

# Évaluation globale, adhésion au traitement,

...

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

## Par

- Karine Ménard, infirmière clinicienne, GMF Loretteville, personne-ressource territoriale de la Capitale-nationale,

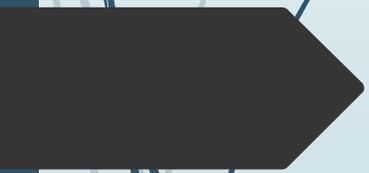
Date : 17 février 2017, révisé le 29 mars 2019

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

Québec



# Évaluation initiale et suivi infirmier des TNCM en première ligne



## Repérage et évaluation des troubles neurocognitifs majeurs

Karine Ménard, infirmière clinicienne GMF et infirmière ressource territoriale pour le  
CIUSSSCN

A dark blue arrow points to the right from the left edge of the slide. Below it, several thin, curved lines in shades of blue and grey sweep across the left side of the page.

# Conflits d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt



# Objectifs visés par cette formation

**L'infirmière clinicienne en GMF sera en mesure de:**

- **Reconnaître les symptômes et les signaux d'alarme de la MA ou d'autres TNC**
- **Connaître les facteurs pouvant influencer la performance aux outils de repérage/ évaluation psychométriques**
- **Réaliser le repérage et l'évaluation initiale des TNC**
- **Assurer le suivi conjoint de la clientèle avec TNCM**
- **Créer une alliance thérapeutique avec la personne et son aidant**



# Troubles neurocognitifs majeurs.. pourquoi pas démences?

Dans le cadre du présent rapport de l'INESSS, le terme démence a été remplacé par :

**Troubles neurocognitifs légers (TCL, MCI)**

et

**Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (TNCM)**

# Rôles de infirmière pivot TNC

**REPÉRAGE** (facteurs de risques, plaintes, signes cliniques)

**SUIVI** (évolution, médication O.C. évaluation risques, SCPD..)

**ÉVALUATION**  
(collecte, histoire, tests psychométriques, labo..)

**ENSEIGNEMENT**  
(maladie, prévention, risques..)



**AIDE AU  
DIAGNOSTIC/DISCUSSION  
AVEC MÉDECIN**

**RÉFÉRENCES** (TS GMF, médecin, SAD, organismes communautaires..)

# Processus clinique interdisciplinaire de proximité pour les GMF: Volets diagnostique et suivi

## PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE – SERVICES DE PROXIMITÉ EN GMF TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC) VOLET DIAGNOSTIC (1)

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

### 1. REPÉRAGE<sup>1</sup> — 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 ou 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. : [ADRS](#)<sup>1</sup> OU [2 mots Dubois](#)<sup>1</sup> et [Horloge](#)<sup>1</sup> OU [MCI](#)<sup>1</sup> 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](#)<sup>1</sup>, encourager la gestion des facteurs de risques et informer des [10 signes précurseurs](#)<sup>1</sup>.

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 <sup>2</sup>
- Examen physique : vision, audition, problème de langage, signes vitaux avec TA couché-debout, qualité du sommeil, mobilité, poids, etc.
- Repérages : abus de substances (alcool, drogues)

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

<sup>1</sup> = Travailleur social <sup>2</sup> = Pharmacien <sup>3</sup> = Organismes communautaires <sup>4</sup> = Équipe du soutien à domicile

## PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE – SERVICES DE PROXIMITÉ EN GMF

### TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC)

#### 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

<sup>1</sup> = Travailleur social <sup>2</sup> = Pharmacien <sup>3</sup> = Organismes communautaires <sup>4</sup> = Équipe du soutien à domicile

### 1. 1<sup>er</sup> APPEL TÉLÉPHONIQUE PAR L'INFIRMIÈRE POUR TOUS LES NOUVEAUX DIAGNOSTICS TNCM (2-4 SEMAINES)

- 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 l'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 et si l'usager est lui-même un proche aidant ;
- Si suivi par CLSC/Souhen à domicile (SAD), demander l'autorisation à l'usager pour communiquer le nouveau diagnostic ; <sup>1</sup>
- Informé du prochain rendez-vous et des services de la Société d'Alzheimer et de l'APPUI pour les proches aidants d'ânés <sup>3</sup>

ENSEIGNEMENT PRIORITAIRE (une 2<sup>e</sup> rencontre peut-être nécessaire en présence ou téléphonique)

- Information sur le trouble neurocognitif majeur diagnostiqué : [Maladie Alzheimer](#)<sup>1</sup> et [MIA](#)<sup>2</sup>, [Démence Vasculaire](#)<sup>4</sup>, [Coras Lewy](#)<sup>4</sup>, Les stades de la maladie d'Alzheimer ([Usager](#))<sup>1</sup> (Professionnel, [p.2](#))<sup>1</sup>
- Conseils et suggestions visant à faciliter l'accompagnement de votre proche ([Info-1](#))<sup>1</sup> ([Info-2](#))<sup>4</sup>
- Votre médication ([Usager](#))<sup>1</sup>

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

Privilégier la même infirmière du GMF

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

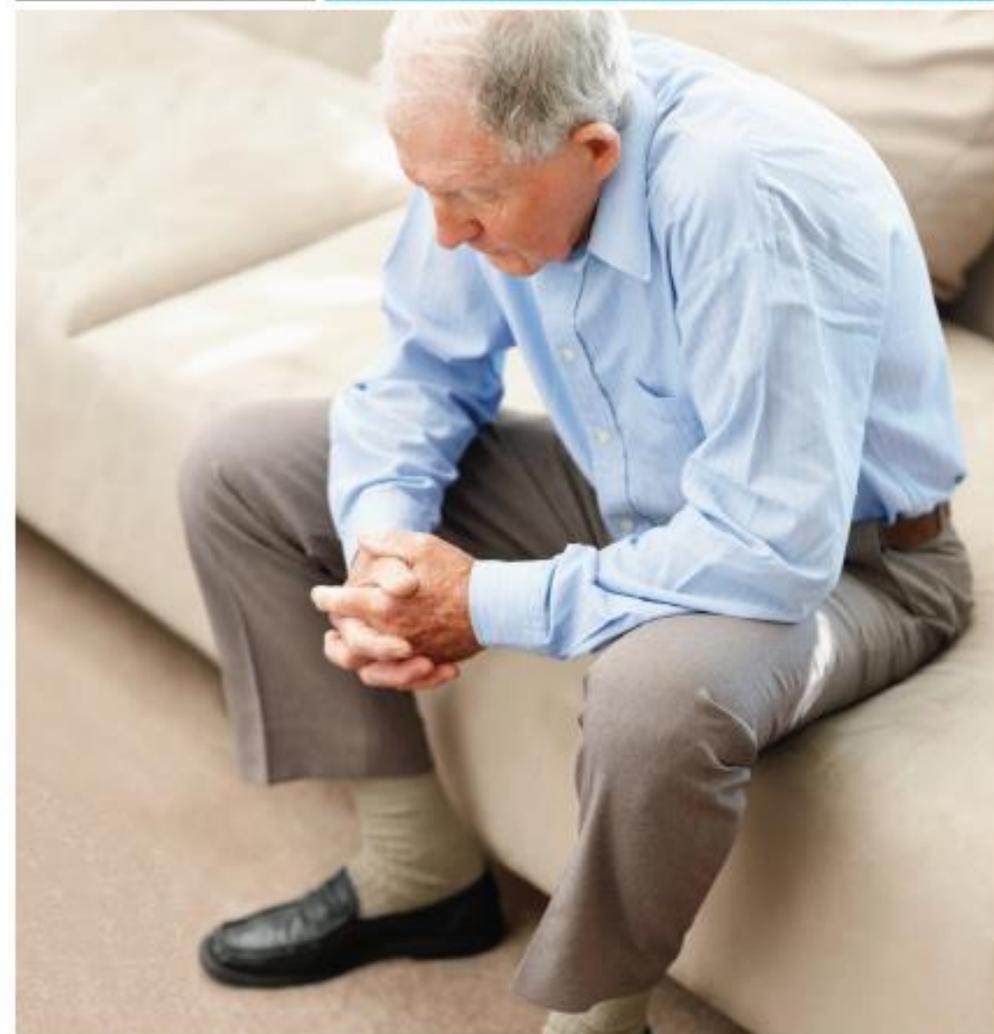
- Évaluer la condition physique
- Évaluer la condition mentale
  - si Inhibiteurs cholinestérase ou antagonistes récepteur NMDA ou selon besoin, effectuer un MMSE
  - si présence de symptômes comportementaux de la démence (NPI-R)<sup>11</sup> version courte), [évaluer les causes](#), [p.8](#)<sup>11</sup> et intervenir si nécessaire
- Relever la présence d'enjeux fonctionnels possiblement liés à un trouble neurocognitif
  - Outils pour obtenir l'impression du proche-aidant : ex. : [QAF](#)<sup>12</sup>, [IFD](#)<sup>13</sup>, [IQCODE](#)<sup>14</sup>, etc.
- Évaluer si amélioration, stabilisation ou détérioration de la condition avec l'information obtenue précédemment ;
- Continuer le suivi inscrit dans la section « SUIVI COGNITIF STANDARD » selon la situation de l'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 des organismes communautaires. <sup>1</sup> <sup>2</sup> <sup>3</sup> <sup>4</sup>

### 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,
- Si SCPD, identifier les causes ([p.8](#))<sup>11</sup> et intervenir si nécessaire
- Déterminer si investigations ou consultations supplémentaires (ex. : Clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue)
- Discuter du [niveau de soins](#)<sup>11</sup> et des directives médicales anticipées ([DMA](#))<sup>17</sup> selon la situation clinique ;
- Décider si poursuite des inhibiteurs de la cholinestérase ou de l'antagonistes récepteur NMDA <sup>2</sup>
  - Compléter la demande d'autorisation de médicament d'exception (si besoin) ;

## INESSS:

Document synthèse pour le repérage,  
l'annonce du diagnostic et le suivi





## RAPPEL: Conditions pour repérage INESSS

- ▶ Aucun repérage systématique
- ▶ Repérer seulement si **plainte cognitive** de la personne ou d'un de ses proches ou si **clientèle à risque avec présence de signaux d'alarme**

## 1. REPÉRAGE<sup>1</sup> — *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 inexplicquée.

*Particularité : Si le but de la visite est le renouvellement du permis de conduire*

# Repérage cognitif INESSS

## Comment?

Avec tests de repérage psychométriques rapides si peu de temps disponible pour l'évaluation (5 mots Dubois ou MIS + Horloge)

Ou

Avec tests de repérage psychométriques plus complets si plus de temps disponible pour l'évaluation (MEEM, MoCa..)

*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<sup>2</sup>) OU 5 mots Dubois<sup>3</sup> et Horloge<sup>4</sup>  
OU MIS<sup>5</sup> et Horloge OU autres tests cognitifs rapides

**Si repérage négatif**

*Revoir dans 6 mois à 1 an ou si changement*

*Valoriser les bonnes habitudes de vie,  
promouvoir la santé cognitive<sup>6</sup>, encourager  
la gestion des facteurs de risques et  
informer des 10 signes précurseurs<sup>7</sup>.*

**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\**

**Si repérage positif**



## Si résultat du repérage normal

**Revoir dans 6 mois-1an ou si changement**

**Valoriser saines hab. de vie et contrôle des facteurs de risque modifiables**

## Si résultat du repérage anormal

**Si repérage fait par médecin, référer à infirmière**

**Si repérage fait par infirmière, discuter avec médecin puis revoir pour évaluation PRN**

## 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-9<sup>8</sup>](#) OU GDS4 ;
  - MMSE et [MoCA selon les recommandations de l'INESSS à la page 3<sup>9</sup>](#);
  - Changement de personnalité/de comportement/d'humeur, si changement : [NPI-R<sup>10</sup>](#) 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. : [QAF<sup>11</sup>](#), [IFD<sup>12</sup>](#), [IQCODE<sup>13</sup>](#), etc.
- E. Histoire familiale, contexte psychosocial, soutien social et familial, etc. **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

# 1<sup>ère</sup> évaluation infirmière

Description de la plainte/signes cliniques

Évaluation condition physique (médication, examen physique, repérage abus de substance..)

Évaluation de la condition mentale ( repérage de la dépression, tests cognitifs, repérage changements de comportement/personnalité..)

Évaluation fonctionnelle

Histoire familiale/contexte psychosocial

Références PRN (SAD ou TS GMF)

Enseignement sur la promotion de la santé cognitive

# LISTE DE VÉRIFICATION (CHECK LIST) REPÉRAGE et PROCESSUS MENANT AU DIAGNOSTIC



**LISTE DE VÉRIFICATION (CHECK LIST)**

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

**REPÉRAGE ET PROCESSUS MENANT AU DIAGNOSTIC**

008 Cliquez sur les parties pour plus de détails.

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

**Identification du patient**

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ N° de dossier : \_\_\_\_\_

Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_

**Identification du proche aidant (si présent)**

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Relation avec le patient : \_\_\_\_\_

**Situation familiale, psychosociale et environnementale du patient**

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

Habite :  Seul  Avec conjoint  Avec enfant(s)  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Scolarité du patient : \_\_\_\_\_ Emploi actuel ou antérieur : \_\_\_\_\_

Diplôme obtenu : \_\_\_\_\_ Retraité à : \_\_\_\_\_ ans

**Motif du repérage ou de l'évaluation**

► **Maladie rapportée par le patient ou les proches, suspicion clinique, facteurs de risque, diagnostic initial posé à l'urgence, etc.**

**Symptômes rapportés ou observés chez le patient**

► **Perle ou changement sur le plan de la mémoire, de la autonomie fonctionnelle, des fonctions exécutives, du langage, de la parole, de la motricité,  $\downarrow$  chutes, etc.**

**Facteurs à vérifier lors du processus menant au diagnostic**

Antécédents familiaux

Médication (y compris 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 : \_\_\_\_\_

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

Différents  Visuel  Compensé

Auditif  Compensé

Troubles antérieurs de langage (p. ex. : bilinguisme)

Problèmes physiques (p. ex. : handicap, paralysie)

Restrictions motrices (p. ex. : arthrite des doigts)

État affectif (p. ex. : anxiété, dépression)

Degré de vigilance ou de collaboration

Commentaires : \_\_\_\_\_

Attention : Il est conseillé d'utiliser les outils de repérage dans un environnement calme, sans bruit et sans distraction.

