituel ou excessif, y compris les remarques ou une nouvelle tendance à se déshabiller
 0 1 2 3
23. **Comportement d'utilisation** : besoin de toucher, d'examiner, ou de prendre les objets à sa portée ou placés devant lui. Est devenu un « touche-à-tout »
 0 1 2 3
24. **Incontinence** : a développé des nouvelles pertes urinaires ou fécales (excluant les maladies physiques ou dues à l'immobilité)
 0 1 2 3

Score de Comportements Positifs ou de Désinhibition : Total des questions 13-24 : 8

©1997-2003 Andrew Kertesz (traduction par Thérèse Botez-Marquard et Gabriel C Léger)

FBI non significatif.
 Résultat à 12 et seuil de normalité à 27



Impact fonctionnel

Conjointe inquiète : plus de difficultés avec sa mémoire (QSA)

Oublis très fréquents, cherche ses mots, difficulté à organiser ou planifier une activité.

Perturbé par les changements de routine

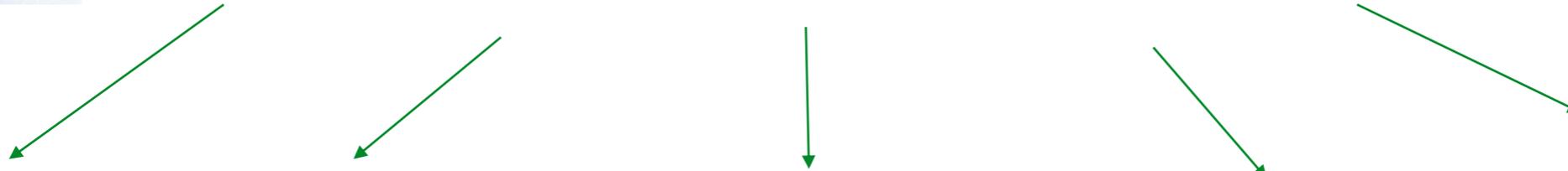
Aurait aussi remarqué qu'il disait davantage ce qu'il pense avait moins de tact..

Au niveau du moral, inchangé, va bien.

Rappel de mes coordonnées



Discussion clinique/soutien diagnostic



**Résultats
MEEM, Moca,
horloge
+
difficultés
rencontrées**

**Information
en lien avec
humeur,
médication.**

**Collecte
d'info sur
changements
au plan des
AVQ/AVD**

**Demande de
labo
complément
aire/taco/EC
G..**

**Références
équipes
spécialisées
ou annonce du
diagnostic**

RV médical

Examen physique N

- MMSE 25/30 (perte 2 points en 6 mois)
- Quoco anormal
- MoCA 19/30



Taco cérébral: **Atrophie et athéromatose cortico-sous-corticale diffuse légère**

ECG fait il y a 6 mois et résultat normal

Labo N

Impact fonctionnel plus évident.

Peu d'autocritique.

Manque de tact

Annonce: DX de TNCM de type Alzheimer stade léger

Évaluation médicale proposée dans le processus clinique MSSS

3. ÉVALUATION MÉDICALE¹³

- A. Prise en considération de l'évaluation infirmière
- B. Vérifier si présence de facteurs confondants : ex. : médication ayant un impact potentiel sur la cognition **2**, 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 consultation complémentaire (ex. : Clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue, etc.)

3.1 ANNONCE DU DIAGNOSTIC PAR LE MÉDECIN

PAS DE TROUBLE NEUROCOGNITIF	<u>TROUBLE NEUROCOGNITIF LÉGER (TNCL)</u> ¹⁴ AUTONOMIE FONCTIONNELLE NON COMPROMISE	TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR (TNM) AUTONOMIE FONCTIONNELLE COMPROMISE (stades <u>léger</u> ¹⁵ , <u>modéré</u> ¹⁶ , <u>avancé</u> ¹⁷)
------------------------------	---	--

- A. Annonce du diagnostic¹⁸ à l'utilisateur en présence d'un proche aidant et de l'infirmière ou la TS (si possible) ;
- B. Promouvoir la santé cognitive en encourageant l'adoption de saines habitudes de vie (tabac¹⁹, alimentation²⁰, activité physique²¹, stress²², alcool²³), la gestion des facteurs de risques - HTA²⁴ [G]²⁵, diabète²⁶ (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 <u>10 signes précurseurs</u> ²⁸ D. Revoir l'utilisateur si changement	E. Prévoir un rendez-vous infirmier et médical, l'année suivante ou plus rapidement si changement.	E. Si <u>option médicamenteuse</u> ²⁹ 2 <ul style="list-style-type: none"> • Compléter la demande de la RAMQ • Informer sur les effets indésirables et contacter l'infirmière si apparition F. <u>Pour tous les usagers</u> Prévoir un rendez-vous infirmier de suivi dans les 2 à 4 semaines.



+ M Oubliette + Conjointe

Diagnostic



Et/ou

Au besoin!

Infirmière

TS GMF

Diagnostic (Annonce)

Diagnostic

Si, **en dépit de** la plainte mnésique, la première évaluation montre que les fonctions cognitives, la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique et le contexte clinique (absence de troubles de l'humeur et du comportement) sont normaux



Faire un suivi dans **un délai de 6 à 12 mois** selon le contexte ou avant s'il y a un besoin particulier pour une **deuxième évaluation**

FICHE
5 DE 6

Si le **diagnostic est clair**



Annoncer le diagnostic

FICHE
4 DE 6



Faire un suivi et accomplir les actions appropriées

FICHE
5 DE 6

FICHE
6 DE 6

Si le **diagnostic est incertain**



Orienter le patient et le proche aidant vers les services spécialisés appropriés

Diagnostic (Annonce)



Contenu de l'annonce

La procédure de divulgation peut être appliquée à l'occasion de plusieurs visites et elle pourrait comprendre une discussion sur :

- ▶ les attentes, en tentant de rassurer le patient et le proche aidant, dans la mesure du possible, et en donnant un espoir réaliste;
- ▶ les options thérapeutiques disponibles, médicamenteuses et non médicamenteuses **GUOTxMA**;
- ▶ un rappel de l'importance de la rédaction ou de la mise à jour des différents documents légaux (directives médicales anticipées [DMA], testament et mandat en cas d'inaptitude)*;
- ▶ la détermination des niveaux de soins*;
- ▶ les enjeux relatifs à la conduite automobile et le risque possible de la révocation du permis par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ*);
- ▶ les objectifs de maintien de l'autonomie du patient et la sécurité à domicile*;
- ▶ les enjeux relatifs à l'aptitude (à administrer ses biens, à prendre soin de soi-même et à consentir aux soins de santé) et à la détermination de l'inaptitude*;
- ▶ les aides possibles offertes par le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et l'existence d'associations qui proposent des services au patient et de groupes de soutien pour les proches aidants.

* Pour plus de renseignements, consultez

FICHE
6 DE 6

Québec 

Date de publication : octobre 2015

Diagnostic (Annonce)



Cas particuliers

Réactions émotives importantes ou d'anxiété

- ▶ interrompre l'annonce, apaiser et rassurer le patient;
- ▶ reprendre l'annonce du diagnostic lorsque le patient le demande;
- ▶ établir un suivi avec un proche, si possible, ou avec le service de santé et les services sociaux locaux.

Déni ou de non prise de conscience d'un patient concernant la maladie (anosognosie)

- ▶ ne pas chercher à convaincre le patient;
- ▶ aviser le patient que ses proches seront avertis de la situation et que seuls les renseignements pertinents seront divulgués s'il y a un risque imminent pour la sécurité ou la santé du patient ou de son entourage;
- ▶ aviser le service de soutien à domicile local, selon les besoins et aviser le patient qu'une demande d'aide a été faite.

Refus des soins

- ▶ si le patient est inapte et refuse des soins de santé, se référer à la fiche *Action à accomplir suivant le diagnostic*.

FICHE
6 DE 6

Diagnostic (Annonce)

Aides possibles et information



Pour le patient

- ▶ Société Alzheimer;
- ▶ programmes communautaires sur la démence;
- ▶ Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) locaux.



Pour le proche aidant

- ▶ Société Alzheimer;
- ▶ L'Appui;
- ▶ Baluchon Alzheimer;
- ▶ service d'aide à domicile;
- ▶ centre de jour;
- ▶ Carpe Diem;
- ▶ aidants.ca;
- ▶ CISSS et CIUSSS locaux.

Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux

Québec 



En cas d'épuisement chez le proche aidant

Toujours être à l'affût des signes d'épuisement et de détérioration physique et cognitive chez le proche aidant, qui peut survenir à tous les stades de la maladie. Si nécessaire, il est conseillé de :

- ▶ le diriger vers son médecin de famille ou des services d'aide appropriés et locaux offrant un soutien ou du répit à ce type de clientèle, par exemple Société Alzheimer, l'Appui, Baluchon Alzheimer, services d'aide à domicile, centre de jour, Carpe Diem, aidants.ca.;
- ▶ lui remettre de la documentation d'accompagnement;
- ▶ d'apprécier, à l'aide d'outil tel que l'échelle de Zarit*, le fardeau représenté par la prise en charge d'un patient ayant un TNC diagnostiqué et vivant à domicile.

