Processus clinique ministériel pour le repérage et le suivi des troubles neurocognitifs en GMF

Par

Mireille Cliche (TS en GMF et Ressource territoriale Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer CIUSSSCN)

Karine Ménard (Infirmière clin. et Ressource territoriale Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer CIUSSSCN)

Colloque jour 2

2022-04-06

Aucun conflit d’intérêt

MISE EN CONTEXTE

- **Processus clinique inspiré des travaux effectués (depuis 2013) par 19 projets pilotes (Plan Alzheimer phase 1) dans 14 régions du Québec.**

- **Révisé en 2019 par un groupe de travail composé de médecins de famille, de gériatres, d'infirmières, de chargés de projet RIUSSS** etc..

https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troublesneurocognitifs-majeurs/projet-d-implantation-ciblee/

QU'EST-CE QUE LE PROCESSUS?

- **Présente les principales étapes impliquées dans la prise en charge et le suivi en GMF des personnes atteintes d'un trouble neurocognitif, dont la maladie d'Alzheimer.**

- **Inspiré du modèle de gestion des maladies chroniques et du modèle des pratiques collaboratives.**

ÉQUIPES ŒUVRANT DANS LES GMF ET GMF-U

Particulièrement:

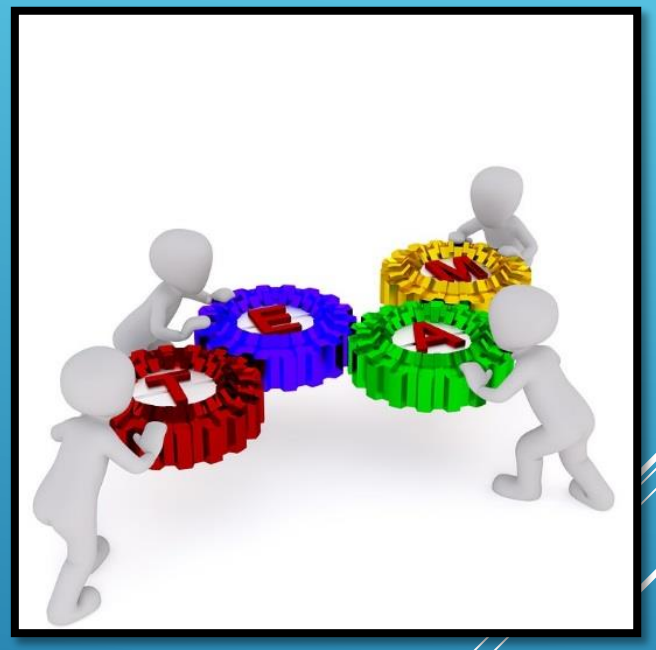
- Médecins de famille

  et

- Infirmières cliniciennes

AUTRES PROFESSIONNELS EN GMF OU SERVICES POUVANT CONTRIBUER

- Travailleur social
- Pharmacien
- Organisme communautaire
- Équipe du soutien à domicile



OBJECTIFS

- Faciliter le repérage, le diagnostic et le suivi des personnes potentiellement atteintes d'un trouble neurocognitif par l'utilisation d'un processus clinique simple qui mise sur la collaboration interprofessionnelle
- Favoriser les références aux partenaires principaux
- Améliorer le soutien offert aux proches aidants

RAPPEL

- Le dépistage systématique de la clientèle n'est pas recommandé
- Tout professionnel peut repérer un usager et intervenir selon son champ d'exercice

VOLET DIAGNOSTIC

https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-829-08W_processus_diagnostic.pdf

PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE – SERVICES DE PROXIMITÉ EN GMF

TROUBLES NEUROCOGNITIFS LÉGERS ET MAJEURS (TNCL-TNCM)

VOLET DIAGNOSTIC (1)

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

1. REPÉRAGE[1] — *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 médications, rendez-vous) ;
- Changements psychologiques et comportementaux ;
- Difficulté à reconnaitre les objets ou les personnes
- Difficultés à prendre des décisions ;
- L'usager se tourne vers son accompagnateur pour répondre aux questions ;
- Perte d'autonomie fonctionnelle dans AVD, AVQ ou activités complexes ;
- Perte de poids inexpliquée.

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

Questions sur la cognition (ex. : ADB[2]) OU 5 mots Dubois[3] et Horloge[4] OU MIS[5] 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[6], encourager la gestion des facteurs de risques et informer des 10 signes précurseurs[7].