Sommaire de l'évaluation complète	Résultats des outils de repérage (si utilisé)*	Suivi à faire	Commentaires
<b>Examen clinique</b>	<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	
<b>Autonomie fonctionnelle</b>	<input type="checkbox"/> QAF : _____ <input type="checkbox"/> IFD : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Réévaluer prochain RV <input type="checkbox"/> Référence pour évaluation approfondie	
<b>Fonctions cognitives</b>	<input type="checkbox"/> 5 mots de Debole : _____ <input type="checkbox"/> Test de l'horloge : _____ <input type="checkbox"/> MMSE : _____ <input type="checkbox"/> MoCA : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Réévaluer prochain RV <input type="checkbox"/> Référence pour évaluation approfondie	
<b>Questions orale au proche aidant</b>	<input type="checkbox"/> ADL : _____ <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	
<b>Troubles du comportement et de l'humeur</b>	<input type="checkbox"/> NPI-R : _____ <input type="checkbox"/> QSP-R : _____ <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. Les questions et échelles de ces outils est basé sur le jugement de professionnels de la santé clinique. RV : rendez-vous.

**Examens paracliniques** ► En présence de résultats aux outils de repérage psychométriques à norme sexuelle atteinte fonctionnelle

Bilan sanguin de base : N : Normal A : Anormal		Autres tests : N : Normal A : Anormal	
<input type="checkbox"/> FSC	<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> RM cérébrale
<input type="checkbox"/> Glycémie	<input type="checkbox"/> Créatinine	<input type="checkbox"/> Syphilis	<input type="checkbox"/> CT scan
<input type="checkbox"/> Calcémie	<input type="checkbox"/> Électrolytes	<input type="checkbox"/> VIH	
<input type="checkbox"/> B12		<input type="checkbox"/> Folates	
Commentaires : _____		Commentaires : _____	

**Diagnostic : prise en charge du patient** ► À compléter par le médecin traitant ou l'infirmière

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Prise en charge en première ligne Prochain rendez-vous : \_\_\_\_\_

Amorçage d'une médication (précisez) : \_\_\_\_\_

Orientation vers les services spécialisés Raison (précisez) : \_\_\_\_\_

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



## 2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE

\*Accompagner par un proche connaissant la routine de l'utilisateur

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-9<sup>8</sup>](#) OU GDS4 ;
- MMSE et [MoCA selon les recommandations de l'INESSS à la page 3<sup>9</sup>](#);
- Changement de personnalité/de comportement/d'humeur, si changement : [NPI-R<sup>10</sup>](#) 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. : [QAF<sup>11</sup>](#), [IFD<sup>12</sup>](#), [IQCODE<sup>13</sup>](#), etc.

E. Histoire familiale, contexte psychosocial, soutien social et familial, etc. 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

# Description de la plainte cognitive PQRSTU

Le PQRSTU est une méthode d'évaluation d'un symptôme particulier.

- Il s'agit de questionner la **personne atteinte et/ou son proche** afin d'obtenir un portrait le plus juste possible de ce qu'elle ressent.
- Il peut être utilisé pour décrire une plainte cognitive

Tiré de L'examen clinique de l'aîné. Guide d'évaluation et de surveillance clinique

Auteur: Philippe Voyer

# Exemple de PQRSTU pour décrire une plainte cognitive

- **P:** Ajout d'une nouvelle médication (AGHO, hypnotique..) Décès récent de sa conjointe. Aucune mesure palliative identifiée.
- **Q:** Cherche ses mots, perd souvent ses lunettes et ses clefs. Impact fonctionnel: a cessé d'aller jouer aux cartes avec ses amis.
- **R:** N/A
- **S:** Se sent plus fatigué. Étourdissement, perte d'appétit
- **T:** Depuis environ 6 mois et semble s'aggraver. Tous les jours.
- **U:** Ne sait pas ce qui lui arrive.

## 2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE

\*Accompagner par un proche connaissant la routine de l'utilisateur

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-9<sup>8</sup>](#) OU GDS4 ;
- MMSE et [MoCA selon les recommandations de l'INESSS à la page 3<sup>9</sup>](#);
- Changement de personnalité/de comportement/d'humeur, si changement : [NPI-R<sup>10</sup>](#) 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. : [QAF<sup>11</sup>](#), [IFD<sup>12</sup>](#), [IQCODE<sup>13</sup>](#), etc.

E. Histoire familiale, contexte psychosocial, soutien social et familial, etc. **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

# Évaluation condition physique (collecte de données)

- **Facteurs de risque vasculaires** (HTA, diabète, DLP, obésité, tabagisme..)
- **ATCD personnels** (AVC ou ICT, délirium récent, 1<sup>ère</sup> dépression après 65 ans, apnée du sommeil..)
- **ATCD familiaux de TNC** (Alzheimer..)
- **Habitudes de vie** (alimentation, activité physique, consommation alcool, sommeil...)
- **Médication actuelle** (oublis? dyspill, PRN, produits naturels, médication aux propriétés anticholinergiques...)
- **Examen physique** (TA (assis/debout si nécessaire), poids, vision, audition..)

# Médication à éviter



MÉDICAMENTS AYANT DES PROPRIÉTÉS ANTICHOLINÉRGIQUES		
<b>Antiarythmiques</b> Disopyramide ( <i>Rythmodan</i> ®)	<b>Antimuscariniques urinaires</b> Oxybutyrine ( <i>Ditropan</i> ®) Solifénacine ( <i>Vesicare</i> ®) Toltérodine ( <i>Detrol</i> ®)	<b>Antispasmodiques</b> Dicyclomine ( <i>Bentylol</i> ®) Glycopyrrolate ( <i>Robinul</i> ®) Scopolamine (hyoscine) bromhydrate Scopolamine (hyoscine), butylbromure ( <i>Buscopan</i> ®)
<b>Antidépresseurs</b> Amitriptyline ( <i>Elavil</i> ®) Clomipramine ( <i>Anafranil</i> ®) Désipramine ( <i>Norpramin</i> ®) Fluoxétine ( <i>Prozac</i> ®) Nortriptyline ( <i>Aventyl</i> ®) Paroxétine ( <i>Paxil</i> ®)	<b>Antiparkinsoniens</b> Amantadine ( <i>Symmetrel</i> ®) Benztropine ( <i>Cogentin</i> ®) Pramipexole ( <i>Mirapex</i> ®) Procyclidine ( <i>Kemadrin</i> ®) Trihexyphénidyl ( <i>Artane</i> ®)	<b>Bronchodilatateurs</b> Théophylline ( <i>Theophyl SR</i> ®, <i>Uniphyll</i> ®)
<b>Antidiarrhéiques</b> Atropine-diphénoxylate ( <i>Lomotil</i> ®) Lopéramide ( <i>Imodium</i> ®)	<b>Antipsychotiques</b> Chlorpromazine ( <i>Largactil</i> ®) Clozapine ( <i>Clozaril</i> ®) Flupenthixol ( <i>Fluanxol</i> ®) Fluphénazine ( <i>Modécate</i> ®) Loxapine ( <i>Loxapac</i> ®) Méthotriméprazine ( <i>Nozinan</i> ®) Olanzapine ( <i>Zyprexa</i> ®) Perphénazine ( <i>Trilafon</i> ®) Pimozide ( <i>Orap</i> ®) Thiothixène ( <i>Navane</i> ®) Trifluopérazine ( <i>Stelazine</i> ®) Zuclopenthixol ( <i>Clopixol</i> ®)	<b>Narcotiques</b> Mépéridine ( <i>Demerol</i> ®)
<b>Antiémetiques</b> Dimenhhydrinate ( <i>Gravol</i> ®) Métoclopramide ( <i>Maxeran</i> ®) Prochlorpérazine ( <i>Stemetil</i> ®)		<b>Relaxants musculaires</b> Baclofène ( <i>Lioresal</i> ®) Cyclobenzaprine ( <i>Flexeril</i> ®) Orphénadrine ( <i>Norflex</i> ®) Tizanidine ( <i>Zanaflex</i> ®)
<b>Antihistaminiques</b> Diphénhydramine ( <i>Benadryl</i> ®) Hydroxyzine ( <i>Atarax</i> ®) Loratadine ( <i>Claritin</i> ®) Prométhazine ( <i>Phenergan</i> ®) Ranitidine ( <i>Zantac</i> ®)		<b>Effet cumulatif de plusieurs médicaments ayant des propriétés anticholinérgiques</b>

# MedStopper Plan

Arrange medications by:

Stopping Priority

CLEAR ALL MEDICATIONS

PRINT PLAN

Stopping Priority RED=Highest GREEN=Lowest	Medication/ Category/ Condition	May Improve Symptoms?	May Reduce Risk for Future Illness?	May Cause Harm?	Suggested Taper Approach	Possible Symptoms when Stopping or Tapering	Beers/ STOPP Criteria
RED	amitriptyline (Elavil) / Tricyclic antidepressant / chronic pain	☹️	☹️	☹️	If used daily for more than 3-4 weeks. Reduce dose by 25% every week (i.e. week 1-75%, week 2-50%, week 3-25%) and this can be extended or decreased (10% dose reductions) if needed. If intolerable withdrawal symptoms occur (usually 1-3 days after a dose change), go back to the previously tolerated dose until symptoms resolve and plan for a more gradual taper with the patient. Dose reduction may need to slow down as one gets to smaller doses (i.e. 25% of the original dose). Overall, the rate of discontinuation needs to be controlled by the person taking the medication.	cramping, diarrhea, nausea, sweating, hot or cold flashes, headache, dizziness, flu-like symptoms, fatigue, anxiety, restlessness, trouble sleeping, vivid dreams, tremors, muscle aches, confusion, pounding heart (palpitations), unusual movements, mood changes.	Details
RED	zolpidem (Ambien) / Non- benzodiazepine sedative / insomnia	☹️	☹️	☹️	If used daily for more than 3-4 weeks. Reduce dose by 25% every week (i.e. week 1-75%, week 2-50%, week 3-25%) and this can be extended or decreased (10% dose reductions) if needed. If intolerable withdrawal symptoms occur (usually 1-3 days after a dose change), go back to the previously tolerated dose until symptoms resolve and plan for a more gradual taper with the patient. Dose reduction may need to slow down as one gets to smaller doses (i.e. 25% of the original dose). Overall, the rate of discontinuation needs to be controlled by the person taking the medication.	rebound insomnia, tremor, anxiety, as well as more serious, rare manifestations including hallucinations, seizures, and delirium	Details

PRINT PLAN



## TIRÉ À PART

Revue du Secteur des Sciences de la Santé de l'Université catholique de Louvain

### STOPP/START, VERSION.2

#### UN OUTIL À JOUR POUR LA QUALITÉ DE LA PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS

O. Dalleur<sup>1,2</sup>, A. Mouton<sup>1</sup>, S. Marien<sup>2,3</sup>, B. Boland<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Pharmacie, Cliniques universitaires Saint-Luc; <sup>2</sup>Louvain Drug Research Institute/Clinical Pharmacy (LDRI/CLP); <sup>3</sup>Gériatrie, Cliniques universitaires Saint-Luc; <sup>4</sup>Institut de recherche santé et société (IRSS), Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique

Adresse de correspondance : Olivia.Dalleur@uclouvain.be

Une des critères STOPPv2 (Screening Tool of Older Person's Prescriptions, version 2), regroupés par médicaments

critère	à situation suivante → potentiellement inapproprié (> 65 ans) : envisager son arrêt
anticoagulant	Dans tous les cas
à indication, ngue, même classe)	Dans tous les cas
a fortiori si > 4 semaines pour insomnies ou anxiété (à diminuer progressivement) si insuffisance respiratoire	
ne)	Dans tous les cas (zolpidem, zopiclone)
a fortiori si	Dans tous les cas
prostatisme / globe vésical & effet anticholinergique modéré à marqué syndrome parkinsonien ou démence à corps de Lewy (sauf pour clozapine et quétiapine) symptômes psycho-comportementaux (sauf si sévères et échec non-pharmacologique) insomnies (sauf si dues à psychose ou démence) phénothiazine comme neuroleptique de 1 <sup>ère</sup> ligne	
tricyclic	& dépression, en 1 <sup>ère</sup> ligne
linérgique	& démence, glaucome angle aigu, trouble de conduction, ou prostatisme/globe vésical
RS	& hyponatrémie (Na <sup>+</sup> < 130mmol/l) concomitante ou récente
inesthésie	& asthme, bradycardie, bloc de conduction cardiaque, ou syncopes inexpliquées
dopamine	& tremblements essentiels bénins
	& douleur légère, en 1 <sup>ère</sup> ligne
	& à dose > 160 mg/j
	& antécédent d'ulcère gastroduodénal sans IPP
	& anticoagulant oral pour une fibrillation atriale
	& clopidogrel en prévention 2 <sup>ème</sup> de l'AVC (sauf si syndrome coronarien aigu concomitant, stent coronarien depuis < 12 mois, ou sténose carotidienne serrée symptomatique)
M	antagrégant plaquettaire
S	dont aspirine
T	anticoagulant oral, si artériopathie stable
A	Dans tous les cas, la ticlopidine
S	anticoagulant oral
E	& risque hémorragique significatif* & TVP/EP: > 6 mois pour 1er épisode TVP; >12 mois pour 1er épisode d'EP dabigatran & insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min) rivaroxaban, apixaban & insuffisance rénale terminale (DFG < 15 ml/min)
	digoxine
	& décompensation d'une insuffisance cardiaque avec FEVG conservée & dose ≥ 250 µg/j si insuffisance rénale sévère (DFG < 30ml/min)
C	amiodarone
A	β-bloquant
R	& asthme sous bronchodilatateur si β-bloquant non-cardioselectif (carvedilol, sotalol)
D	& anticalcique bradycardisant (vérapamil ou diltiazem)
I	& bradycardie (< 50 bpm), bloc AV (2° ou 3° degré)
O	& diabète avec fréquents épisodes hypoglycémiques
V	diltiazem/vérapamil
	& décompensation cardiaque de classe III ou IV
A	IECA ou ARA II
S	antagoniste de l'aldostérone
C	& épargne potassique (IECA, ARA II, amiloride, triamterène) sans suivi de la kaliémie
U	diurétique thiazidique
L	& trouble électrolytique (K <sup>+</sup> < 3,0 mmol/l; Na <sup>+</sup> < 130mmol/l; ou Ca <sup>2+</sup> < 2,65mmol/l)
A	diurétique de l'anse
I	& hypertension artérielle, en 1 <sup>ère</sup> ligne, ou en présence d'une incontinence urinaire
N	& OMI d'origine périphérique (pas d'insuffisance cardiaque, hépatique, rénale)
E	antihypertenseurs centraux
	& absence d'intolérance/inefficacité des autres classes d'antihypertenseurs
	sildenafil/tadalafil/wardénafil
	& décompensation cardiaque sévère avec hypotension ou angor traité par nitrés
	vasodilatateur
	& hypotension orthostatique persistante (anti-calcique, β-bloquant, nitré)
	metformine
	& insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min)
E	sulphonylurée à longue durée
N	thiazolidinédione
D	& décompensation cardiaque
O	oestrogènes
C	(voie orale ou transdermique)
	& antécédent de cancer de sein ou d'épisode thromboembolique veineux
	androgènes
	& utérus présent, sans traitement progestatif
	& hypogonadisme non-confirmé

\*risque hémorragique significatif : score suivant score de HAS-BLED, diabète hémorragique, HTA sévère

Abréviations : anti-H2 : anti-histaminique H2 ; ASAII : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II ; AV : atrio-ventriculaire ; AVK : anti-vitamine K ; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive ; bpm : battements par minute ; CI : contre-indication ; DFG : débit de filtration glomérulaire ; EP : embolie pulmonaire ; FA : fibrillation atriale ; FEVG : fraction d'éjection ventriculaire gauche ; gin : gélification ; HTA : hypertension artérielle ; IECa : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ; inib. : inhibiteur ; EP : inhibiteur de la pompe à protons ; IR : insuffisance rénale ; IRS : inhibiteurs sélectifs de la recombinaison de la sérotonine ; OMI : occlusion des membres inférieurs ; TVP : thrombose veineuse profonde

# Pourquoi les aînés sont plus à risque?

**Aînés + sensibles aux effets anticholinergiques**

**Polypathologie  
(HTA, diabète, IRC, MCAS..)**



**Polypharmacie (prescriptions médicales et vente libre)**

**Vieillesse physiologique**



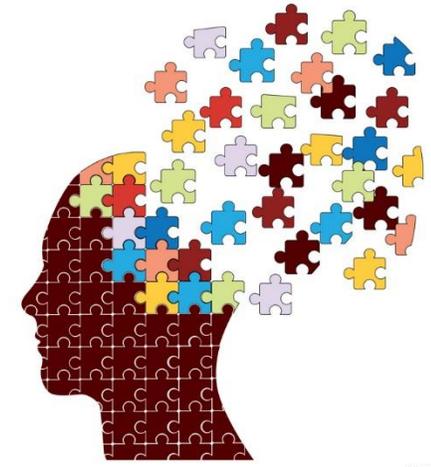
**Altération du métabolisme hépatorénal**



**Perméabilité de la barrière hémato-encéphalique**



# Délirium : définition



Selon le DSM-IV

**Le délirium (Syndrome confusionnel aigu)**

**1) La perturbation de la conscience:**

Baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention.

**2) La modification du fonctionnement cognitif:**

Désigne par exemple, un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage ou une perturbation des perceptions.

**Temps court** (quelques heures ou quelques jours).

Le plus souvent dû à une affection médicale générale ou induit par une substance.

## Tableau 1. Critères de syndrome confusionnel d'après le Confusion assessment method (CAM)

A. Début brutal et évolution fluctuante : existe-t-il l'évidence d'un changement aigu dans le statut mental de base ? Cet état est-il fluctuant durant la journée ?

B. Troubles de l'attention : le patient a-t-il des difficultés pour maintenir l'attention ? Est-il facilement distrait ou a-t-il des difficultés pour saisir ce que l'on vient de lui dire ?

C. Pensée désorganisée : la pensée du patient est-elle désorganisée ou incohérente, le discours est-il décousu ou la conversation inadaptée ? L'idéation est-elle illogique et le malade saute-t-il « du coq-à-l'âne » ?

D. Modification du niveau de la vigilance : globalement le niveau de vigilance est-il alerte, vigilant, léthargique, stuporeux ?

4AT

Test d'évaluation du  
délirium et des troubles  
cognitifs

Nom du patient :

Date de naissance :

Numéro de dossier :

Date :

Évaluateur :

**[1] ÉTAT DE CONSCIENCE**

Cela inclut les patients qui peuvent être nettement somnolents (par exemple, difficiles à réveiller et/ou visiblement endormis lors de l'évaluation) ou agités/hyperactifs. Observez le patient. S'il est endormi, essayez de le réveiller en lui parlant ou en touchant doucement son épaule. Demandez au patient de dire son nom et son adresse pour aider l'évaluation.

Normal (alerte, mais pas agité, tout au long de l'évaluation)	0
Somnolence légère <10 secondes après le réveil, puis normal	0
Clairement anormal	4

**[2] AMT4**

Âge, date de naissance, endroit (nom de l'hôpital ou du bâtiment), année courante.

Aucune erreur	0
1 erreur	1
2 erreurs ou plus/ne peut être testé	2

**[3] ATTENTION**

Demandez au patient : « Pouvez-vous me dire les mois de l'année dans l'ordre inverse, en commençant par décembre. »  
Pour aider à la compréhension, il est permis de dire une seule fois : « quel est le mois avant décembre? »

Mois de l'année à l'envers	Réussit à nommer 7 mois ou plus	0
	Commence, mais réussit <7 mois ou refuse de commencer	1
	Ne peut être testé (ne peut pas commencer, car ne se sent pas bien, somnolent ou inattentif)	2

**[4] CHANGEMENT AIGU OU ÉVOLUTION FLUCTUANTE**

Preuve de changements significatifs ou de fluctuation de l'état de conscience, cognition, autre fonction mentale (ex. paranoïa, hallucinations) apparus au cours des 2 dernières semaines et encore apparents dans les dernières 24 heures.

Non	0
Oui	4

4 ou plus : délirium possible +/- troubles cognitifs

1-3 : troubles cognitifs possibles

0 : délirium ou troubles cognitifs sévères peu probable (mais délirium encore possible si information incomplète à [4])

SCORE DU 4AT

## AUTRES MÉDICAMENTS ASSOCIÉS AU DELIRIUM

### Agents cardiovasculaires

Digoxine (*Lanoxin*®, *Toloxin*®)

### Anticonvulsivants

Acide valproïque (*Depakene*®)

Carbamazépine (*Tegretol*®)

Clobazam (*Frisium*®)

Divalproex (*Epival*®)

Gabapentine (*Neurontin*®)

Oxcarbazépine (*Trileptal*®)

Phénytoïne (*Dilantin*®)

Prégabaline (*Lyrica*®)

Primidone (*Mysoline*®)

### Barbituriques

Phénobarbital

Butalbital-AAS-caféine (*Fiorinal*®)

### Benzodiazépines

Alprazolam (*Xanax*®)

Bromazéпам (*Lectopam*®)

Chlordiazépoхide (*Librium*®)

Clonazéпам (*Rivotril*®)

Diazéпам (*Valium*®)

Flurazéпам (*Dalmane*®)

Lorazéпам (*Ativan*®)

Nitrazéпам (*Mogadon*®)

Oxazéпам (*Serax*®)

Témazéпам (*Restoril*®)

### Corticostéroïdes

### Intoxication à un médicament

### Lithium

### Narcotiques (autres)

Codéine

Hydromorphone (*Dilaudid*®,  
*Hydromorph Contin*®)

Morphine (*Kadian*®, *M-Eslon*®, *MS  
Contin*®, *Statex*®)

Oxycodone (*Supeudol*®, *OxyContin*®)

### Sevrage de l'alcool, d'un médicament ou de tabagisme important

## 2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE

\*Accompagner par un proche connaissant la routine de l'utilisateur

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-9<sup>8</sup>](#) OU GDS4 ;
  - MMSE et [MoCA selon les recommandations de l'INESSS à la page 3<sup>9</sup>](#);
  - Changement de personnalité/de comportement/d'humeur, si changement : [NPI-R<sup>10</sup>](#) 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. : [QAF<sup>11</sup>](#), [IFD<sup>12</sup>](#), [IQCODE<sup>13</sup>](#), etc.
- E. Histoire familiale, contexte psychosocial, soutien social et familial, etc. 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

# Repérage trouble de l'humeur, pourquoi et comment?

La dépression peut altérer temporairement les fonctions cognitives et est souvent présente en début de TNCM

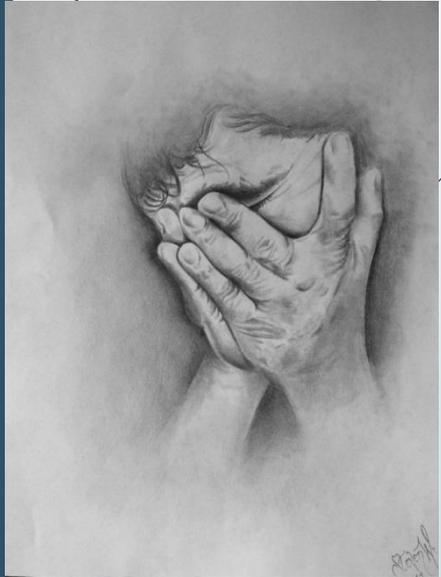
- Version courte du questionnaire de dépression gériatrique **GDS-4**
- Permet une évaluation rapide (4 questions) de l'humeur de la personne.

## Score de 1 ou +

- Très forte probabilité de dépression
- **Référer au médecin pour évaluation supplémentaire.**

## Score de 0

- Très forte probabilité d'absence de dépression



# Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9)

## QSP-9

- Sous-échelle de la version complète du *Patient Health Questionnaire* (PHQ)
- Questionnaire sur la santé mentale en général

## QSP-2

- Poser 2 premières questions du QSP-9.
- Si + à l'une ou l'autre des 2 questions
  - évaluation plus approfondie à l'aide du QSP-9

[http://inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS\\_FicheOutil\\_QSP-9.pdf](http://inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_QSP-9.pdf)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Évaluateur : \_\_\_\_\_

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

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*	0	1	2	3
2. Vous sentir triste, déprimé ou désespéré*	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.	0	1	2	3

Score total : somme des scores obtenus à chaque question : \_\_\_\_\_

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

1. Si le patient répond **oui** à la question 9, une évaluation du risque suicidaire ou de l'auto-agressivité par un professionnel de la santé ou des services sociaux qualifié est conseillée.

Copyrights © K. Kroenke, 2002, tous droits réservés. Le QSP est une marque déposée de Pfizer inc. Ce test est libre d'utilisation pour un usage clinique.

\* Questions comprises dans le QSP-2

# Échelle de dépression gériatrique version courte (GDS-4)

**GDS-4**



NOM  
#DOSSIER  
DATE

Valeur des réponses

0

1

1- Vous sentez-vous souvent découragé et triste?

Non

Oui

2- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?

Non

Oui

3- Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps?

Oui

Non

4- Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée?