* L'échelle de Zarit est proposée à titre d'exemple uniquement car l'Institut n'a pas effectué d'analyse approfondie sur cet outil dans le cadre du présent projet.



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



Suivi

VOLET SUIVI (2)

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

LÉGENDE : LE NUMÉRO INDIQUE LE PROFESSIONNEL EN GMF OU LE SERVICE POUVANT CONTRIBUER, SI JUGER PERTINENT

① = Travailleur social ② = Pharmacien ③ = Organismes communautaires ④ = Équipe du soutien à domicile

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 et si l'utilisateur est lui-même un proche aidant ;
- E. Si suivi par CLSC/Soutien à domicile (SAD), demander l'autorisation à l'utilisateur pour communiquer le nouveau diagnostic ; ④
- F. Informer du prochain rendez-vous et des services de la Société d'Alzheimer et de l'APPUI pour les proches aidants d'ânés ③

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](#)⁴. Les stades de la maladie d'Alzheimer ([Usager](#))⁵ (Professionnel, [p.2](#))⁵
- Conseils et suggestions visant à faciliter l'accompagnement de votre proche ([Info-1](#))⁷ ([Info-2](#))⁸
- Votre médication ([Usager](#))⁹



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

Privilégier la même infirmière du GMF

Planifier les rendez-vous de suivi 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-R](#)¹⁰ version courte), [évaluer les causes, p. 8](#)¹¹ 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. : [QAF](#)¹², [IFD](#)¹³, [IQC](#)¹⁴, 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



2B. VISITE DE RÉÉVALUATION MÉDICALE selon l'évolution de l'utilisateur

- A. 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,
- B. Si SCPD, identifier les causes ([p. 8](#))¹⁵ et intervenir si nécessaire
- C. Déterminer si investigations ou consultations supplémentaires (ex. : Clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue)
- D. Discuter du [niveau de soins](#)¹⁶ et des directives médicales anticipées ([DMA](#))¹⁷ selon la situation clinique ;
- E. Décider si poursuite des inhibiteurs de la cholinestérase ou de l'antagonistes récepteur NMDA ②
 - Compléter la demande d'autorisation de médicament d'exception [si besoin] ;

À UTILISER À TOUTES LES ÉTAPES DU PROCESSUS SELON LA SITUATION DE L'USAGER ET PROCHE AIDANT**Médications 2**

- A. Évaluer si [effets indésirables](#)¹⁸, observance, besoin titrage, pour les inhibiteurs de la cholinestérase ou l'antagonistes récepteur NMDA ;
- B. Informer l'utilisateur 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 [errance], 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 ([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

Aspects légaux 1 3

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

Sécurité

- L. 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 ;
- M. Apprécier la sécurité à domicile (feu, intoxications, errance à l'extérieur, etc.) et donner conseils d'usage ; 4
- N. 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
- O. Surveiller si signes de négligence et de [maltraitance](#)³⁵ 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 domicile](#)³⁶ ; 1 3
 - Enseigner des stratégies pour [Les repas](#)³⁷, [les soins d'hygiène personnelle](#)³⁸, [le sommeil](#)³⁹.
- Q. Informer sur les aides possibles offertes par les [organismes communautaires](#)⁴⁰ ; 1 3
- R. Référer vers le soutien à domicile [SAD] pour optimiser l'autonomie fonctionnelle, la sécurité, etc. et transférer le PI ; 4
- S. 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]

- T. Établir [l'histoire biographique](#)⁴¹ [la communiquer au SAD et autres lieux, si pertinent] 3 ;
- U. Enseigner [l'approche de base](#)⁴² (p.5) au proche aidant en incluant des [stratégies de communication](#)⁴³ 3 ; [Recadrer](#) (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 4 .

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 homicidaire](#), etc. ;
- Y. 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)



Appel téléphonique 2-4 semaines après le 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 et si l'utilisateur est lui-même un proche aidant ;
- E. Si suivi par CLSC/Soutien à domicile (SAD), demander l'autorisation à l'utilisateur pour communiquer le nouveau diagnostic ; ④
- F. Informer du prochain rendez-vous et des services de la Société d'Alzheimer et de l'APPUI pour les proches aidants d'ânés ③

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](#)⁴. 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
- Votre médication ([Usager](#))⁹

- Discussion téléphonique avec M. et sa conjointe par la suite
- Retour sur annonce du diagnostic. M mentionne qu'il a l'Alzheimer selon son médecin mais il n'y croit pas vraiment.
- Selon conjointe, M serait totalement dans le déni de sa condition. Le dx n'a pas eu d'impact sur son moral.
- Test sur route fait et réussi. Mme est rassurée et heureuse que M puisse conserver son permis de conduire pour le moment.



Aricept (Donapezil) 5 mg débuté tel que prescrit



Légers étourdissements et malaises abdominaux au début.
Cessé après quelques jours.
Médication bien tolérée.

Plan:

Maintenir même dose Aricept pour le moment vu les effets sec en début de traitement.

Rencontre d'enseignement prévu dans 1 mois



Enseignement prioritaire post diagnostic

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](#)⁴. 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
- Votre médication ([Usager](#))⁹

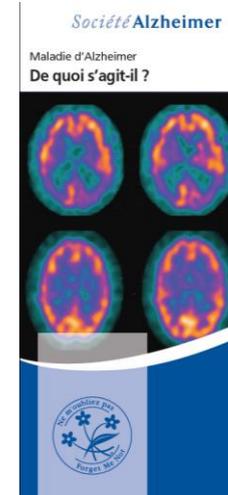
SUIVI COGNITIF STANDARD

Visite infirmière post diagnostic



Enseignement TNCM avec M et sa conjointe(power point)

- Maladie (évolution, symptômes..)
- Prévention (stimulation cognitive, saines habitudes de vie..)
- Médication (effets, effets secondaires possibles..., Guide INESSS pour patient)
- Testament, mandat d'inaptitude et procuration..
- Identification (bracelet, carte identification)
- Conduite automobile (Guides remis)
- **Info ressources** (Société Alzheimer, L'Appui..) Premier lien



Médications ②

- A. Évaluer si effets indésirables¹⁸, observance, besoin titrage, pour les inhibiteurs de la cholinestérase ou l'antagonistes 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 [errance], 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 (tabac¹⁹, alimentation²⁰, activité physique²¹, stress²², alcool²³), la gestion des facteurs de risques (HTA²⁴ [G]²⁵, diabète²⁶ [G]²⁷) et le soutien à l'observance thérapeutique

Aspects légaux ① ③

- I. Prise de décision²⁸ : respecter le choix individuel;
- J. Planifier l'avenir²⁹ : Testament³⁰; Procurator, mandat et régime de protection³¹ ;
- K. Informer sur des mesures financières disponibles (crédits d'impôt, allocation directe, programme d'exonération financière);

Sécurité

- L. Conduite automobile : Discuter précocement³² 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 ;
- M. Apprécier la sécurité à domicile (feu, intoxications, errance à l'extérieur, etc.) et donner conseils d'usage ; ④

CONFIDENTIEL - CONFIDENTIEL - CONFIDENTIEL - CONFIDENTIEL

Fax: 418 527-9966
Courriel: info@societealzheimerdequebec.com

- Je désire qu'un(e) intervenant(e) de La Société Alzheimer de Québec communique avec moi d'ici un mois afin de répondre à mes questions sur la maladie et de m'informer sur les services gratuits offerts par l'organisme.
- Je désire recevoir de la documentation sur la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée et sur les services offerts par La Société Alzheimer de Québec.
- Par la poste
 Par courriel

*La signature de ce document n'entraîne aucune obligation de ma part

Je soussigné _____

Autorise (nom du professionnel) _____

À transmettre mes coordonnées à La Société Alzheimer de Québec.

Signature _____

Date _____

Signature du professionnel _____

Établissement _____

Informations pour La Société Alzheimer de Québec

Nom de la personne à contacter _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____

Téléphone _____

Résidence _____ Cellulaire _____

Travail _____ Poste _____

Courriel électronique _____

La Société Alzheimer de Québec
1040, avenue Belvédère, bur. 312, Québec, Qc, G1S 3G3
Tél.: 418 527-4294 Sans frais: 1 866 350-4294 Fax: 418 527-9966
info@societealzheimerdequebec.com

ENTENTE DE RÉFÉRENCE

COORDONNÉES DU PROCHE AIDANT D'AINÉ

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Maison : _____ Autre : _____

Courriel : _____ Ville de résidence de la personne aidée : _____

COORDONNÉES DU RÉFÉRANT

Prénom : _____ Nom : _____

Organisation : _____ Fonction : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

- Autorisation à la conseillère aux proches aidants de l'Appui Capitale-Nationale pour les proches aidants d'ainés de contacter le proche aidant par téléphone pour l'informer des services offerts dans la région, répondre à ses questions et lui présenter le service d'écoute, d'information et de référence Info-aidant.
- Autorisation à laisser un message sur la boîte vocale
- Cette personne vit une situation « urgente »; aussi j'aimerais qu'elle soit rappelée dans un délai de deux semaines.
- Cette personne désire bénéficier du répit financé par l'Appui; aussi j'aimerais qu'elle soit rappelée dans un délai d'une semaine.
- ** Notez bien que le processus se trouvera grandement accéléré si le proche aidant ou l'intervenant contacte directement la ligne Info-aidant.