Si repérage positif

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

LÉGENDE : LE NUMÉRO INDIQUE LE PROFESSIONNEL EN GMF OU HORS GMF POUVANT CONTRIBUER, SI BESOIN

❶ = Travailleur social ❷ = Pharmacien ❸ = Organismes communautaires ❹ = Autres professionnels du GMF ou hors GMF

ESSS à la page 3[9];
humeur, si changement : NPI-R[10] version courte (conseillé)
liés à un trouble neurocognitif
che-aidant : ex. : QAF[11], IQCODE[12], etc.
et familial, etc.. (Ex. : génogramme et écocarte) ❶
pour vérifier si informations pertinentes (cognitif, fonctionnel, social)
ognitive, référer vers programme local au besoin

suite à une évaluation de l'état de santé avec des anomalies

ication ayant un impact potentiel sur la cognition ❷, trouble d'utilisation
ardiovasculaire non stabilisée, etc.

oratoire, imagerie)
: Clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue, etc.) ❹

ITIF LÉGER (TNCL) [14]	TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR (TNCM)
CTIONNELLE NON OMISE	AUTONOMIE FONCTIONNELLE COMPROMISE (stades léger[15], modéré[16], avancé[17])

sager en présence d'un proche aidant, de l'infirmière ou la TS (si possible) ;
ion de saines habitudes de vie (tabac[19], alimentation[20], activité physique[21],
- HTA[24] [G][25], diabète[26] (G)[27] et le soutien à l'observance thérapeutique

former sur l'évolution habituelle et les prochaines étapes ;
D. Donner les coordonnées de l'infirmière

ez-vous infirmier et suivante ou plus gement.	E. Si option médicamenteuse[29] ❷ • Compléter la demande de la RAMQ • Informer sur les effets indésirables et contacter l'infirmière si apparition F. Pour tous les usagers Prévoir un rendez-vous infirmier de suivi dans les 2 à 4 semaines.

médecin ou le spécialiste). Aviser l'infirmière de l'information
che aidant. Discuter des éléments prioritaires pour le suivi.

L'USAGER ET DU PROCHE-AIDANT
E AVEC LE VOLET SUIVI (2)

nt clinique du professionnel, pour décider des interventions
tils proposés sont à titre indicatif. – *2019/10/11*

vous référer à l'exposant dans le document : RÉFÉRENCES.

VOLET SUIVI

https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-829-08W_processus_suivi.pdf

PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPL

TROUBLES NEUROCOGNITIFS

VOLE

ASSURER LE SUIVI SUITE À L'ANNONCE DU DIAGNOS

LÉGENDE : LE NUMÉRO INDIQUE LE PROFESSIONNEL
❶ = Travailleur social ❷ = Pharmacien ❸ = Organismes

1. 1ER APPEL TÉLÉPHONIQUE PAR L'INFIRMIÈRE POUR

A. Établir une relation de confiance et un partenariat avec l'
B. Évaluer le besoin d'information, répondre aux questions
C. Débuter le suivi inscrit dans la section « SUIVI COGNITIF S
d'intervention (PI).
D. S'assurer que l'usager et son proche aidant ont les coord
E. Vérifier si l'usager a lui-même une responsabilité de proc
F. Si suivi par CLSC/Soutien à domicile (SAD), demander l'au
G. Informer du prochain rendez-vous et des services de la S

ENSEIGNEMENT PRIORITAIRE (une 2e rencontre peut-être néc
- Information sur le trouble neurocognitif majeur diagnost
Lewy[4a], Dégénérescence fronto-temporale[4b]. Les stades
- Conseils et suggestions visant à faciliter l'accompagneme
- Votre médication (Usager)[9]

2A. VISITE À 6 MOIS (TNCM) PUIS CHAQUE ANNÉE

Privilégier la m

Planifier les rendez-vous de suivi à l'avance avec l'usag

A. Évaluer la condition physique
B. Évaluer la condition mentale
- si inhibiteurs cholinestérase ou antagoniste récepteu
- si présence de symptômes comportementaux d
intervenir. Référer vers des ressources spécialis
C. Relever la présence d'enjeux fonctionnels possiblement
- Outils pour obtenir l'impression du proche-aidan
D. Évaluer si amélioration, stabilisation ou détérioration de
E. Continuer le suivi inscrit dans la section « SUIVI COGNITIF
- Selon l'évaluation, appliquer les interventions in
appropriés du GMF, du réseau et des organisme

2B. VISITE DE RÉÉVALUATION selon l'évolution de

A. Discuter avec l'infirmière, l'usager et le proche aidant de
- Discuter des éléments du suivi standard à priori
B. Si SCPD, identifier les causes (p. 8)[15] et intervenir. Référe
C. Déterminer si investigations ou consultations supplémen
D. Discuter du niveau de soins[16] et des directives médicales
E. Décider si poursuite des inhibiteurs de la cholinestérase ou
- Compléter la demande d'autorisation de médic

SUIVI COGNITIF STANDARD

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

Médications ❷

A. Évaluer si effets indésirables[18], observance, besoin titrage, pour les inhibiteurs de la cholinestérase ou l'antagoniste récepteur NMDA ;
B. Informer l'usager et proche aidant de la surveillance à faire après avoir évalué leur niveau de connaissance et compréhension;
C. Surveiller et optimiser le reste de la médication en portant une attention particulière aux médicaments devenus potentiellement inappropriés.