Non

Oui

**Si le score est égal à 1 ou plus, il y a une très forte probabilité de dépression ;  
Si le score est égal à 0, il y a une très forte probabilité d'absence de dépression.**

Source : Clément JP, et al. Mirt-GDS. Encephale 1997 ; 23:91-9



### 3- Évaluation cognitive (outils psychométriques plus complets)

- MEEM ou MMSE ou Folstein..
- MoCA (Montreal cognitive assessment)

# Conditions optimales aux évaluation cognitives

Infirmière	Personne âgée	Environnement
Posséder les connaissances théoriques et pratiques nécessaires	S'assurer qu'elle porte ses lunettes et son appareil auditif au besoin	Endroit calme sans distraction
Connaître effets du vieillissement normal/anormal	S'assurer qu'elle se sent bien, qu'elle est confortable	Endroit bien éclairé
Connaître les principes de base de la communication <b>1-Attitude</b> (se présenter, être calme et souriant, respecter le rythme de la personne..) <b>2- Langage</b> ( vouvoyer, expliquer ce que l'on fait et pourquoi en utilisant des mots simples et parlant lentement	Bon état général Bon moment (Éviter de procéder a l'évaluation cognitive lorsque la personne est malade, qu'elle a peu dormi..)	Endroit qui respecte l'intimité

Tiré de L'examen clinique de l'aîné. Guide d'évaluation et de surveillance clinique  
Auteur: Philippe Voyer

# Outils d'évaluation de la cognition plus complets. Lequel choisir?



## 2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE

\*Accompagner par un proche connaissant la routine de l'utilisateur

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-9<sup>8</sup>](#) OU GDS4 ;
  - MMSE et [MoCA selon les recommandations de l'INESSS à la page 2<sup>9</sup>](#) ;
  - Changement de personnalité/de comportement/d'humeur, si changement : [NPI-R<sup>10</sup>](#) 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. : [QAF<sup>11</sup>](#), [IFD<sup>12</sup>](#), [IQCODE<sup>13</sup>](#), etc.
- E. Histoire familiale, contexte psychosocial, soutien social et familial, etc. 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



# Changements fonctionnels?



## ► Questionnaire de l'aidant

Remis à l'aidant qui le complète dans la salle d'attente pendant que nous sommes avec la personne pour administrer les test cognitifs

### Renseigne sur :

Changements (difficultés)AVQ et AVD

Changements comportementaux

Histoire et habitudes de vie



# Questionnaire de l'aidant

## QUESTIONNAIRE DE L'AIDANT

### 1- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche avec son alimentation?

- A des goûts alimentaires différents
- Prépare des repas moins élaborés
- Se salit en mangeant
- A de la difficulté à suivre une recette
- A de la difficulté à utiliser le poêle
- Présence d'aliments périmés
- N'est pas capable d'utiliser le micro-onde
- Oublie des ingrédients dans les recettes
- A de la difficulté à utiliser les ustensiles
- A davantage besoin d'une liste d'épicerie

Exemples de changement: \_\_\_\_\_

Changements observés depuis quand? \_\_\_\_\_

### 2- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche dans l'entretien

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

Exemples des changements: \_\_\_\_\_

Changements observés depuis quand? \_\_\_\_\_

### 3- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche dans l'hygiène?

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

Exemples de changement: \_\_\_\_\_

Changements observés depuis quand? \_\_\_\_\_

### 4- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche dans ses activités sociales?

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

Exemples de changement: \_\_\_\_\_

Changements observés depuis quand? \_\_\_\_\_

### 5- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche dans son attention/jugement?

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

Exemples de changement: \_\_\_\_\_

Changements observés depuis quand? \_\_\_\_\_

### 6- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche dans son langage?

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

Exemples de changement: \_\_\_\_\_

Changements observés depuis quand? \_\_\_\_\_

### 7- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche dans son orientation?

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

Exemples de changement: \_\_\_\_\_

Changements observés depuis quand? \_\_\_\_\_

### 8- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche dans la gestion des biens?

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

Exemples de changement: \_\_\_\_\_

Changements observés depuis quand? \_\_\_\_\_

### 9- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche avec 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- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche avec son humeur et son comportement?

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

Exemples de changement: \_\_\_\_\_

Changements observés depuis quand? \_\_\_\_\_

Niveau Global de fonctionnement comparativement à avant (placer un trait sur la ligne) :

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

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

€ Oui € Non Pourquoi? \_\_\_\_\_

Quels sont vos attentes par rapport à la l'équipe de la clinique? \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

# Évaluation de la plainte cognitive

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_ Évaluateur : \_\_\_\_\_

## Questionnaire sur les activités fonctionnelles (QAF)

Au cours des derniers mois, avez-vous observé chez vous (ou chez le patient) une détérioration ou des changements importants dans la réalisation de certaines tâches (simples ou complexes) ou encore sur le plan de l'autonomie dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique?

**Attention :** Les changements observés doivent être causés par des problèmes cognitifs tels que la pensée ou la mémoire et non par des problèmes physiques.

Veuillez répondre à chacune des questions en encerclant l'encadré qui correspond le mieux à votre situation (ou à celle du patient)	Le fait seul sans difficulté (normal) ou n'a jamais pratiqué cette activité, mais pourrait y parvenir seul actuellement	Le fait seul, mais éprouve de la difficulté ou n'a jamais pratiqué cette activité et pourrait difficilement y parvenir actuellement	Le fait avec de l'aide	Ne peut pas le faire seul
1. Faire des chèques, payer des factures, vérifier ses comptes	0	1	2	3
2. Assembler des dossiers d'impôts, des documents d'affaires ou autres	0	1	2	3
3. Faire des courses seul pour se procurer des vêtements, des articles ménagers, des aliments	0	1	2	3
4. Jouer à un jeu d'adresse, s'adonner à un passe-temps	0	1	2	3
5. Faire chauffer de l'eau, préparer une tasse de café, atteindre la cuisinière	0	1	2	3
6. Préparer un repas équilibré	0	1	2	3
7. Suivre le fil des événements courants	0	1	2	3
8. Prêter attention à une émission de télévision, lire un livre ou un magazine, les comprendre et pouvoir en discuter	0	1	2	3
9. Se souvenir des rendez-vous, des fêtes de famille, des congés, des médicaments à prendre	0	1	2	3
10. Se promener hors de son quartier, conduire une voiture, prendre l'autobus	0	1	2	3

Score total : \_\_\_\_\_

Copyrights © 1982, McEffer RL. Ce test est libre d'utilisation pour un usage clinique.

QUESTIONNAIRE QAF

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Évaluateur : \_\_\_\_\_

## Version courte de l'IQCODE-R

Nous aimerions que vous vous souveniez de votre ami ou parent tel qu'il était il y a dix ans, c'est-à-dire en 20\_\_\_\_, et le comparer à ce qu'il est aujourd'hui. Voici des situations demandant à cette personne de se servir de sa mémoire ou de son intelligence; veuillez indiquer si ses facultés se sont améliorées, sont demeurées stables ou se sont détériorées au cours des dix dernières années.

**Remarque :** Il est important de comparer sa performance actuelle à celle d'il y a dix ans. Si cette personne, il y a dix ans, oubliait toujours où elle laissait ses affaires et qu'elle oublie encore aujourd'hui, alors nous considérons qu'il n'y a « aucun changement ».

Veuillez indiquer les changements que vous constatez en encerclant la réponse appropriée.

Comparativement à il y a dix ans; Comment jugeriez-vous les capacités du patient pour:	A Beaucoup mieux	B Un peu mieux	C Aucun changement	D Un peu moins bien	E Beaucoup moins bien
1. Se souvenir de certains renseignements concernant la famille et les proches, par exemple leur profession, leur date d'anniversaire, leur adresse	1	2	3	4	5
2. Se souvenir d'événements qui se sont produits récemment	1	2	3	4	5
3. Se souvenir de conversations récentes, quelques jours plus tard	1	2	3	4	5
4. Se rappeler son adresse et son numéro de téléphone	1	2	3	4	5
5. Se rappeler le jour et le mois en cours	1	2	3	4	5
6. Se rappeler où sont généralement rangées les choses	1	2	3	4	5
7. Se rappeler où trouver des objets rangés à des endroits inhabituels	1	2	3	4	5
8. Savoir comment utiliser des appareils ménagers familiaux	1	2	3	4	5
9. Apprendre à utiliser de nouveaux objets ou appareils ménagers dans la maison	1	2	3	4	5
10. Apprendre des nouvelles choses en général	1	2	3	4	5
11. Suivre une histoire dans un livre ou à la télévision	1	2	3	4	5
12. Prendre des décisions concernant les problèmes du quotidien	1	2	3	4	5
13. Gérer son argent pour faire ses achats	1	2	3	4	5
14. Gérer ses finances personnelles (p. ex. : payer les comptes, faire des retraits à la banque)	1	2	3	4	5
15. Gérer d'autres problèmes arithmétiques du quotidien, par exemple savoir quelle quantité d'aliments acheter, savoir combien de temps s'est écoulé entre les visites d'amis/membres de la famille	1	2	3	4	5
16. Utiliser son intelligence pour comprendre ce qui se passe, utiliser ses capacités de réflexion et être capable de raisonner	1	2	3	4	5
<b>Sommes :</b>					

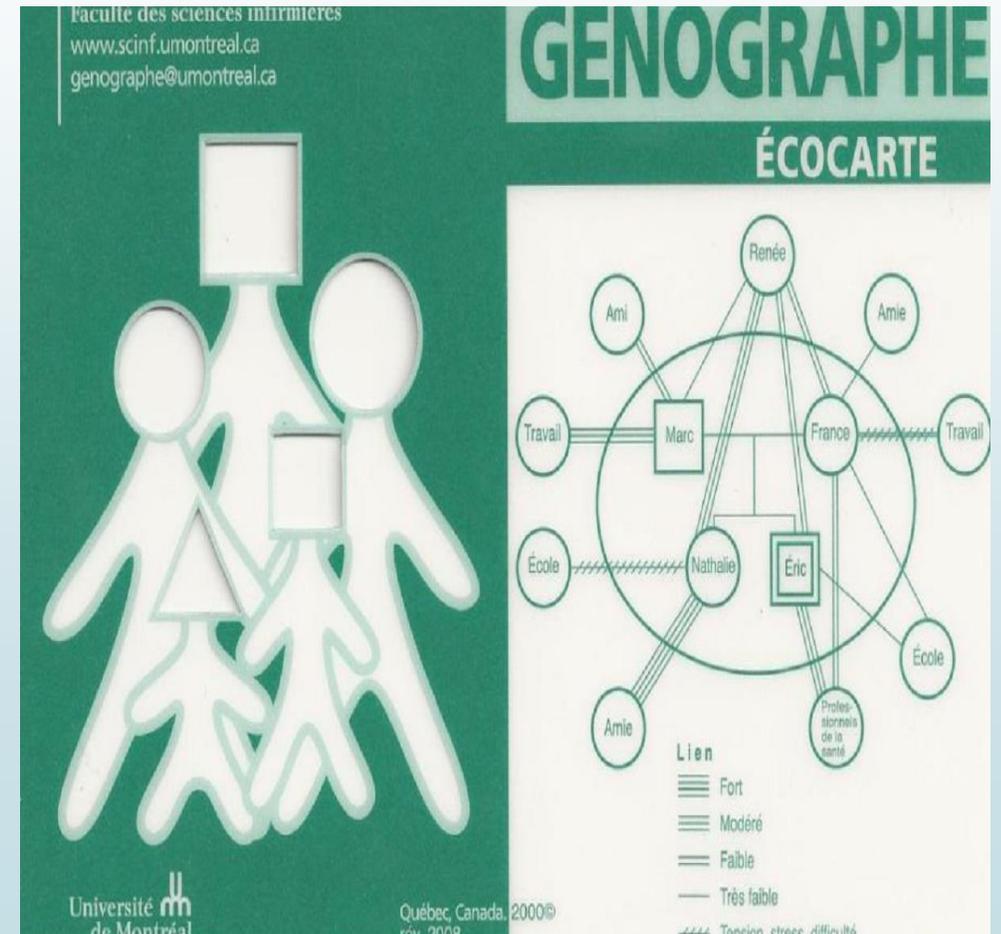
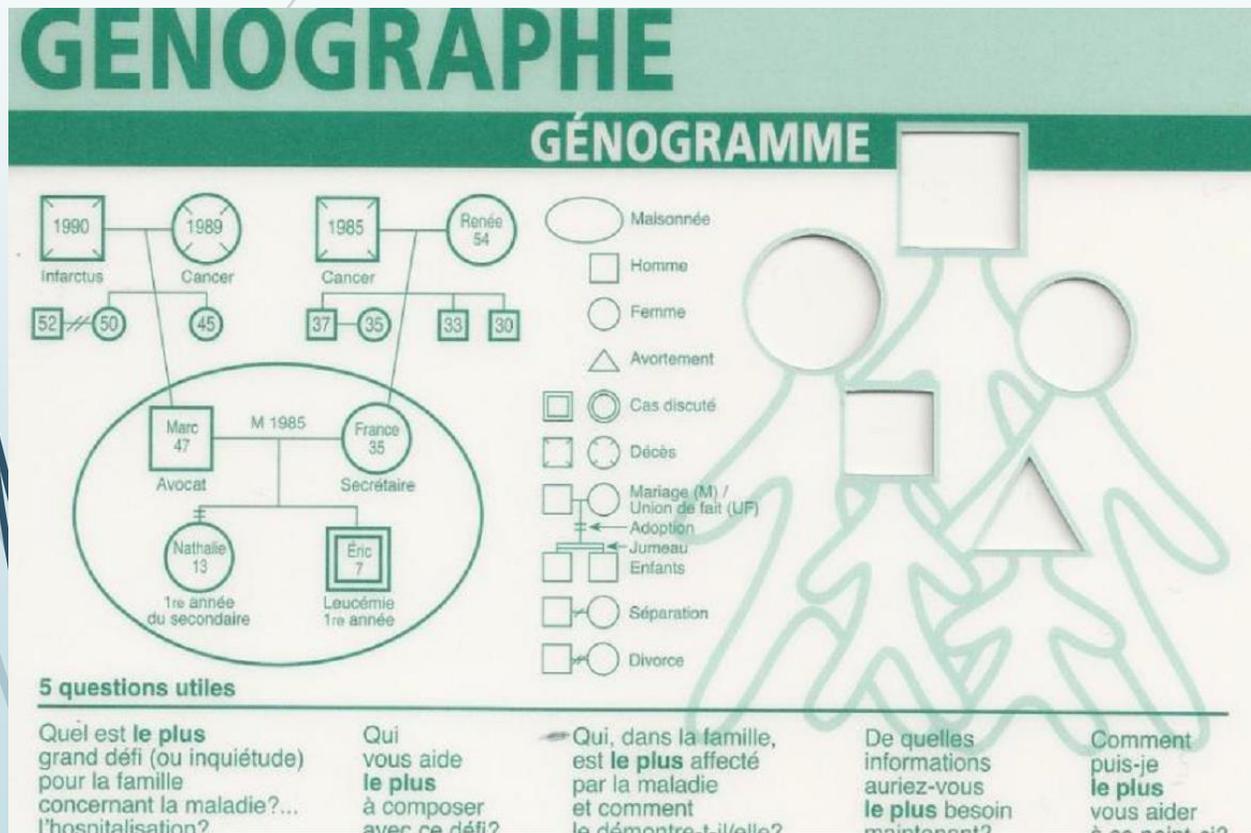
Score total : somme des scores obtenus à chaque question divisée par le nombre de questions