Dans le souci d'assurer un suivi et un soutien adéquat, j'accepte que _____ Nom du référent
et la conseillère aux proches aidants de L'Appui Capitale-Nationale pour les proches aidants d'ainés communiquent et s'échangent de l'information pertinente et nécessaire relative à ma situation de proche aidant.

OUI NON

Signature du proche aidant _____ Date _____

OU

Signature du référent ayant obtenu l'autorisation verbale du proche aidant _____ Date _____

Discussion avec Mme (pendant BP-Tru pour M)

Comportements sociaux parfois inappropriés dérangeant de plus en plus Mme.

Évite de sortir avec lui car malaise.

Mentionne avoir des conflits plus fréquents avec M et ne plus le reconnaître.

Rencontre avec TS GMF vu les difficultés sociales.



SUIVI COGNITIF STANDARD

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

- T. Établir l'histoire biographique⁴¹ [la communiquer au SAD et autres lieux, si pertinent] ③ ;
- U. Enseigner l'approche de base⁴² (p.5) au proche aidant en incluant des stratégies de communication⁴³ ③ ; Recadrer (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 ④ .

Suivi médication



- Sous Aricept 5 mg (depuis 6 semaines)
- Bien toléré, aucun effet secondaire.

- TA et rythme cardiaque N

- Augmentation de la dose de Aricept à 10 mg tel que prescrit par le médecin.

- Pharmacie avisée

- Prochain Rv md et infirmière prévu mi-juillet 2017(RAMQ)



- **Raisons de la référence à la TS du GMF**
 - Changements relation conjugale (difficulté communication)
 - Malaise en lien avec la désinhibition/besoins de conseils
 - Difficulté en lien avec son nouveau rôle d'aidante
 - Besoin information aspect légaux (mandat, testament..)

Première rencontre TS

Au GMF avec le couple



- Présentation rôle et mandat
- Signature du consentement RSIPA
- Questionnement des besoins de chacun
- M. verbalise s'ennuyer et manquer de sortie
- Mme explique vouloir de l'aide pour rester à la maison le plus longtemps possible
- Désire trucs pour éviter les conflits et mieux gérer ses émotions en lien avec les propos répétitifs de M.
- Retour sur le questionnaire fonctionnel de M. avec le couple

Objectifs du suivi:

- ❖ Trouver stratégies pour préserver autonomie de M et compenser ses difficultés (routines fixes, utilisation d'un gros calendrier)
- ❖ Accompagner et outiller Mme dans son nouveau rôle d'aidant



SUIVI COGNITIF STANDARD

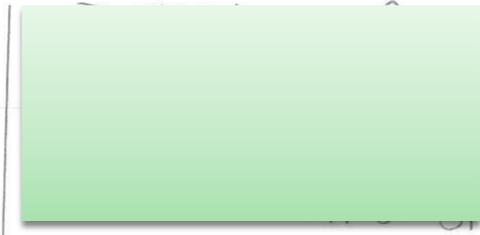
Proche aidant ①

- 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 homicidaire, etc.;
- Y. 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)

Plan convenu

- Suivi individuel avec Mme pour la suite
- Inscription de M. au centre de jour

Consentement à la communication des renseignements personnels dans le cadre du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)



Cette case doit contenir : N° dossier, nom et prénom, date de naissance, n° RAMQ.

Je soussigné(e), _____, comprends :

- Ce qu'est le Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) du territoire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale et quels en sont les partenaires (mentionnés à la page suivante);
- qu'il peut être nécessaire de communiquer des renseignements me concernant (mentionnés à la page suivante) pour orienter les soins, les interventions et les services requis par mon état de santé et mes besoins psychosociaux;
- que ces renseignements peuvent avoir été recueillis avant mon arrivée dans le RSIPA (il pourrait s'agir, par exemple, de résultats médicaux versés à mon dossier il y a quelques mois s'ils sont pertinents aux soins et aux services que je pourrais recevoir);
- que les renseignements me concernant sont conservés de façon sécuritaire et peuvent être consultés par les intervenants qui s'occupent de moi dans le cadre du RSIPA. Ces intervenants peuvent aussi verser des renseignements à mon dossier RSIPA;
- que seul le personnel autorisé, c'est-à-dire le médecin traitant ainsi que les intervenants des établissements et organismes membres ou partenaires du RSIPA de ma région, a accès aux renseignements me concernant;
- que je peux en tout temps demander à consulter mon dossier RSIPA pour en vérifier les renseignements me concernant, en m'adressant au CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- que je peux en tout temps demander la rectification d'un renseignement me concernant qui m'apparaîtrait inexact, incomplet ou équivoque;
- que mon consentement à la communication des renseignements me concernant est valide pour une durée de deux (2) ans à partir de la date de signature;
- que je peux en tout temps retirer mon consentement à la communication des renseignements me concernant, et ce, verbalement ou par écrit. Le fait que je retire mon consentement ne m'empêchera aucunement de recevoir des soins, des interventions et des services des différents partenaires du RSIPA.

Je certifie :

- Avoir lu (seul ou avec aide) et compris le présent formulaire de consentement;
- avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions et obtenu des réponses satisfaisantes;
- avoir disposé du temps nécessaire pour prendre ma décision;
- être libre d'accepter la communication de renseignements personnels me concernant entre les partenaires du RSIPA.

Je confirme que toute l'information contenue dans ce formulaire a été inscrite avant que je signe.

Copie du CIUSSS de la Capitale-Nationale Copie de l'utilisateur ou de son représentant

Nom, prénom : _____ N° dossier : _____

Par ma signature, j'autorise la communication de renseignements me concernant dans le but d'orienter les soins, les interventions et les services requis par mon état de santé et mes besoins psychosociaux. Cette autorisation est accordée au Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale et sera révisée le 2020/02/07.

Signature: _____ Nom (en lettres majuscules) _____ Date 2018/02/07 Heure _____

Adresse du signataire _____ Code postal _____ Ind. rég. _____ N° de téléphone _____

OU

Par ma signature, j'autorise la communication de renseignements concernant _____ que je représente, dans le but d'orienter les soins, les interventions et les services requis par son état de santé et ses besoins psychosociaux. Cette autorisation est accordée au Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale et sera révisée le _____.

Signature: _____ Nom (en lettres majuscules) _____ Date _____ Heure _____

Adresse du signataire _____ Code postal _____ Ind. rég. _____ N° de téléphone _____

J'ai expliqué le présent formulaire de consentement et j'ai répondu aux questions qu'on m'a posées.

Signature de la personne qui obtient le consentement

Nom de la personne qui obtient le consentement

Renseignements personnels nécessaires au RSIPA	Partenaire du RSIPA
<ul style="list-style-type: none"> • Données sociodémographiques (p. ex. nom, adresse) • Antécédents médicaux (p. ex. diagnostics, maladies) • Résultats d'examen diagnostiques (p. ex. radiographies) • Profil pharmacologique (p. ex. tous les médicaments) • Demandes de services (p. ex. services de soutien à domicile) • Rapport d'évaluation et de consultation (p. ex. rapport de physiothérapie, rapport de l'orthopédiste) • Plan de services (PSI) (document énonçant les besoins, les orientations, les services prodigués, etc.) • Notes d'évolution (notes permettant de suivre l'état de la personne) • Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) • Outil de repérage (Prisma 7 ou ISAR) • Plan d'intervention (PI, PII) 	<p>Le RSIPA de ma région a pour partenaires l'ensemble des établissements et organismes établis dans ma région qui ont conclu une entente avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale ou qui en concluront une pendant la durée de validité de mon consentement, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD); • Cliniques médicales; • Groupes de médecine familiale (GMF); • Pharmacies communautaires (nommer tous les partenaires potentiels); <p>_____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisme communautaire; • Entreprise d'économie sociale en aide domestique (EESAD); • Résidences pour personnes âgées (RPA); • Autres _____ <p>En raison de leur proximité géographique, d'autres CIUSSS/CIUSSS, les établissements non fusionnés ou organismes suivants ont aussi conclu des ententes avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale :</p> <p>(nommer tous les partenaires «spéciaux» hors CIUSSS/CIUSSS)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Source : Formulaire AS-B12 DT9184 du MSSS.