(Somme A + Somme B + Somme C + Somme D + Somme E) / 16 = \_\_\_\_\_

QUESTIONNAIRE IQCODE-R

# Collecte de données (réseau de soutien, contexte familial..)

## Génogramme et écocarte



# Conclusion de l'évaluation (1<sup>ère</sup> rencontre)

## Vérifier les examens de laboratoire

- Compléter selon l'ordonnance collective (si nécessaire) INESSS janv. 2020!
  - Si non demandés par le médecin
  - Si aucun résultat récent (moins de 6 mois)

## Référer aux ressources communautaires (exemples)

- Popotte roulante
- Aide à la communauté
- Société Alzheimer (premier lien) / L'APPUI

## Détecter les problèmes psychosociaux

- ✓ Proche mentionne avoir besoin d'aide
  - Référer à la TS
    - **TS du GMF** (personne non connue du CLSC, besoins à court terme..)
    - **Référer au guichet PALV (SAPA)** (personne déjà connue du CLSC, besoins à long terme, relocalisation nécessaire..)



# Quand référer travailleuse sociale du GMF ?

Lorsque la personne atteinte ou son aidant ( **non connues du CLSC** ) présentent:

- **Difficultés personnelles, relationnelles, professionnelles, économiques et sociales** (conflits avec des proches, idées suicidaires, pauvreté, deuil, rupture, divorce).
- **Difficultés relatives au fonctionnement social, cognitif, émotionnel et comportemental** (difficulté d'adaptation à l'annonce d'un diagnostic de TNCM, gestion du stress, troubles d'anxiété, dépression).
- **Difficultés relatives aux conduites socio judiciaires** (toxicomanie, criminalité).
- **Difficultés d'adaptation aux étapes de vie et aux événements traumatisants** (violence, agressions sexuelles, abus, isolement, perte d'autonomie).

### 3. ÉVALUATION MÉDICALE

- A. Prise en considération de l'évaluation infirmière
- B. Vérifier si présence de facteurs confondants : ex. : médication anticholinergique **2**, abus de substance, etc. et intervenir selon besoin
- 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> AUTONOMIE FONCTIONNELLE NON COMPROMISE	TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR (TNCM) AUTONOMIE FONCTIONNELLE COMPROMISE (stades <u>léger</u> , <u>modéré</u> , <u>avancé</u> )
A. <u>Announce du diagnostic</u> à l'usager 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 ( <u>tabac</u> , <u>alimentation</u> , <u>activité physique</u> , <u>stress</u> , <u>alcool</u> ), la gestion des facteurs de risques ( <u>HTA [i]</u> , <u>dyslipidémie</u> , <u>diabète</u> ) et le soutien à l'observance thérapeutique		
C. Informer des 10 signes précurseurs <u>D. Aviser si changement</u> <u>E. Revoir si changement et si besoin</u>	C. Informer sur l'évolution habituelle et les prochaines étapes ; D. Donner les coordonnées de l'infirmière	E. Si <u>option médicamenteuse</u> <b>2</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Compléter demande RAMQ</li><li>• Informer des effets secondaires et d'aviser l'infirmière si apparition</li></ul>
	E. Prévoir un RV infirmier et médical l'année suivante ou plus rapidement si changement.	F. Prévoir un RV infirmier dans les 2 à 4 semaines (idéalement 48-72 heures après le début de la médication).

Consigner le diagnostic au dossier. Aviser l'infirmière de l'information donnée, de la réaction de l'usager et du proche aidant et des éléments prioritaires pour le suivi.

ASSURER LE SUIVI DE L'USAGER ET DU PROCHE-AIDANT

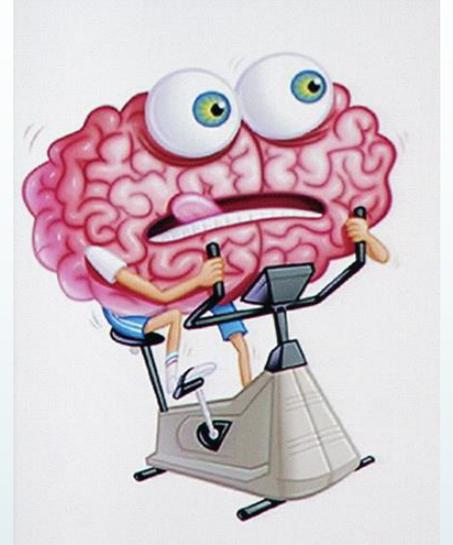
# Si résultats de l'évaluation N



Informez sur les 10 signes précurseurs  
Promotion saines habitudes de vie +  
santé cognitive



Revoir l'utilisateur si changement

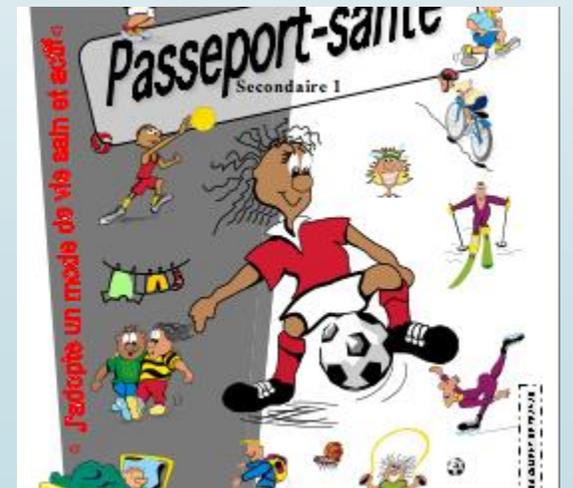


**RECONNAISSEZ LES 10 SIGNES PRÉCURSEURS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER**

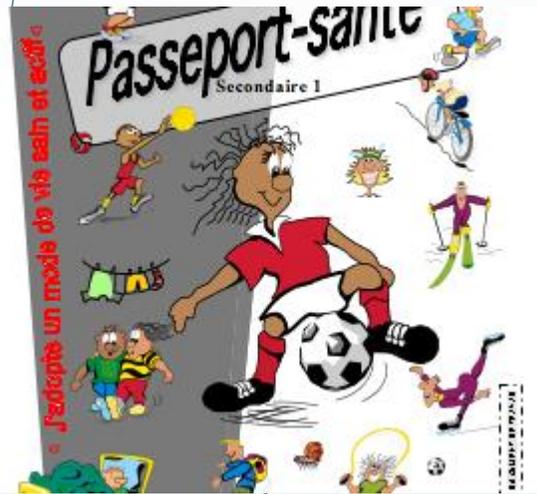
<b>1</b> <b>PERTE DE MÉMOIRE AFFECTANT LES HABILETÉS USUELLES</b> Oublier fréquemment le nom de la personne à qui vous parlez, le nom de nouvelles personnes.	<b>2</b> <b>DIFFICULTÉ À RÉCITER DES TÂCHES FAAMILIÈRES</b> Avoir de la difficulté à répéter ce que les autres ont dit, à accomplir une tâche que vous avez souvent faite et à vous souvenir de ce que vous avez fait.	<b>3</b> <b>TROUBLES DU LANGAGE</b> Oublier des mots faciles ou avoir du mal à trouver le mot juste pour ce que vous voulez dire.	<b>4</b> <b>DÉSORIENTATION DANS L'ESPACE ET DANS LE TEMPS</b> Oublier le jour de la semaine ou le jour de l'année, ou se perdre dans un endroit familier.	<b>5</b> <b>JUGEMENT AFFAIBLI</b> Ne pas reconnaître un problème de santé qui nécessite une attention particulière ou ne pas prendre les précautions nécessaires.
<b>6</b> <b>DIFFICULTÉ FACE AUX TÂCHES ABSTRAITES</b> Avoir de la difficulté à équilibrer un budget ou à faire des calculs simples.	<b>7</b> <b>OBJETS ÉGARÉS</b> Mettre des objets dans des endroits inappropriés comme une machine à laver ou un réfrigérateur.	<b>8</b> <b>CHANGEMENTS D'HUMEUR OU DE COMPORTEMENT</b> Changer d'humeur très rapidement, souvent dans le laps de temps d'une heure.	<b>9</b> <b>CHANGEMENTS DE PERSONNALITÉ</b> Présenter des changements de personnalité, comme être égoïste, suspicieux ou craintif.	<b>10</b> <b>PERTE D'INTÉRÊT</b> Perdre tout intérêt pour ses amis, sa famille et ses activités préférées.

Pour plus de renseignements, communiquez avec la Société Alzheimer de votre région ou consultez notre site [www.alzheimer.ca](http://www.alzheimer.ca)

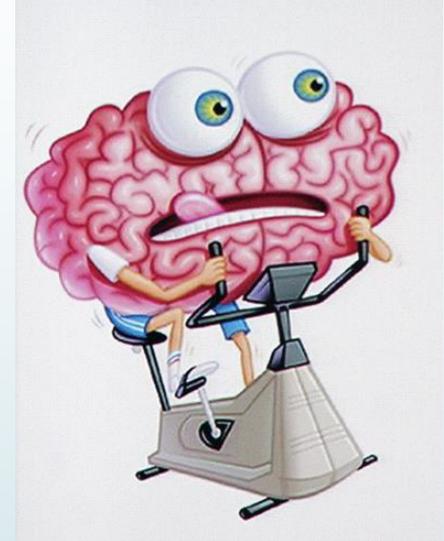
© Janvier 2015, Société Alzheimer du Canada. Tous droits réservés. Société Alzheimer



Si diagnostic de **trouble neurocognitif léger**



Gestion des facteurs de risques +  
Promotion saines habitudes de vie  
Et santé cognitive



Coordonnées de l'infirmière



Suivi dans un délai de 6 à 12 mois selon le contexte



## Discussion clinique/soutien diagnostic



Résultats  
MEEM, Moca,  
horloge  
+  
difficultés  
rencontrées

Information  
en lien avec  
humeur,  
médication..

Collecte  
d'information  
sur les  
changements  
au plan des  
AVQ/AVD

Demande de  
labo  
complémentaire/taco/ECG..

Références  
équipes  
spécialisées ou  
annonce du  
diagnostic

# Suivis infirmiers systématiques **TNCM**

Suivi 2-4  
semaines après  
l'annonce du  
diagnostic

Tolérance et  
observance au  
traitement  
Effets thérapeutiques  
Ajustement O.C.

Rencontre  
d'enseignement  
post diagnostic

Information  
Repérage risques +  
besoins  
Références..