13084

2018-02-13

Envoi guichet Imprimer

GUICHET D'ACCÈS SOUTIEN À DOMICILE / PALV Formulaire de référence

- CSSS de la Vieille-Capitale
Tél : 418 651-3888 Télécopieur : 418 651-7397
- CSSS de Portneuf
Téléphone : 418 283-3025
- CSSS de Québec-Nord
Téléphone : 418 661-5666
- Jeffrey Hale
Téléphone : 418 684-5113

Nom: [REDACTED]
 Date de naissance (aaaa/mm/jj): [REDACTED] 31
 Nom et prénom du père: [REDACTED]
 Nom et prénom de la mère: [REDACTED]
 Adresse: [REDACTED] CIT
 Ville: [REDACTED] GIP 1A7
 Téléphone: [REDACTED]
 RAMQ: [REDACTED] Exp: [REDACTED]

PROVENANCE DE LA DEMANDE

Provenance de la demande: [REDACTED] Centre de jour
 Territoire: [REDACTED] TRONDS COMTES
 Autres: [REDACTED]

INTERVENANT PRÉSENTANT LA DEMANDE

Nom: [REDACTED] MIRENE CHUPE IS
 Téléphone: [REDACTED] 581 355-9615 poste: [REDACTED]
 Télévendeur: [REDACTED]
 Télécopieur: [REDACTED]

MÉDECIN

Médecin de famille: [REDACTED] (418) 842-7197
 Médecin traitant: [REDACTED]
 Répondant médical lors du transfert: Kaune Ménard, inf GME
 Téléphone: (418) 254-3037
 Avisé de la demande: Oui Non
 Avisé de la demande: Oui Non
 Avisé de la demande: Oui Non

DIAGNOSTICS ET FACTEURS DÉCLENCHANTS

Problème de santé: troubles neurocognitifs majeurs
 de type Alzheimer (2017), HTA, EGO, MCAS pontage 2013
 Dyslipidémie

BESOINS RELIÉS À LA DEMANDE

Centre de jour pour stimulation et maintien des capacités
 ✓ l'ennui et offrir du répit à la conjointe/pense longval

AUTRES INFORMATIONS MÉDICALES

Allergies: Oui Non Autres Précision: [REDACTED]
 Bactérie multirésistante: Oui Non Autres Précision: [REDACTED]

AUTRES

MÉDICATION Voir profil médicament ci-joint

Nom de la pharmacie: [REDACTED] Téléphone: [REDACTED]

SERVICES ACTUELS

* Consultation spécialisée de pédiatrie et de psychogériatrie

DOCUMENTS REQUIS (s'il y a lieu)

- ODMC et profil ISO-SMAF
- Résumé du dossier médical, s'il y a lieu
- Rapports de consultants ou de professionnels de la santé, s'il y a lieu
- Rapport de laboratoire et d'imagerie médicale, s'il y a lieu
- Prescription médicale
- PTI
- PI
- SGAD-SAPA
- Plan de service d'aide à domicile

Autres: [REDACTED]

SOMMAIRE DE L'AUTONOMIE

Coder si problème observé

<input type="checkbox"/> Aide à la vie quotidienne (AVQ)	[REDACTED] voir questionnaire annexe	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
<input type="checkbox"/> Aide à la vie domestique (AVD)	[REDACTED] voir questionnaire annexe	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
<input type="checkbox"/> Aux transferts	[REDACTED]	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
<input type="checkbox"/> À la marche / aux déplacements (acc. de marche)	[REDACTED]	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
<input type="checkbox"/> Escaliers	[REDACTED]	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
<input type="checkbox"/> De chutes / histoire de chutes récentes*	[REDACTED]	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
<input checked="" type="checkbox"/> Prise de médication	[REDACTED] Supervisée par la conjointe	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> D'incontinence	[REDACTED]	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input checked="" type="checkbox"/> Communication	[REDACTED] Expression de la pensée + diff	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input checked="" type="checkbox"/> Cognitif / aptitudes cognitives*	[REDACTED] voir tests cognitifs, diff à comprendre et à exprimer par		
<input checked="" type="checkbox"/> Réseau	[REDACTED] conjuguée anxiété réactionnelle au diagnostic		
<input checked="" type="checkbox"/> Dimension affective et comportementale	[REDACTED] propos déshinibés, apathie, insomnie		

FACTEURS DE RISQUE OU DE VULNÉRABILITÉ

↑ souffrance psychologique de l'aidante, déconditionnement des M.

NUTRITION

Déficience: Oui Non [REDACTED]

SECTION RÉSERVÉE AU PERSONNEL DU GUICHET

SAD Type service: [REDACTED]
 Di-CP Type service: [REDACTED] Organisme communautaire Date de la réception: [REDACTED]
 Centre de jour UJEG Comité des cas litigieux Date de la décision: [REDACTED]
 ECS-GP* URFI EES Date de la décision: [REDACTED]
 URFI Hébergement temporaire Date d'orientation: [REDACTED]
 Priorité de la demande: P1 P2 P3 P4

* Consultation spécialisée de gériatrie et psychogériatrie

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DU GUICHET ↓ DATE ↓

Deuxième rencontre

Au GMF avec Mme



Objectif:

❖ Évaluation psychosociale

- Retour sur les stratégies abordées à la première rencontre

Entente:

- Suivi dans quelques semaines pour rédiger un plan d'intervention

Situation actuelle : Dame de 82 ans qui est l'aidante de son conjoint au prise avec un début de démence de type Alzheimer et n'ayant aucune autocritique quant à ses problèmes. Mme qui mentionne avoir de la difficulté dans la gestion de ses émotions (anxiété quant à l'avenir, colère, gêne vis-à-vis certains comportements, impatience et impuissance). Le couple souhaite maintenir leurs activités, leurs capacités et vivre à domicile le plus longtemps possible.

Objectifs	Moyens	Indicateurs de réussite
1. Améliorer les connaissances sur la maladie d'Alzheimer	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Référence à la Société Alzheimer ✓ Lecture des différents guides sur le sujet ✓ Enseignement et discussion pendant les rencontres de de suivi <p>Information sur les aspects médicaux légaux</p>	Mme sera plus outillée à faire face à la maladie, son évolution, SCPD, etc.
2. Connaître les différentes stratégies de communication et d'accompagnement A/S aux troubles cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lecture des différents guides sur le sujet ✓ Enseignement et discussion pendant les rencontres de suivi 	Moins de conflits conjugaux, Mme sera en mesure d'appliquer les approches de base.
3. Maintenir une bonne santé mentale (prévenir l'épuisement)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grille d'inventaire du fardeau de Zarit ✓ Répit (Centre de jour, gardiennage) ✓ Activités sociales : artisanat, lecture, casse-tête, sortie au restaurant avec amies et/ou fille) ✓ Activité physique régulière (marche) ✓ Mobilisation de la famille, des amis ou des services à domicile 	Mme se situera dans un fardeau léger à la fin du suivi social, aura accepté l'aide et aura une routine de vie équilibrée.
4. Améliorer la gestion des émotions	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participation au groupe psychoéducatif (cognitivo-comportemental) ✓ Lecture sur la pleine conscience ✓ Mise en pratique des stratégies de communications et d'accompagnement auprès de son conjoint (Mme) 	Mme vivra moins d'anxiété quant à l'avenir. Se mettra moins souvent en colère, Vivra moins de gêne vis-à-vis certains comportements, d'impatience et d'impuissance.



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 

Pour l'ennui :

Parfois, la personne ne sait pas quoi faire et revient vous voir avec la même question. Elle ne sait plus comment exprimer son ennui autrement.

- Offrez-lui une activité qu'elle aime ou qu'elle aimait avant la maladie et qui capte son attention.
Exemples : télé, dessin, tricot, mots mystères, objets à trier, vêtements à plier, ménage à faire, matériel de pêche, outils, etc.
- Faites-la participer à vos tâches.

Conseil

Préparez-vous une banque d'activités simples qui peuvent vous dépanner en cas de besoin. L'activité détourne son attention. Cela lui donne aussi le sentiment d'être utile. Vous êtes la meilleure personne pour savoir ce qui passionne votre proche. Si ses intérêts changent, référez-vous aux années de sa jeunesse pour trouver d'autres idées.

Pour le besoin de communiquer et de parler :

Parfois, la personne a le goût de vous parler, mais n'arrive pas à trouver un sujet de conversation. Elle revient donc vous voir avec la même question.

- Faites-la parler en lien avec sa question et basculer vers d'autres sujets d'intérêts.
Exemples : « Tu me parles du souper... est-ce que tu as hâte de manger ?
... J'ai acheté une nouvelle vinaigrette, ça devrait être bon. »
« Viens donc me jaser ça pendant que je fais la vaisselle. »



RV de suivi conjoint (6 mois après le diagnostic)





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**

À UTILISER À TOUTES LES ÉTAPES DU PROCESSUS SELON LA SITUATION DE L'USAGER ET PROCHE AIDANT**Médications 2**

- A. Évaluer si [effets indésirables](#)¹⁸, observance, besoin titrage, pour les inhibiteurs de la cholinestérase ou l'antagonistes récepteur NMDA ;
- B. Informer l'utilisateur 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 [errance], 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 ([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

Aspects légaux 1 3

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

Sécurité

- L. 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 ;
- M. Apprécier la sécurité à domicile (feu, intoxications, errance à l'extérieur, etc.) et donner conseils d'usage ; 4
- N. 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
- O. Surveiller si signes de négligence et de [maltraitance](#)³⁵ 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 domicile](#)³⁶ ; 1 3
 - Enseigner des stratégies pour [Les repas](#)³⁷, [les soins d'hygiène personnelle](#)³⁸, [le sommeil](#)³⁹.
- Q. Informer sur les aides possibles offertes par les [organismes communautaires](#)⁴⁰ ; 1 3
- R. Référer vers le soutien à domicile [SAD] pour optimiser l'autonomie fonctionnelle, la sécurité, etc. et transférer le PI ; 4
- S. 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]

- T. Établir [l'histoire biographique](#)⁴¹ [la communiquer au SAD et autres lieux, si pertinent] 3 ;
- U. Enseigner [l'approche de base](#)⁴² (p.5) au proche aidant en incluant des [stratégies de communication](#)⁴³ 3 ; [Recadrer](#) (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 4.