Rencontre 6  
mois après le  
diagnostic

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

Rencontre  
annuelle par la  
suite ou plus tôt  
au besoin

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

# Feuille de suivi conjoint TNCM

**Feuille de suivi conjoint – DÉMENCE**

Nom du patient \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
 No de dossier \_\_\_\_\_ Scolarité : \_\_\_\_\_  
 Début de la maladie (date) \_\_\_\_\_ Emploi : \_\_\_\_\_  
 Antécédents familiaux de MA : O / N

État civil actuel : \_\_\_\_\_ Médecin : \_\_\_\_\_  
 Nom du conjoint : \_\_\_\_\_ Infirmière pivot : \_\_\_\_\_  
 Personne significative (aidant) : \_\_\_\_\_ Travailleur social : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_  
 Tél : \_\_\_\_\_  
 FAX : \_\_\_\_\_  
 Allergie(s) O/N : \_\_\_\_\_ Dispill O/N \_\_\_\_\_

**Génogramme**

Appui  Conflit  Faible réseau  Isolement

**Ressources utilisées**

CLSC  Popote et multi-services  
 Aide communauté  Société Alzheimer

Enseignement Démence P → À poursuivre M → Maitrisé

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	Date	Date			
Tension artérielle						
Poids						
Hospitalisation récente < 6 mois						
Nombre d'hospitalisation dans la dernière année						
MMSE						
MOCA						
Horloge						
Formulaire RAMQ						
Prochain Rv médical						
Ajustement médication :						
C : cessé P : poursuivi ↑ :augmentation ↓ :diminution						
HABITUDES DE VIE	Problème	Compensé	Problème	Compensé	Problème	Compensé
	N O C NC					
Alimentation/Hydratation						
Tabac/alcool/drogue						
Activité/Loisirs/Passé-temps						
Sommeil/sieste						
AVQ	Problème	Compensé	Problème	Compensé	Problème	Compensé
	N O C NC					
Se Nourrir/Se laver/S'habiller						
Entrettenir sa personne						
Fonction vésicale/intestinale						

Annexe 5

SUIVI	Date				Date				Date					
	Problème		Compensé		Problème		Compensé		Problème		Compensé			
	N	O	C	NC	N	O	C	NC	N	O	C	NC		
AVD														
Entrettenir la maison int/ext														
Préparer les repas														
Faire les courses														
Faire la lessive														
Utiliser le téléphone														
Utiliser les moyens de transports														
Conduite automobile														
Gérer le budget														
Prendre ses médicaments														
Rester seul à la maison														
Mandat /Procuration														
<b>COMMUNICATION</b>														
Voir/Parler/Entendre														
<b>COMPORTEMENT</b>														
Agitation														
□ verbale □ physique														
Agressivité/Irritation														
□ verbale □ physique														
Hallucinations														
□ visuelles □ auditive														
État dépressif/anxiété														
Idees paranoïdes														
Désinhibition														
Errance/Fugues														
<b>COGNITION</b>														
Répète souvent/pose les mêmes questions														
Oublie les faits récents														
Oublie les fêtes/RDV/événements de famille														
Cherche ses mots/noms/objets														
A des difficultés d'attention/de concentration														
Orientation spatiale (se perd en auto, cherche sortie centre commercial)														
<b>Autres</b>														
□ Mobilité □ Chute □ Douleur														
État de santé physique et psychologique de l'aidant/conjoint														
Situation de crise imminente														
Relocalisation à envisager														
Initiales														

Notes Infirmières		
Signatures/Initiales :	Signatures/Initiales :	Signatures/Initiales :

\*Document inspiré de la collecte de données du PRAG CSSS de Laval  
 Annexe 5

(Outil créé par les infirmières du GMF Loretteville



**LISTE DE VÉRIFICATION (CHECK LIST)**

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

**SUIVI D'UN PATIENT ATTEINT D'UN TNC**

CLIQUEZ SUR LES PASTILLES POUR PLUS DE DÉTAILS.

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

**Identification du patient**

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ N° de dossier : \_\_\_\_\_

Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_

**Identification du proche aidant (si présent)**

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Relation avec le patient : \_\_\_\_\_

**Diagnostic et stade de la maladie** Précisez : \_\_\_\_\_

**État nutritionnel**

Poids actuel : \_\_\_\_\_ Poids antérieur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signes de malnutrition  oui  non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Demande d'évaluation par un nutritionniste  oui  non Si oui, précisez la raison : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

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

	Actuel	Antérieur	Commentaires
<b>Autonomie fonctionnelle</b>	<input type="checkbox"/> QAF : _____/30	<input type="checkbox"/> QAF : _____/30	
	<input type="checkbox"/> IFD : _____/100	<input type="checkbox"/> IFD : _____/100	
	<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Autre : _____	
<b>Fonction cognitive</b>	<input type="checkbox"/> MMSE : _____/30	<input type="checkbox"/> MMSE : _____/30	
	<input type="checkbox"/> MoCA : _____/30	<input type="checkbox"/> MoCA : _____/30	
	<input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Autres : _____	
<b>SCPD</b>	<input type="checkbox"/> NPI-R : _____/36, _____/60	<input type="checkbox"/> NPI-R : _____/36, _____/60	
	<input type="checkbox"/> QSP-9 : _____/27	<input type="checkbox"/> QSP-9 : _____/27	
	<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Autre : _____	

**Médication** ▶ Changement ou ajout d'un médicament

Médication actuelle : \_\_\_\_\_ Début du traitement : \_\_\_\_\_

Dosage :  idem  ↑  ↓ \_\_\_\_\_  Arrêt

Changement de molécule : \_\_\_\_\_ Dosage : \_\_\_\_\_

Ajout de molécule : \_\_\_\_\_ Dosage : \_\_\_\_\_

Renseignements complémentaires (indiquer toute information pertinent en lien avec la médication) : \_\_\_\_\_

# Liste de vérification INESSS ;

# Suivi du patient atteint de TNCM

**Signe d'abus et de négligence** ▶ p. ex. : physique, sexuelle, psychologique, financier, etc.

oui  non Type d'abus/négligence : \_\_\_\_\_

Ressources contactées  oui  non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Signe d'épuisement chez le proche aidant**

État de santé physique de l'aidant  Bon  Précaire : \_\_\_\_\_

État de santé psychologique de l'aidant  Bon  Précaire : \_\_\_\_\_

Besoin de l'aidant et suivi à faire (précisez) : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Conduite automobile** ▶ Amorcer rapidement une discussion avec le patient à propos de sa capacité à conduire

Le patient présente-t-il un risque pour la sécurité du public en conduisant son véhicule ?  oui  non

Signalement à la SAAQ  oui  non Réalisé par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Demande d'évaluation sur route par un ergothérapeute  oui  non Raison (précisez) : \_\_\_\_\_

**Maintien de l'autonomie et sécurité à domicile**

Situation de danger immédiat pour le patient ou autrui :  oui  non

Patient socialement isolé et vivant à domicile :  oui  non

Éléments de dangerosité (précisez) : \_\_\_\_\_ Action à faire (p. ex. référence CLSC) : \_\_\_\_\_

**Capacité du patient à gérer ses biens ou sa personne** ▶ Opinion du médecin traitant ou de l'intervenant

Selon vous, est-ce que le patient semble avoir de la difficulté à gérer ses biens ou sa personne? Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Besoin d'une évaluation plus approfondie par une équipe spécialisée :  oui  non

Raisons (p. ex. vérifier la capacité a/n des AVQ, AVD, gestion des finances ou des médicaments, etc.) : \_\_\_\_\_ Professionnels sollicités et type d'évaluation demandée : \_\_\_\_\_

**Intervenants impliqués**

Indiquer le nom des intervenants ou de l'organisme, leurs rôles ainsi que leurs coordonnées : \_\_\_\_\_

## 1. 1<sup>ER</sup> 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'aînés ③

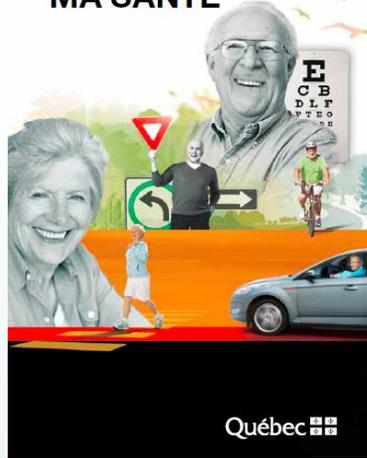
### ENSEIGNEMENT PRIORITAIRE (une 2<sup>e</sup> rencontre peut-être nécessaire en présence ou téléphonique)

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

# Suivi

## **4 semaines** post diagnostic de TNCM

- Rencontre au **bureau ou RV téléphonique** (présence de l'aidant essentielle)
- Proposer **enseignement** en lien avec le diagnostic de TNCM
- Vérifier auprès du proche aidant, **l'observance et la tolérance à la médication** si prescrite et **ajuster la médication selon O.C. PRN**
- Évaluer les besoins d'aide et **référer aux ressources appropriées** (TS GMF, SAD, organismes communautaires..)
- Planifier prochaine rencontre dans 5 mois (6 mois après DX)
- **Coordonnées infirmière**



# Conduite automobile : agir rapidement!

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

**1-**Aux 6 à 12 mois ou plus tôt si un changement important est noté dans son état de santé et relativement à son autonomie fonctionnelle;

**2-**Si un événement se produit (p. ex : un accident de voiture).

- Informer la personne et son aidant de la possibilité **d'utiliser d'autres moyens de transport avec son réseau (proches ou organismes communautaires)**;

[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS\\_DocumentSynthese\\_Reperage\\_diagnostic\\_annonce\\_suivi.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_DocumentSynthese_Reperage_diagnostic_annonce_suivi.pdf)

# Recommandations INESSS sur la conduite automobile

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

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

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

[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS\\_DocumentSynthese\\_Reperage\\_diagnostic\\_annonce\\_suivi.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_DocumentSynthese_Reperage_diagnostic_annonce_suivi.pdf)

LA MALADIE D'ALZHEIMER (MA) ET LES AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS (TNC) | ACTIONS À ACCOMPLIR SUivant LE DIAGNOSTIC ET LORS DU SUIVI FICHE 6 DE 6

### Conduite automobile

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

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

### ✓ Sécurité du public

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

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

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

### 👤 Signalement à la SAAQ

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

### 👥 Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

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

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

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

# Signalement à la SAAQ

## Fortement recommandé si :

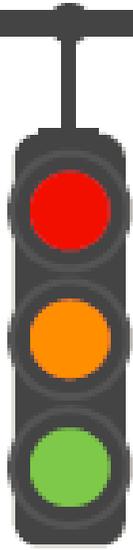
- Professionnel conseille de ne pas conduire ET
- Personne ne semble pas vouloir respecter l'interdiction de conduire

## Important

Seuls les **médecins**, les **infirmières**, les **ergothérapeutes**, les **psychologues** ou les **optométristes** ont l'autorisation légale de procéder au signalement à la SAAQ d'un patient qu'ils jugent inapte à conduire un véhicule.

Société de l'assurance automobile Québec		Service de l'évaluation médicale Case postale 1500, succ. Terminus Québec (Québec) G1K 8E5		D1 Déclaration d'inaptitude à conduire un véhicule routier	
Personne visée			Professionnel de la santé		
Nom et prénom(s) (en majuscules)			Nom et prénom(s) (en majuscules)		
Adresse (rue, rue municipale)			Adresse (rue, rue municipale)		
Code postal N° de téléphone			Code postal		
Date de naissance (année, mois, jour) N° de permis de conduire			N° du permis d'exercice N° de téléphone (bureau) Information (sans frais) 1 800 599-6915		
Veuillez motiver cette déclaration d'inaptitude en précisant la nature des maladies, des déficiences, des atteintes, des limitations et leur sévérité.					
<input type="checkbox"/> Avez-vous informé la personne concernée de votre démarche auprès de la Société ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
<input type="checkbox"/> Désirez-vous un accusé de réception ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Conformément à l'article 603 du Code de la sécurité routière, mentionné ci-dessous, je, soussigné, juge la personne visée inapte sur le plan de sa santé à conduire un véhicule routier.					
Signature du professionnel de la santé			<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Optométriste <input type="checkbox"/> Infirmier ou infirmière <input type="checkbox"/> Psychologue		
			Année Mois Jour Date		
<b>CODE DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE</b>					
<b>ARTICLE 603</b> Tout professionnel de la santé (médecin, optométriste, psychologue, ergothérapeute, infirmier ou infirmière) peut, selon son champ d'exercice, faire rapport à la Société du nom, de l'adresse et de l'état de santé d'une personne de 14 ans ou plus qu'il juge inapte à conduire un véhicule routier, en tenant compte notamment des maladies, déficiences et situations incompatibles avec la conduite d'un véhicule routier telles qu'établies par règlement. Pour l'application du présent article, tout professionnel de la santé est autorisé à divulguer à la Société les renseignements qui lui ont été révélés en raison de sa profession.					
<b>ARTICLE 605</b> Aucun recours en dommages ne peut être intenté contre un professionnel de la santé pour s'être prévalu des dispositions de l'article 603 du Code de la sécurité routière.					
3836 02 (2005-11)					
COPIE À RETOURNER					

## 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 canadienne<sup>26</sup> – incapacité d'exécuter indépendamment 2 activités instrumentales de la vie quotidienne ou 1 activité de base de la vie quotidienne

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.<sup>10</sup>

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

# Paramètres pour évaluer le risque à la conduite automobile

- **Accidents ou contraventions** au cours des 2 dernières années
- **Signes d'accrochage** véhicule
- **Crainte des proches** (très prédictif )
- **Perte d'autonomie significative aux AVQ/AVD** (incapacité à gérer son budget, prendre ses rx, faire ses courses..)
- **Polypharmacie** (plusieurs médicaments ont un effet sédatif incompatible avec la conduite automobile)
- Les facteurs suivants ont aussi été associés à un risque plus élevé d'accident automobile (**Dépression , ATCD de chute dans les 12 derniers mois , apnée du sommeil et problème d'adhésion au traitement**)