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 homicidaire](#), etc. ;
- Y. 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)

Feuille de suivi conjoint - DÉMENCE

CLINIQUE MEDICALE LORETTVILLE

Nom du patient : [REDACTED]
 N° de dossier : 015054
 Début de la maladie : 2017-12-04
 Antécédents familiaux de MA : Oui Non
 État civil actuel : maré
 Nom du conjoint : [REDACTED]
 Personne significative (aidant) : id
 Téléphone : (418)458-2028

Date de naissance : 1941-01-31 Age : 77
 Scolarité : 8 e année
 Emploi : [REDACTED]
 Médecin : Bloin, Louis
 Infirmière pivot : Karine Ménard infc
 Travailleur social : Mirella Cléche TS

Facteurs de risque à contrôler	
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> HTA
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> MCAS
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Anxiété
<input type="checkbox"/> Autres	

Pharmacie
Nom : <u>Costco Anishan</u>
Tél : <u>418 834-8777</u>
FAX :
Allergie(s) : O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Dipilil : O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Génogramme
Conjointe Mme Longval (2ème union) a des enfants avec qui M a de bons liens. M a 4 enfants (1 DCD suicidé) Peu de liens avec eux.
<input type="checkbox"/> Appui <input type="checkbox"/> Conflit <input type="checkbox"/> Faible réseau <input type="checkbox"/> Isolement

Ressources utilisées
<input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Popote et mail-services
<input type="checkbox"/> Aide communauté <input type="checkbox"/> Société Alzheimer

Enseignement diabète P → À poursuivre M → Maîtriser
 Diagnostic : P M Physiopathologie : P M Symptômes : P M Facteurs de risque : P M Prévention : P M
 Évolution : P M Tx pharmacologiques : P M Tx non pharmacologiques : P M Procuration/Mandat : P M
 Livre " La maladie d'Alzheimer " Dr F. Massoud et Dr A. Robillard remis :

SUIVI	Date 2018-06-18	Date	Date									
Tension artérielle	140/82/64											
Poids	211 lbs											
Hospitalisation récente < 8 mois	non											
Nombre d'hospitalisations dernière année	0											
MMSE	23/30											
MOCA												
Horloge												
Formulaire RAMQ	complété ce jour											
Prochain Rx médical	ce jour											
Ajustement médication → C : cessé P : poursuivi A : augmentation D : diminution	augm à 10 mg											
HABITUDES DE VIE	Problème	Compensé	Problème	Compensé	Problème	Compensé						
	N	O	C	NC	N	O	C	NC	N	O	C	NC
Alimentation/Hydratation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Tabac/alcool/drogue	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Activité/Loisirs/Passe-temps	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Sommeil/leste	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
AVQ												
Se Nourrir/Se lever/Se habiller	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Entretiens sa personne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Fonction vésicale/intestinale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
SUIVI	Date	Date	Date									
AVQ	Problème	Compensé	Problème	Compensé	Problème	Compensé						

À chaque visite (ou selon les besoins cliniques)

	N	O	C	NC	N	O	C	NC	N	O	C	NC
Entretiens la maison Intext	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Faire la lessive	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser le téléphone	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les moyens de transports	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduite automobile	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Gérer le budget	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Prendre ses médicaments	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Rester seul à la maison	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mandat /Procuration	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMMUNICATION												
Voir/Parler/Entendre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPORTEMENT												
Agitation <input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> physique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité/irritation <input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> physique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinations <input checked="" type="checkbox"/> visuelles <input type="checkbox"/> auditives	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
État dépressif/anxiété	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idées paranoïdes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désinhibition	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emances/Fugues	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COGNITION												
Répète souvent/pose les mêmes questions	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oublie les faits récents	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oublie les fêtes/RD/Véènements de famille	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cherche ses mots/noms/objets	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A des difficultés d'attention/concentration	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation spatiale (se perd en auto, cherche sortie centre commercial)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres												
<input type="checkbox"/> Mobilité <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Douleur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
État de santé physique et psychologique de l'aidant/conjoint	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation de crise imminente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relocalisation à envisager	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Initiales	Karine Ménard											

Notes Infirmières		
voir note DME		
Signatures/Initiales : Karine Ménard infc	Signatures/Initiales :	Signatures/Initiales :

Rencontre de suivi 6 mois après le diagnostic

Selon M



- État stable, bonne mémoire, pas de plainte.
- Souriant et enjoué pendant la rencontre. Volubile.



Selon conjointe:



Évaluer si SCPD et intervenir

- Désinhibition verbale et comportementale exacerbée (début des conversations avec des étrangers, s'intègre dans les discussions d'étrangers)
- Imite Mme dans ce qu'elle fait (ex: prend du sirop, doit en prendre..)
- A fait des dons d'\$

Au niveau AVQ/AVD:

- M aide encore pour AVQ/AVD. Il vide le lave-vaisselle, peut faire réchauffer les aliments, fait les lits, s'occupe des chats (nourriture, entretien litière..)

Suivi TS au GMF.

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE DANS LA DÉMENCE (IFD)

Nom: M Roger Bemier		No de dossier:	
Date: 2018-06	MMS:	GDS:	IFD:
Répondant: Denise Longval		Degré de parenté ou autre: conjointe	
Préciser tout désordre du système moteur ou sensitif: AUCUN			
Examineur: Karine Ménard Infi		Durée:	
Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) <u>M Roger Bemier</u> sans aide ou rappel,			
HYGIÈNE		COTATION: OUI=1 NON=0 N/A=Non Applicable	
A entrepris de se laver ou de prendre un bain ou douche	1		
A entrepris de se brosser les dents ou de nettoyer sa prothèse dentaire	1		
A décidé de prendre soin de ses cheveux (laver et peigner)	1		
A préparé l'eau, les serviettes, le savon pour se laver ou prendre un bain ou une douche		1	
S'est lavé/e et séché/e complètement, toutes les parties du corps, de façon sécuritaire			1
S'est brossé/e les dents ou a nettoyé sa prothèse dentaire adéquatement			1
A pris soin de ses cheveux (laver et peigner)			1
HABILLEMENT			
A entrepris de s'habiller	1		
A choisi des vêtements appropriés (selon l'occasion, la météo, l'état de propreté et l'agencement des couleurs)		1	
S'est habillé/e dans l'ordre approprié (sous-vêtements, robe/pantalon, chaussures)		1	
S'est habillé/e complètement			1
S'est déshabillé/e complètement			1
CONTINENCE			
A décidé d'utiliser les toilettes au moment opportun	1		
A utilisé les toilettes sans "accidents"			1
ALIMENTATION			
A décidé qu'elle avait besoin de manger	1		
A choisi les ustensiles ou assaisonnements appropriés en mangeant		1	
A mangé ses repas à une vitesse normale et observé les bonnes manières			1
PRÉPARATION DE REPAS			
A entrepris de se préparer un repas léger ou une collation	1		
A correctement planifié un repas léger ou une collation (ingrédients, ustensiles de cuisine)		1	
A préparé ou fait cuire un repas léger ou une collation de façon sécuritaire			1
UTILISATION DU TÉLÉPHONE			
A entrepris de téléphoner à quelqu'un de précis à un moment convenable	1		
A correctement trouvé et composé un numéro de téléphone		1	
A tenu et complété adéquatement une conversation téléphonique			1
A noté et transmis adéquatement un message téléphonique			1

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE DANS LA DÉMENCE (IFD)

Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) M Roger Bemier sans aide ou rappel,