# Trail making Test B

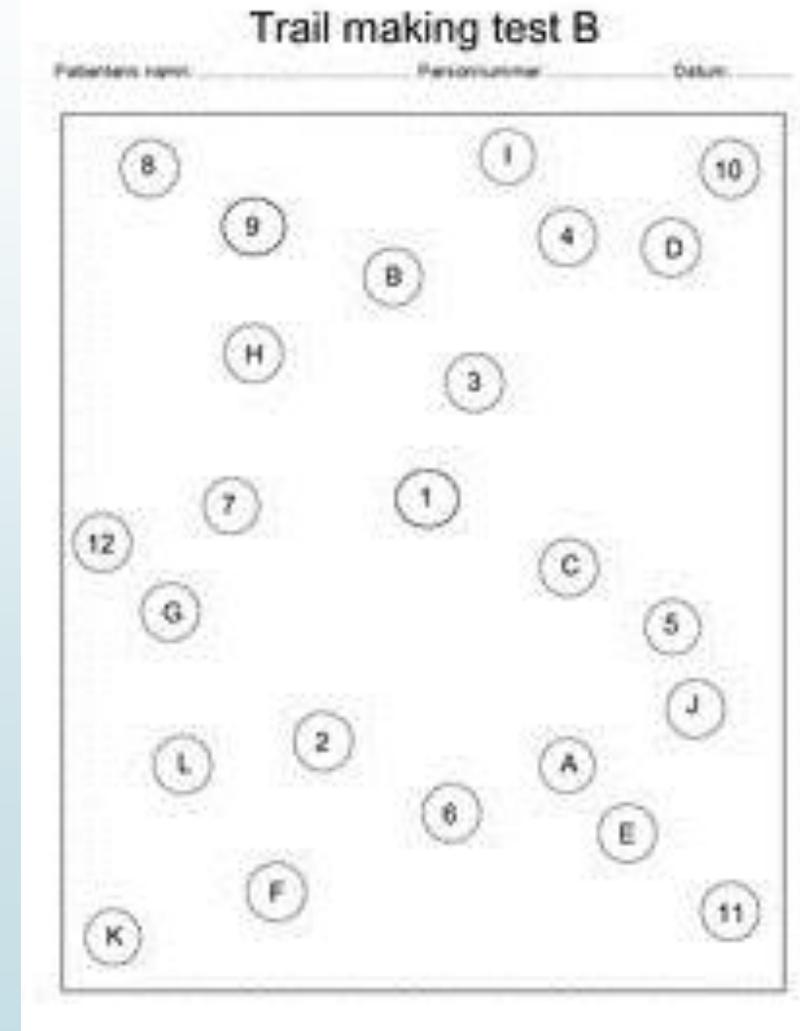
Évalue les **fonctions exécutives** qui sont essentielles à la conduite automobile.

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

## Définition:

- Capacité de changer de tâche ou de stratégie mentale et à passer d'une opération à une autre.
- Interprétation: **Normal 3 min et moins et – de 3 erreurs**

[https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/extranet\\_sante/sante-conducteur/guide\\_eval\\_medical.pdf](https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/extranet_sante/sante-conducteur/guide_eval_medical.pdf)



# Stimulation cognitive et préservation de l'autonomie résiduelle

Autonome à domicile  
Services de soins à domicile

**Fiche de Stimulation  
Cognitive avec :**

**La Methode MALO**

**Niveau Facile**

E  
M  
O  
I  
R  
E

T  
E  
N  
T  
I  
O  
N

A  
N  
G  
A  
G  
E

R  
I  
E  
N  
T  
A  
T  
I  
O  
N

*Fiche d'exercices Niveau Facile n°1*

Amélie Wallyn & Nalla Colibentz

Mémoire

Mémorisez-bien ces images.



Quel jour sommes-nous aujourd'hui ?

Combien font  $8 + 7 + 4$  ?

Quelles sont les deux images que vous avez vues ?



© Amélie Wallyn et Nalla Colibentz - Autonome à domicile - N°1 (2016 n°1)

Social Activities

Exemple d'une activité sociale: Partager un sport affectionnel

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

#### LISTE D'ACTIVITÉS

##### Activités de la vie domestique

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

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

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

##### Activités de détente

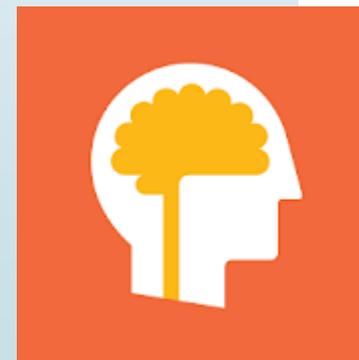
Centre de jour (Châteauguay), Social Activities de Québec, Téléphone : 514-521-0288



Faites travailler vos **méninges!**

TRUCS ET ASTUCES POUR LES ÂGÉS

Québec



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

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

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

Privilégier la même infirmière du GMF

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

- A. Évaluer la condition physique
- B. Évaluer la condition mentale
  - si inhibiteurs cholinestérase ou antagonistes récepteur NMDA ou selon besoin, effectuer un MMSE
  - si présence de symptômes comportementaux de la démence (NPI-R<sup>10</sup> version courte), évaluer les causes, p. 8)<sup>11</sup> 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<sup>12</sup>, IFD<sup>13</sup>, IQCODE<sup>14</sup>, etc.
- D. Évaluer si amélioration, stabilisation ou détérioration de la condition avec l'information obtenue précédemment ;
- E. Continuer le suivi inscrit dans la section « SUIVI COGNITIF STANDARD » selon la situation de l'utilisateur et mettre à jour le PI.
  - Selon l'évaluation, appliquer les interventions infirmières pertinentes et selon le besoin, référer aux professionnels appropriés du GMF, du réseau et des organismes communautaires. **1 2 3 4**



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

- Évaluer condition physique (poids, dénutrition, TA,..)
- Évaluer condition mentale  
MEEM si RAMQ  
Présence SCPD? NPI-R
- Évaluer autonomie fonctionnelle (proche aidant IFD)
- Réévaluer conduite automobile (si conduite toujours active)

Référer aux ressources appropriées (TS, GMF, SAD, organismes communautaires, Société Alzheimer, L'Appui..)

\*Rencontre **obligatoire** pour la personne assurée par la RAMQ sous traitement médicamenteux(Aricept, Exelon..)

\* Pour les personnes avec diagnostic de TNCM qui ne sont pas sous traitement médicamenteux, planifier rencontre annuelle ou plus selon les besoins.

# Suivi cognitif standard

À faire selon les besoins lors des rencontres de suivi

## SUIVI COGNITIF STANDARD

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

### Médications 2

- A. Évaluer si [effets indésirables](#)<sup>18</sup>, 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 ([tabac](#)<sup>19</sup>, [alimentation](#)<sup>20</sup>, [activité physique](#)<sup>21</sup>, [stress](#)<sup>22</sup>, [alcool](#)<sup>23</sup>), la gestion des facteurs de risques ([HTA](#)<sup>24</sup> [[IG](#)]<sup>25</sup>, [diabète](#)<sup>26</sup> [[IG](#)]<sup>27</sup>) et le soutien à l'observance thérapeutique

### Aspects légaux 1 3

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

### Sécurité

- L. Conduite automobile : [Discuter précocement](#)<sup>32</sup> 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](#))<sup>33</sup> ;
- 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](#)<sup>34</sup> à administrer ses biens et à s'occuper de sa personne. 1 1
- O. Surveiller si signes de négligence et de [maîtrise](#)<sup>35</sup> 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](#)<sup>36</sup> : 1 3
  - Enseigner des stratégies pour [Les repas](#)<sup>37</sup>, [les soins d'hygiène personnelle](#)<sup>38</sup>, [le sommeil](#)<sup>39</sup>.
- Q. Informer sur les aides possibles offertes par les [organismes communautaires](#)<sup>40</sup> ; 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](#)<sup>41</sup> (la communiquer au SAD et autres lieux, si pertinent) 3 ;
- U. Enseigner [l'approche de base](#)<sup>42</sup> (p.3) au proche aidant en incluant des [stratégies de communication](#)<sup>43</sup> 3 ; [Recartrier](#) (p.8)<sup>44</sup> si besoin ;
- V. Enseigner [l'approche non pharmacologique](#) (pages 9 et +)<sup>45</sup> 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](#))<sup>46</sup> ([intimité](#))<sup>47</sup> ([deuil blanc](#))<sup>48</sup>
- X. Évaluer l'épuisement — exemple : Grille de Zarit, [les risques suicidaire et homicide](#), etc. ;
- Y. Évaluer les besoins prioritaires et informer des ressources disponibles incluant le répit si pertinent ; 3 1
- Z. Réévaluer le contexte psychosocial, référer au besoin :
  - Prévoir un autre plan d'aide au cas où le proche aidant habituel vivrait une situation d'urgence (ex. : hospitalisation)

\*\*\* Le processus est un outil d'aide, le jugement clinique du professionnel, pour décider des interventions et des délais, prime. Tous les outils proposés sont à titre indicatif. \*\*\* 2019-03-21/MD

\* Références : les exposants se réfèrent à la liste dans le document : RÉFÉRENCES.

# Histoire biographique

- Outil servant à **mieux connaître l'aîné** atteint d'un TNCM
- Permet de mieux comprendre ses comportements et favorise l'élaboration de stratégies appropriées.
- **Très utile lors de l'apparition des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)**
- Il est recommandé de le compléter au **début de la maladie** pour avoir la participation active de l'aîné atteint. Si impossible, le compléter avec l'aidant ou une autre personne significative qui connaît la personne depuis longtemps.
- Il fait partie intégrante des outils utilisés par la TS mais peut également être complété par l'infirmière lors des visites de suivi.

# Histoire biographique

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

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

Format produit par Karine Labarre inf. M.Sc. conseillère-cadre au Centre d'excellence sur le vieillissement  
Source : Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné. ERPI.

Format produit par Karine Labarre inf. M.Sc. conseillère-cadre au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Source : Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné. ERPI.

# SCPD

➤ Vérifier la présence de **SCPD**(errance, agressivité, apathie..) et conseiller l'aidant(et tout autre intervenant impliqué) si tel est le cas

➤ Inventaire neuropsychiatrique réduit (NPI-R)  
[http://inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS\\_FicheOutil\\_NPI-R.pdf](http://inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_NPI-R.pdf)

➤ Référer les **cas complexes:**  
 ❖ **Aux infirmières pivots SCPD SAD**

OU

❖ **l'équipe de mentorat du CEVQ**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Nom de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

### Type de relation avec le patient

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

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

#### Présence

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

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

#### Gravité

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

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

#### Répercussion

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

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

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

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

Score total :

/36

/60

## SCPD les plus précoces

## Classification des SCPD

### **Apathie/indifférence**

(perte ou baisse de motivation)

### **Troubles affectifs et émotionnels**

(dépression, anxiété, apathie, irritabilité, labilité émotionnelle, exaltation de l'humeur (euphorie\*))

### **Dépression**

(Tristesse, pleurs, désespoir, sentiment d'impuissance, culpabilité, faible estime de soi)

### **Troubles comportementaux**

(errance, vocalisations répétitives, mouvements répétitifs ou stéréotypés\*, désinhibition agressive\*, désinhibition sexuelle, glotonnerie, comportements d'utilisation, comportements d'imitation)

### **Anxiété**

(sentiment d'un danger imminent et indéterminé)

### **Troubles psychotiques**

(hallucination\*, idées délirantes\* et troubles de l'identification)

### **Irritabilité**

instabilité de l'humeur, faible seuil de tolérance

### **Troubles neurovégétatifs**

(Troubles du sommeil (errance nocturne, syndrome crépusculaire, inversion cycle réveil-sommeil)\*, conduites alimentaires inappropriées et oralité)

### **Agressivité \ agitation**

agitation verbale et physique avec ou sans agressivité

# Formulaire de référence Équipe de Mentorat clinique CEVQ

## M1.0 Demande de service – Équipe de mentorat clinique

Date de la demande		
Nom de l'établissement		
Type d'établissement	<input type="checkbox"/> CHU/CHA <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> CSSS	<input type="checkbox"/> CHSLD privé conventionné <input type="checkbox"/> Établissement privé <input type="checkbox"/> Autre :
Secteur d'activité	<input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Soins généraux de courte durée <input type="checkbox"/> Urgence/triage <input type="checkbox"/> Clinique réseau <input type="checkbox"/> Soutien à domicile <input type="checkbox"/> Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) <input type="checkbox"/> Autre :	
Région administrative	<input type="checkbox"/> Bas-Saint-Laurent <input type="checkbox"/> Saguenay <input type="checkbox"/> Capitale-Nationale <input type="checkbox"/> Chaudière-Appalaches <input type="checkbox"/> Lac-Saint-Jean <input type="checkbox"/> Côte-Nord <input type="checkbox"/> Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom du demandeur et fonction		
Direction concernée		
Coordonnées	Téléphone : (____) _____  Télécopieur : (____) _____  Adresse courriel :	