	Initiative	Planification & Organisation	Autonomie									
DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR COTATION: OUI=1 NON=0 N/A=Non Applicable												
A entrepris de sortir à l'extérieur (marche, visite, magasinage) à un temps approprié	1											
A organisé une sortie adéquatement tel que le mode de transport, clés, destination, météo, argent nécessaire et liste d'achat(s)		0										
Est sorti/e et s'est rendu/e à une destination familière sans se perdre			1									
A utilisé de façon sécuritaire un moyen de transport (auto, autobus, taxi) approprié			1									
Est revenu/e de magasinage avec les articles annoncés			1									
FINANCES ET CORRESPONDANCE												
A démontré de l'intérêt pour ses affaires personnelles, telles que ses finances ou sa correspondance écrite	1											
A organisé ses finances pour payer ses factures (chèques, carnet de banque, factures)		0										
A organisé sa correspondance adéquatement tel que le papier à lettres, les adresses, les timbres		0										
A manipulé adéquatement son argent (faire de la monnaie)			1									
MÉDICAMENT												
A décidé de prendre ses médicaments au bon moment	0											
A pris ses médicaments tels que prescrits (selon la bonne dose) DyspII			1									
LOISIRS ET ENTRETIEN DOMESTIQUE												
A démontré de l'intérêt dans une/des activité(s) de loisir	1											
A démontré de l'intérêt dans les travaux domestiques qu'elle avait l'habitude d'effectuer dans le passé	1											
A planifié et organisé adéquatement des tâches domestiques qu'elle avait l'habitude d'effectuer dans le passé		0										
A complété adéquatement des tâches domestiques qu'elle avait l'habitude d'effectuer dans le passé			1									
Est demeuré/e seul/e à la maison en toute sécurité au besoin			1									
Commentaires:		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black;">SOUS-TOTAL / #items applicables</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">/ 12 / 6</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">87</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">IFD TOTAL / #items applicables</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">/ 35</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">88%</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">IFD TOTAL en pourcentage</td> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; text-align: center;">88%</td> </tr> </table>		SOUS-TOTAL / #items applicables	/ 12 / 6	87	IFD TOTAL / #items applicables	/ 35	88%	IFD TOTAL en pourcentage	88%	
SOUS-TOTAL / #items applicables	/ 12 / 6	87										
IFD TOTAL / #items applicables	/ 35	88%										
IFD TOTAL en pourcentage	88%											

Résultat: 88%

Surtout difficultés d'organisation/planification

Suivi médication

SUIVI

- ▶ Après l'amorce d'un traitement avec un IChE et (ou) la mémantine, il devrait y avoir :
 - un **suivi par téléphone ou en personne dans les trois mois** afin d'évaluer la tolérance et l'adhésion au traitement.
 - une **visite médicale et un suivi clinique, six mois après le début du traitement**, afin d'évaluer l'efficacité du médicament sur le fonctionnement intellectuel, l'humeur, le comportement, l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, les activités de la vie domestique et les interactions sociales, et de renouveler la prescription, si nécessaire.
- ▶ Le patient et son aidant devraient être **revus au moins une ou deux fois/année** par la suite (ou plus souvent, selon le jugement du clinicien).
- ▶ Lors de chacune des visites, les éléments suivants devraient être évalués :
 - Efficacité du traitement en fonction des objectifs thérapeutiques fixés
 - Présence d'effets indésirables
 - Adhésion au traitement
 - Gestion des interactions médicamenteuses (incluant les médicaments en vente libre et produits de santé naturels)
 - Fardeau et besoins de l'aidant
 - Poids
 - Signes vitaux
 - Bilan initial des fonctions hépatiques et rénales, puis suivi annuel ensuite
 - Surveillance de l'état des yeux pour les patients prenant de la mémantine

Suivi état mental et physique

Aricept 10 mg bien toléré.

Dyspill + rappels de sa conjointe. Aucun oubli.

TA: 132/70 82

Poids stable à 211 lbs

S'alimente bien.

Aucune chute

MEEM: 23/30 (perte de 2 points en 6 mois)

Légère détérioration mnésique

RAMQ complété et discussion avec Dr Patry qui le rencontre ensuite.



2B. VISITE DE RÉÉVALUATION MÉDICALE selon l'évolution de l'utilisateur

- A. 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
- B. Déterminer si investigations ou consultations supplémentaires (ex. : Clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue)
- C. Déterminer le niveau de soins ? Directives médicales anticipées (DMA) ?
- D. Décider si poursuite des inhibiteurs de la cholinestérase ou de l'antagonistes récepteur NMDA **2**
 - Compléter la demande d'autorisation de médicament d'exception [si besoin] ;
- E. Si présence de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), se référer au Processus clinique visant le traitement des SCPD.

Aucune plainte, va bien

Test sur route réussi en janvier.

Conduite auto sécuritaire selon conjointe.

Aricept 10 mg bien toléré

Signes vitaux N

MEEM: 23/30 vs 25/30 ; AVQ/AVD stables.

Démence d'Alzheimer relativement stable. Poursuivre Aricept 10mg et Revoir dans 1 an



Relance téléphonique (4 mois + tard)



- Mme nomme son inquiétude vis-à-vis la conduite auto de son conjoint, se chicane régulièrement en ce sens.
- Aurait eu l'appel pour intégrer le centre de jour mais aurait refusé attestant que c'est pour les «petits vieux».

• Ententes:

- Discuter avec l'infirmière GMF + prévoir un rendez-vous conjoint (M. avec l'infirmière et Mme et moi)
- Infirmière fera (trail B) + renforcera l'intégration au Centre de jour (stratégies) et la participation à des activités sociales (anciens combattants) (pour diminuer l'ennui et améliorer le sentiment d'utilité de M.)



Rencontre avec Mme au GMF



INTERVENTIONS:

- Documentons les nouvelles difficultés fonctionnelles et comportemental
- Offrons de l'écoute et du soutien psychosocial en lien avec la honte de Mme à sortir en public avec son conjoint.
- Psychoéducation lien avec les comportements de M. et les approches de base à adopter

ENTENTES:

- Relance à la Société Alzheimer pour intégration au centre de jour
- Démarches pour du répit et des activités sociales pour M.
- Relance téléphonique dans 3 mois (nous contactera avant au besoin)



4 niveaux de fardeau:

- 0 et 20 signifie l'absence de fardeau à un léger fardeau;
- 21 et 40 un fardeau léger à modéré;
- 41 et 60 un fardeau modéré à sévère;
- 61 et 88 un fardeau sévère

12 juin 2018

Denise Longval
1936-08-10

Le guide du
maintien à domicile
des personnes âgées

RCAM

► Grille de ZARIT d'évaluation du fardeau

Le questionnaire suivant présente une liste d'affirmations caractérisant l'état habituel des gens qui ont la charge quotidienne de quelqu'un d'autre. La grille permet une évaluation de cette charge pouvant aller de léger à modéré jusqu'à sévère.

Après chaque affirmation, l'aidant indique s'il ressent cet état :

0 = jamais
1 = rarement
2 = parfois
3 = assez souvent
4 = presque tout le temps

- | | |
|--|-------|
| 1. Sentez-vous que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ? | [3] |
| 2. Pensez-vous que vous n'avez pas assez de temps pour vous-même parce que vous le consacrez à votre parent ? | [0] |
| 3. Vous sentez-vous surmené parce que vous vous occupez de votre parent alors que vous affrontez en même temps d'autres responsabilités familiales ou sociales ? | [0] |
| 4. Êtes-vous gêné par le comportement de votre parent ? | [3] |
| 5. Êtes-vous irrité quand votre parent est près de vous ? | [1] |
| 6. Sentez-vous que votre parent a souvent une influence négative sur vos relations avec les autres membres de votre famille ou avec vos amis ? | [1] |
| 7. Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ? | [0] |
| 8. Pensez-vous que votre parent est à votre charge ? | [0] |
| 9. Vous sentez-vous tendu auprès de votre parent (propos répétitifs) ? | [2] |
| 10. Pensez-vous que votre santé est touchée du fait de votre engagement auprès de votre parent ? | [0] |
| 11. Pensez-vous que vous n'avez pas autant d'inimitié que vous le désireriez en présence de votre parent ? | [0] |
| 12. Pensez-vous que votre vie sociale ait été affectée depuis que vous vous occupez de votre parent ? | [0] |
| 13. Vous sentez-vous mal à l'aise à cause de votre parent pour recevoir des amis ? | [0] |
| 14. Pensez-vous que votre parent semble attendre de vous que vous vous occupiez de lui comme si vous étiez la seule personne capable de le prendre en charge ? | [0] |
| 15. Pensez-vous que vous ne comptez pas les autres frais que vous n'avez pas assez d'argent pour payer ? | [0] |

Attention aux aidants qui minimisent

Histoire biographique (M-SCPD-02)

Patient : [redacted]	Personne ressource [redacted]
GMF: Loretteville	Médecin de famille : [redacted] Blouin
Complété par : [redacted]	Date : 2018-03-14

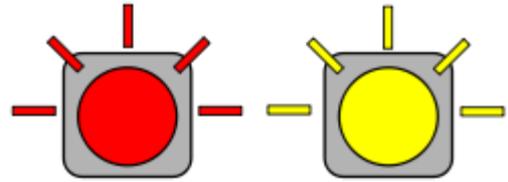
Invitez un membre de la famille pour vous aider à compléter l'histoire biographique, si cela vous semble pertinent d'après votre jugement clinique

Catégories	Exemples de questions types	Informations recueillies
Famille	Qui est le (la) conjoint(e) + décrire sa vie couple ?	[redacted] & très bonne vie de couple
	Combien d'enfants et de petits enfants la personne a-t-elle?	<u>1</u> fils <u>0</u> filles <u>5</u> petits-enfants
	Combien de frères et de sœurs a-t-elle?	<u>1</u> frères <u>2</u> sœurs
	Quel type de relations la personne entretient-elle avec sa famille?	très bonnes relations
	Est-ce qu'il y a présence de conflits familiaux?	non
	Est-ce qu'il y a des personnes significatives à l'extérieur des membres de la famille?	non
	Est-ce que la personne reçoit de la visite (fréquence, durée, qui la visite la plus souvent)?	non

Autres catégories:

- Travail
- Provenance
- Passions
- Réalisations
- Habitudes de vie
- Routines
- Évènements marquants
- Personnalité et qualités

Rencontre pour évaluation conduite automobile



Conjointe est de plus en plus inquiète lorsque M conduit

M est distrait sur la route, excède les limites de vitesse.
Parfois, il ne se souvient plus où il doit aller.

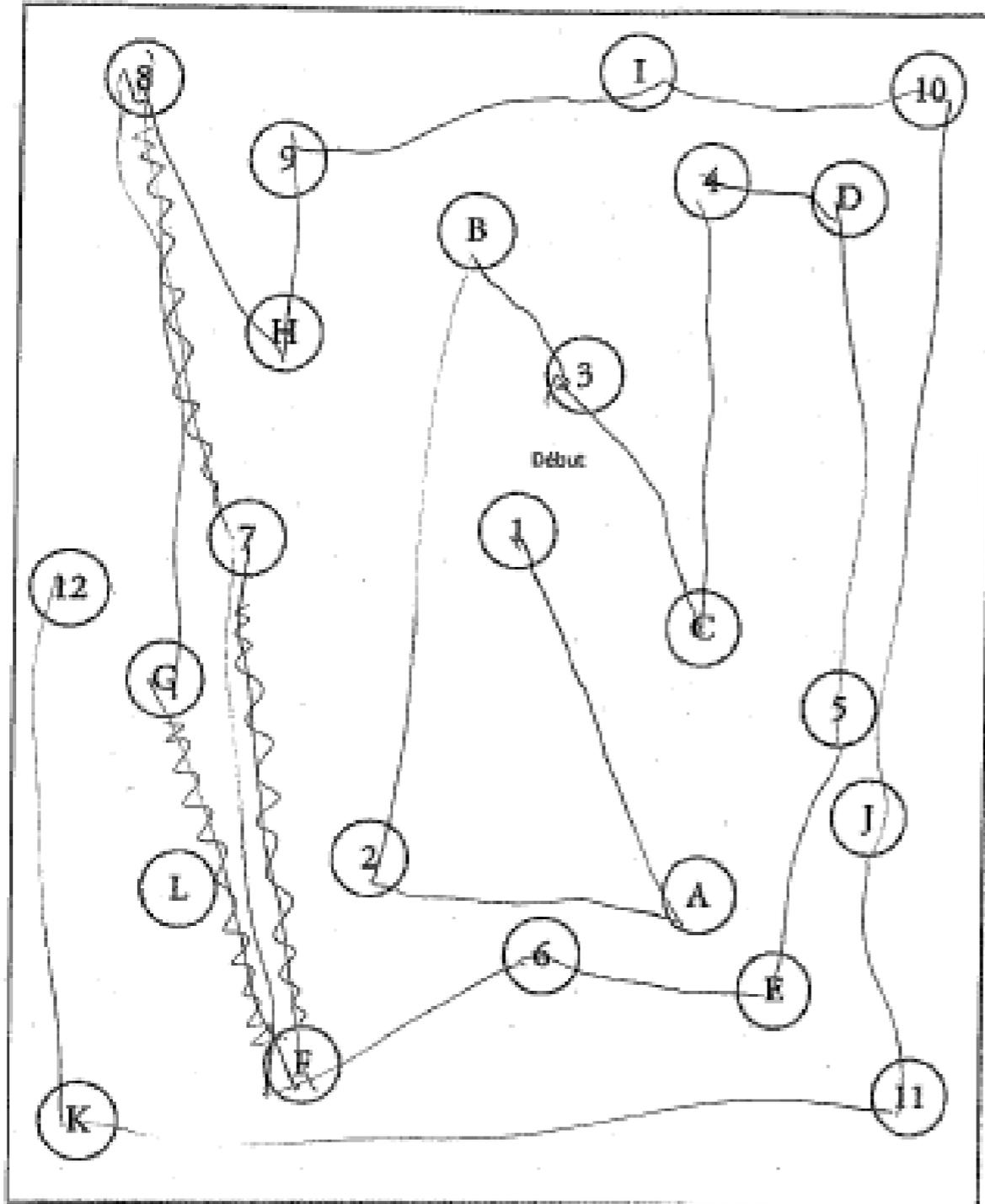
Il serait désorienté même dans les endroits familiers.

Mme refuse maintenant d'embarquer avec lui s'il conduit.

Nb: 3 erreurs anormal
temps: 2min 23 sec

Trail B:

Annexe J
Trail Making B



Temps: 2 min. 23 sec

Erreurs: 3

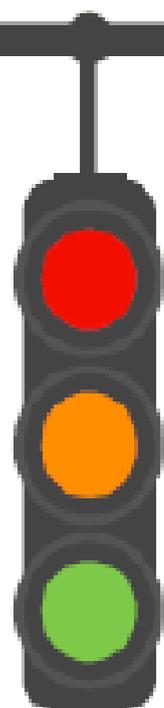
Anormal

Tableau 2. Scores seuils aux tests Trail Making A et B

TEST	RÉSULTAT
Trail Making A	
• Dangereux	• > 2 min. ou ≥ 2 erreurs
Trail Making B	
• Sûr	• < 2 min. et < 2 erreurs
• Incertain	• 2–3 min. ou 2 erreurs (tenir compte de l'information qualitative, dynamique sur la façon dont le test a été exécuté – lenteur, hésitation, anxiété, impulsivité ou comportement persévérant, absence de concentration, corrections multiples, oubli des instructions, incapacité de comprendre le test, etc.)
• Dangereux	• > 3 min ou ≥ 3 erreurs (règle du 3 ou 3)

D'après Molnar et collab.¹⁰

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 collab.¹⁰



Enseignement conduite automobile



Information donnée sur la conduite auto et la démence.

Avisé que éventuellement, il ne pourra plus conduire.

M comprend mais croit qu'il n'a aucun problème a conduire actuellement (peu d'autocritique)

Document de la SAAQ (Au volant de ma santé) discuté et remis à M en présence de sa conjointe.





Au volant de ma santé et une publication de la SAAQ qui vise à sensibiliser les personnes âgées et les proches aidants sur le lien entre la santé globale et la conduite automobile sécuritaire.

<https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/document/s/publications/volant-sante.pdf>



Discussion à propos du Centre de jour.

M a été contacté la semaine dernière mais il a refusé en disant qu'il n'avait pas besoin d'aller là.

M informé qu'il pourrait y aller pour aider les autres comme il le fait avec les AA.

Conjointe nous dit que M semble s'ennuyer.

Sort 1 fois/sem aux réunions des AA (depuis 25 ans même s'il n'a jamais eu de problème d'alcool)

Sort parfois avec Mme pour faire du magasinage.

Il ressent plus d'insécurité lorsque Mme n'est pas avec lui et

Après discussion, M accepte l'inscription au Centre de jour et aux activités des Anciens combattants.

Discussion interdisciplinaire



Discussion avec Mireille TS

Objectif: Discuter des démarches convenues avec M et sa conjointe.

Mireille contactera la responsable du Centre de jour et l'Association des Anciens combattants.

Karine discutera avec Dr Patry des résultats du Trail B, des inquiétudes de Mme (Test sur la route?)

Discussion infirmière et médecin



Convenons que Dr Patry demandera un second test sur route vu:

- ❖ Inquiétudes de la conjointe
- ❖ Difficultés exécutives
(Trail B, horloge et difficultés aux AVQ/AVD..)

M et Mme avisés par téléphone. Mme rassurée, M en accord n'est pas inquiet

Suivi TS

1. Appel à la Légion des anciens combattants. Discussion avec le président du regroupement qui communiquera avec M. pour lui proposer une rencontre pour lui parler des différents services offerts:
 - ❖ officier d'entraide pour accompagnement dans des démarches de soutien et défense des droits
 - ❖ activités (café-rencontre, 5 à 7, activités de financement etc.)
2. Appel au Centre de jour de la Société Alzheimer. Relanceront M (besoin pour aider les autres..)





Relance téléphonique conjointe

Ont été contacté par la Société Alzheimer et les Anciens combattants

Rencontre à la Légion des AC prochainement pour tenter d'intégrer M. au regroupement afin qu'il puisse être bénévole selon ses capacités.

Mme se dit très satisfaite de l'accompagnement reçu

À suivre...