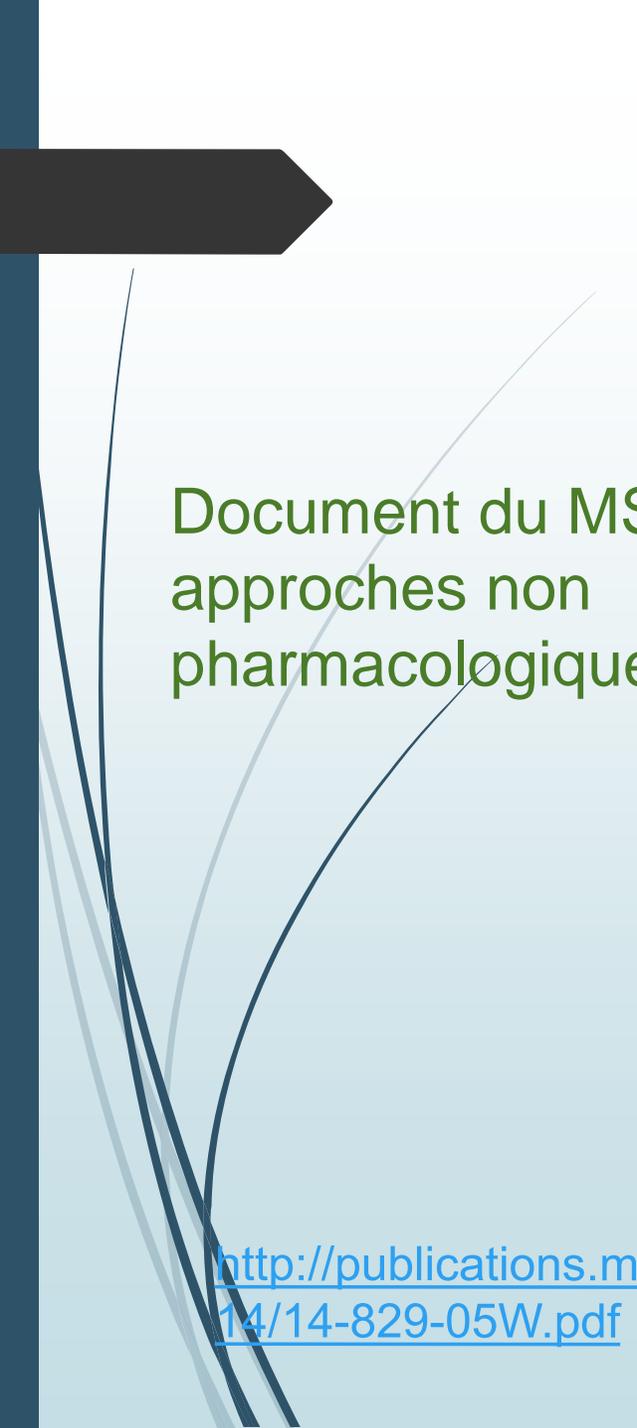
ENVOYER LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ par courriel à [cevq.mentorat.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:cevq.mentorat.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca)

ou par télécopieur au 418-682-7754

POUR NOUS JOINDRE

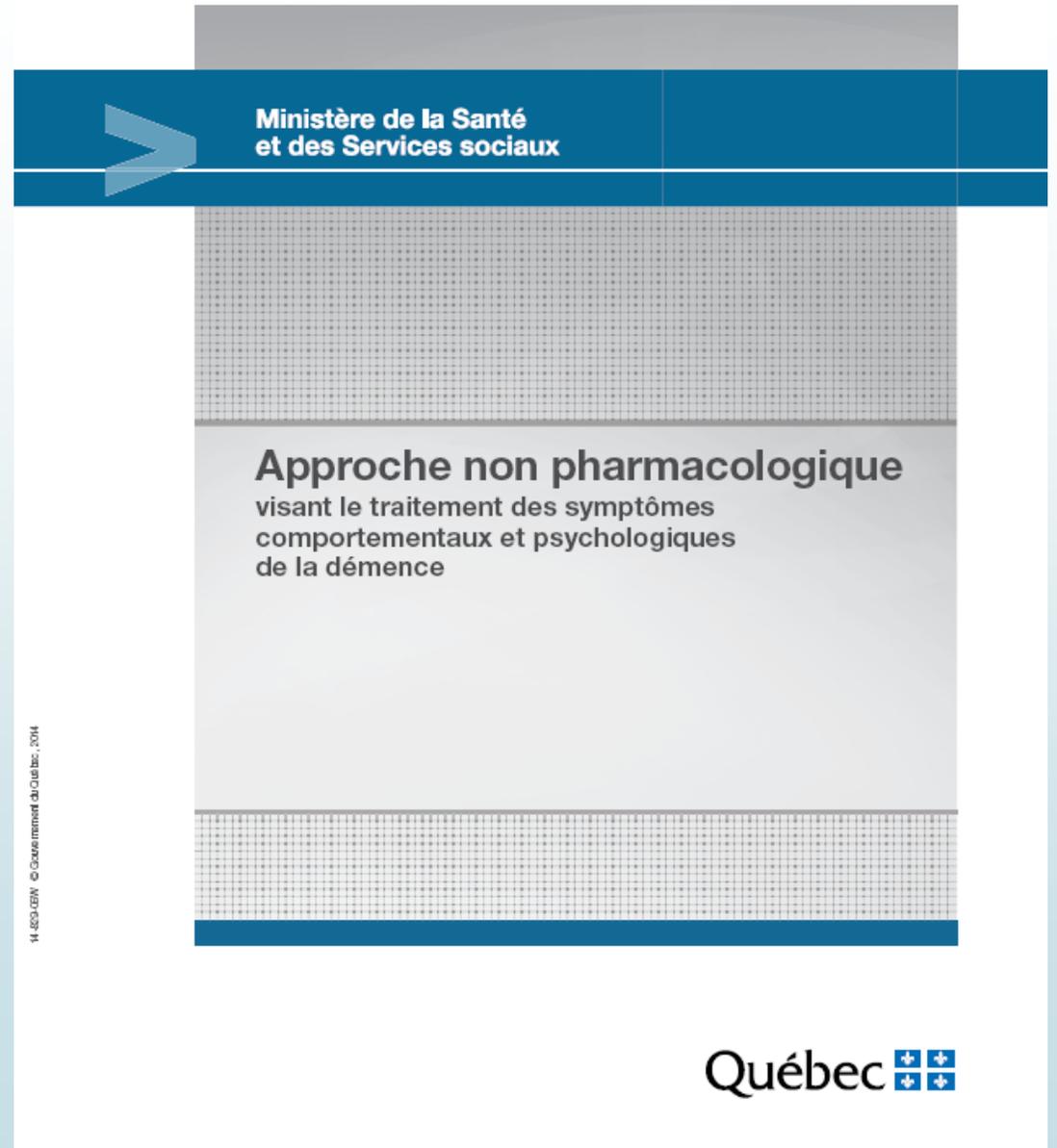
Téléphone : 418-682-7511, poste 82166

Courriel : [cevq.mentorat.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:cevq.mentorat.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca)



## Document du MSSS sur les approches non pharmacologiques(SCPD)

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



Québec 



# 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 

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

Québec 

Équipe de mentorat du CEVQ  
Mise à jour le 11 août 2017

# Guide pour les proches aidants et les intervenants:

Problèmes rencontrés dans la maladie d'Alzheimer

GUIDE POUR LES PROCHES  
AIDANTS ET LES INTERVENANTS

Problèmes rencontrés  
dans la maladie  
d'ALZHEIMER



Service de gériopsychiatrie

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



Vignettes cliniques

Mise en pratique!

# Madame Oubliette



- Âgée de 78 ans
- RV pour son suivi diabète (GMF-infirmière)
  - Arrive 30 min en retard (pas dans ses habitudes)
  - S'est trompée de chemin car détour sur la route

## Carnet de glycémie

- peu de résultats inscrits
- résultats très variables
- dit oublier parfois de prendre sa glycémie le matin lorsqu'elle se lève
  - se reprend pendant la journée

# Madame Oubliette



Vous la questionner sur sa mémoire

- Elle vous dit qu'elle est très bonne !

Est-ce qu'il serait pertinent de procéder à des tests cognitifs?

- Si oui, lequel ou lesquels?

# Madame Oubliette



- Facteurs de risque vasculaires(diabète)
- Aucune plainte cognitive
- Oublis de prendre glycémies
- Retard
- Désorientation sur la route

## Suspicion clinique ?

Procéder à **l'évaluation cognitive complète**

- MEEM, MoCA
- présence d'un aidant ou personne significative

RV

## évaluation cognitive



### Évaluation infirmière

- Présence de facteurs de risques vasculaires
  - bien contrôlé ?
- Médication anticholinergique ?
- Dyspill (oublis?) ?
- ATCD familiaux de TNCM ?
- Habitudes de vie (alcool/drogue, fumeuse, active, sommeil)?

**MEEM:** 24/30 (35<sup>e</sup> percentile)

**MoCA:** 21/30 (*trail* non réussi)

**GDS-4** normal ?

### Questionnaire de l'aidant (téléphone ou GMF)

- Avec le proche - autorisation de madame

### Difficultés rencontrées ?

Mémoire, de l'hygiène, de l'attention/jugement, du langage, de l'humeur..

### Coordonnées de l'infirmière remises

# Questionnaire de l'aidant

Mme Oubliette

## QUESTIONNAIRE DE L' Aidant

\* Complète au téléphone

1- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche avec son alimentation?

A des goûts alimentaires différents  Prépare des repas moins élaborés  Se saïit en mangeant  
 A de la difficulté à suivre une recette  A de la difficulté à utiliser le poêle  Présence d'aliments périmés  
 N'est pas capable d'utiliser le micro-onde  Oublie des ingrédients dans les recettes *mot de sucre*  
 A de la difficulté à utiliser les ustensiles  A davantage besoin d'une liste d'épicerie *dans ses recettes*  
*ou lieu de tel à*

Exemples de changement: 6 mois

Changements observés depuis quand? 6 mois

---

2- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche dans l'entretien?

Débute une tâche sans la terminer  A de la difficulté à faire une réparation mineure  
 A besoins de plus d'aide qu'avant pour les travaux extérieurs (gazon...) *ne peut plus*  A besoin de plus d'aide qu'avant pour le ménage régulier (époussetage, aspirateur, faire la vaisselle...) *moins propre qu'avant*  
 Résidence moins propre qu'avant *de ses placards*

Exemples de changements: 6 mois

Changements observés depuis quand? 6 mois

---

3- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche dans l'hygiène?

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

Exemples de changement: Porte parfois les mêmes vêtements pendant 99 jours

Changements observés depuis quand? 6 mois

---

4- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche dans 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 *Ne va plus jouer aux cartes avec ses amis - dit que cela ne lui va plus*

Exemples de changement: 1 an

Changements observés depuis quand? 1 an

---

5- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche dans son attention/jugement?

A de la difficulté à identifier ses besoins  A de la difficulté à organiser et planifier une tâche *oubli de prendre rendez-vous*  
 A de la difficulté à prendre des décisions *plus long*  A de la difficulté à faire deux choses en même temps *plus long*  
 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: 6 mois

Changements observés depuis quand? 6 mois

Nom :

Prénom :

# Dossier :

6- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche dans son langage?

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

Exemples de changement: hésitante

Changements observés depuis quand? 1 an

---

7- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche dans son orientation?

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

Exemples de changement: N'a rien remarqué depuis ne marche plus en voiture avec elle.

Changements observés depuis quand? avec elle

---

8- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche dans 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: N'est pas capable mais a remarqué plusieurs factures sur sa table, ne sait pas si tout est payé.

Changements observés depuis quand? il y a qq. jours

---

9- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche avec 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 (sur le calendrier)  Oublie des événements importants de sa vie passée

Exemples de changement: pour un rendez-vous répétée le même historique, ne se rappelle pas de son histoire que je lui ai raconté dans de mon app

Changements observés depuis quand? il y a qq. jours

---

10- Quels changements avez-vous remarqué chez votre proche avec son humour 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: semble plus hanté/furieux.

Changements observés depuis quand? 1 an

---

Niveau Global de fonctionnement comparativement à avant (placer un trait sur la ligne):

0% 50% 100%

X

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

Oui  Non Pourquoi? Non

Quels sont vos attentes par rapport à la l'équipe de la clinique? Vérifier si situation de santé - par rapport à l'âge.

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

Nom de l'aidant: M. Daniel Lien de parenté: Fils Date: \_\_\_\_\_

# Rencontre avec médecin post-évaluation infirmière

## **Infirmière – Médecin**

Courte discussion clinique (anormalités mentionnées)

Prescriptions médicales

- Labo complémentaires (B12, calcium..)
- Taco cérébral
- ECG fait il y a 6 mois et résultat normal (pas refait)
- Test sur route demandé
  - difficultés d'orientation
  - *Trail* non réussi

## **Infirmière – Madame Oublette – Proche (appel)**

- Contact pour l'informer des examens demandés
- Fils avisé avec l'autorisation de madame



# 1 mois plus tard



- Résultats de labo et tacco cérébral reçus
- Discussion avec médecin de famille.
- RV médical cédulé avec madame et son fils
  - vit seule, conjoint DCD, n'a pas d'autre enfant
- Annonce du diagnostic Alzheimer -Médecin
- Introduction Aricept
  - demande médicament exception envoyée RAMQ

## **Début du suivi infirmier ( Rôle d'intervenante pivot)**

- Relance téléphonique 2-4 semaines après
- RV enseignement TNCM avec fils
- Références (organismes communautaires, intervenante de milieu..)
- RV de suivi 6 mois..1 an ou selon les besoins

A dark grey arrow points to the right from the left edge of the slide. Below it, several thin, light blue lines curve upwards and to the right, creating a decorative graphic element.

Questions et commentaires?

Merci !