- Suivi interdisciplinaire se poursuit (TS, médecin, infirmière, travailleuse de milieu, pharmacie...)
- Discussions régulières avec le couple

Rôles des professionnels GMF

auprès de la clientèle troubles neurocognitifs et proches aidants

Rôle du médecin de famille GMF

- **Faire l'examen physique et neurologique**
- **Prescrire des examens complémentaires**
- **Diagnostic et rencontre avec le patient et son aidant**
- **Prescrire les traitements nécessaires**
- **Travailler en interdisciplinarité (équipes: GMF, CLSC, Hôpitaux, psychogériatrie, CIME)**

Références: services publics et privés ou aux professionnels GMF

Rôles de l'infirmière en GMF

```
graph TD; A[Rôles de l'infirmière en GMF] --- B[Repérage]; A --- C[Évaluation]; A --- D[Soutien diagnostic]; A --- E[Suivi];
```

Repérage

Évaluation

Soutien
diagnostic

Suivi

Repérage

Plainte cognitive (personne ou proche)
- Clientèle à risque présentant des signaux d'alarme



- ATCD AVC/ICT
- ATCD familiaux TNCM
- ATCD dépression majeure
- Apnée du sommeil instable
- Comorbidités métab/cardio instables
- Délirium récent
- 1^{er} épisode psychiatrique âge avancé
- Trauma crânien récent
- Parkinson
- TNC léger

- Changements mnésiques
- Pertes AVQ/AVD
- Troubles organisation/planification
- Déficit de la reconnaissance visuelle (agnosie)
- Troubles du langage (aphasie)
- Altération capacités motrices (apraxie)
- Modification personnalité, comportement, humeur



Histoire familiale, ATCD personnels, soutien social et familial, contexte psycho-social

Évaluation de la plainte/suspicion clinique (historique de la situation problématique)

Évaluation cognitive (MMSE (*Mini Mental State Examination-Folstein*) ou MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*))

Évaluation de l'autonomie fonctionnelle (questionnaire aidant, QAF..)

Repérage rapide de la dépression : GDS-4 (échelle de dépression gériatrique courte) ou QSP-9 (2 premières questions)

Si ordonnance collective pour investigation : tests sanguins selon les critères rencontrés

Évaluation initiale

Suivis infirmiers systématiques

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 des signes d'évolution de la maladie, information, risques, besoins..

RÔLES DE LA TS GMF

**(DANS UN CONTEXTE DE MALADIE D'ALZHEIMER ET
AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS)**

Volet proches aidants

Donner de l'information sur les maladies de mémoire (traitements non pharmacologiques, stades, SCPD, etc.). **ENCOURAGER** à participer aux groupes de soutien.

Normaliser les difficultés associées au deuil blanc et offrir de l'écoute active

Enseigner les techniques de communication, approches et stratégies pour minimiser les difficultés relationnelles et/ou les SCPD

Accompagner dans l'ambivalence au maintien à domicile VS changement de milieu de vie

Informé et accompagner dans la mise en place de services publics et communautaires

Repérer les risques: (d'épuisement, de maltraitance, etc.)

Informé sur les mesures médico légales et l'aide financière disponible.

Accompagner dans la mise en place de stratégies pour favoriser l'autonomie de la personne atteinte

Soutenir à identifier ses limites personnelles et outiller à mieux gérer ses émotions.

Sensibiliser sur les effets néfastes de l'isolement social et mobiliser le réseau de soutien



Volet personnes atteintes de TNCM

Donner de l'information sur les maladies de mémoire (traitements non pharmacologiques, stades, SCPD, etc.)

ENCOURAGER à adopter des saines habitudes de vie: activités sociales / physiques, stimulation cognitive, alimentation équilibrée, participation au Centre de jour

Soutien dans le deuil des pertes: permis de conduire, langage, mémoire, repères, relations sociales, activités.

Accompagner dans l'ambivalence au maintien à domicile VS changement de milieu de vie

Repérer les risques: (de chute, de maltraitance, dénutrition, de feu, etc.)

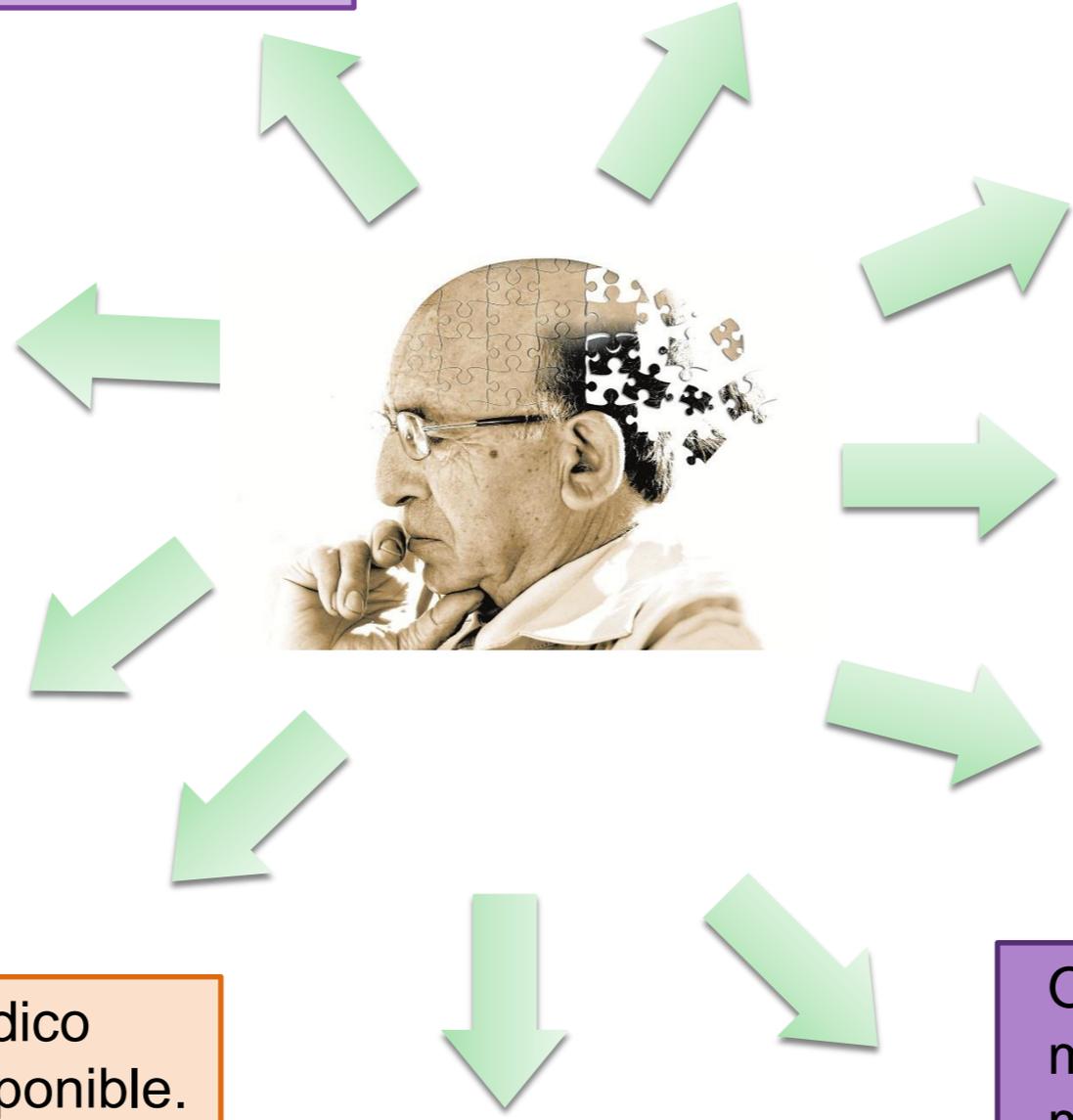
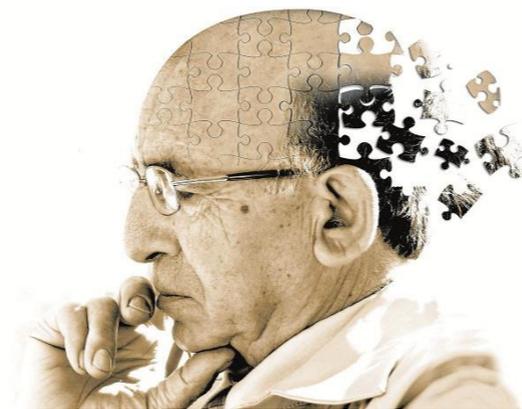
Informier et accompagner dans la mise en place de services (STAC, popote, etc.)

Accompagner dans la mise en place de stratégies pour favoriser l'autonomie de la personne atteinte

Informier sur les mesures médico légales et l'aide financière disponible.

Orienter vers les travailleurs de milieu pour clientèle plus méfiante

Sensibiliser sur les effets néfastes de l'isolement social et mobiliser le réseau de soutien



**Facteurs de
risque qui
encouragent
l'équipe GMF à
référer vers TS**

**Client en investigation de
TNC, maladie de stade
léger à modéré ou TNC de
novo**

**Proche aidant
(conjoint, enfant,
voisin, ami)**

**Présomption d'abus et
de maltraitance**

Abus de substances

**Isolement social et
ennui**

**Difficulté d'adaptation
au diagnostic**

**Violence conjugale et
familiale**

**Anxiété, stress,
éléments dépressifs,
SCPD**

**Réseau incapable
d'assumer son rôle ou
limité**

Déni ou minimise

Mandat de la TS du Soutien à domicile

**Clientèles
cibles**



**Troubles cognitifs
modérés à avancés**



Proches aidants

Détresse psychologique ou incapacité de l'aidant et du réseau

Problèmes concernant les ressources financières

Milieu de vie non adapté et sécurité compromise

Relocation à venir en hébergement

Mesure de protection imminente (homologation de mandat)

Maltraitance, abus et négligence documentée

TNCM modérés à avancés et comorbidités physiques ++