Conditions physique et mentale

F. Évaluer la condition physique : Poids, hydratation, santé bucco-dentaire, élimination, mobilité/chute, douleur, problème de langage, sommeil [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. ❶
H. Promouvoir la santé cognitive en encourageant l'adoption de saines habitudes de vie (tabac[19], alimentation[20], activité physique[21], stress[22], alcool[23]), la gestion des facteurs de risques (HTA[24] [G][25], diabète[26] [G][27] et le soutien à l'observance thérapeutique

Aspects légaux ❶❸

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

Sécurité

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

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

P. Encourager différents moyens pour maintenir une qualité de vie au domicile[36] ; ❶❸
- Enseigner des stratégies pour Les repas[37], les soins d'hygiène personnelle[38], le sommeil[39].
Q. Informer sur les aides possibles offertes par les organismes communautaires[40] ; ❶❸
R. Référer vers le soutien à domicile [SAD] pour optimiser l'autonomie fonctionnelle, la sécurité, etc. et transférer le PI; ❹
S. Discuter des alternatives au maintien à domicile si nécessaire. ❶❸❹

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

T. Établir l'histoire biographique[41] [la communiquer au SAD et autres lieux, si pertinent] ❸ ;
U. Enseigner l'approche de base[42] (p.5) au proche aidant en incluant des stratégies de communication[43] ❸; Recadrer (p.8)[44] si besoin;
V. Enseigner l'approche non pharmacologique (pages 9 et +)[45] si SCPD, selon la ou les causes potentielles du SCPD ❹.

Proche aidant ❶

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

*** Le processus est un outil d'aide, le jugement clinique du professionnel, pour décider des interventions et des délais, prime. Tous les outils proposés sont à titre indicatif. – *2019/10/11*

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

QUAND IMPLIQUER LES AUTRES PROFESSIONNELS GMF?

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

❶ = Travailleur social ❷ = Pharmacien ❸ = Organismes communautaires ❹ = Équipe du soutien à domicile

2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE

***Accompagner par un proche connaissant la routine de l'usager** **Durée rencontre : 60-90 minutes**

Besoin référence pharmacien?

A. Description de la plainte ;

B. Évaluer la condition physique :

- Révision profil médicamenteux ❷
- 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)

C. Évaluer la condition mentale :

- Repérage dépression avec QSP-2/QSP-9[8] OU GDS4 ;
- MMSE et MoCA selon les recommandations de l'INESSS à la page 3[9];
- Changement de personnalité/de comportement/d'humeur, si changement : NPI-R[10] version courte

Besoin référence TS?

D. Relever la présence d'enjeux fonctionnels possiblement liés à un trouble neurocognitif

- Outils disponibles pour obtenir l'impression du proche-aidant : ex. : QAF[11], IQCODE[12], etc.

E. Histoire familiale, contexte psychosocial, soutien social et familial, etc.. (Ex. : génogramme et écocarte) ❶

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 MÉDICALE

Besoin référence pharmacien?

3. ÉVALUATION MÉDICALE[13]

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

DIAGNOSTIC ET ANNONCE

3.1 ANNONCE DU DIAGNOSTIC PAR LE MÉDECIN

PAS DE TROUBLE NEUROCOGNITIF	TROUBLE NEUROCOGNITIF LÉGER (TNCL)[14] AUTONOMIE FONCTIONNELLE NON COMPROMISE	TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR (TNCM) AUTONOMIE FONCTIONNELLE COMPROMISE (stades léger[15], modéré[16], avancé[17])
A. Annonce du diagnostic[18] 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 (tabac[19], alimentation[20], activité physique[21], stress[22], alcool[23]), la gestion des facteurs de risques - HTA[24] [G][25], diabète[26] (G)[27] et le soutien à l'observance thérapeutique		
	C. Informer sur l'évolution habituelle et les prochaines étapes ; D. Donner les coordonnées de l'infirmière	
C. Informer sur les 10 signes précurseurs[28] D. Revoir l'usager si changement	E. Prévoir un rendez-vous infirmier et médical, l'année suivante ou plus rapidement si changement.	E. Si option médicamenteuse[29] ❷ • Compléter la demande de la RAMQ • Informer sur les effets indésirables et contacter l'infirmière si apparition F. Pour tous les usagers Prévoir un rendez-vous infirmier de suivi dans les 2 à 4 semaines.

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

PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE – SERVICES DE PROXIMITÉ EN GMF

TROUBLES NEUROCOGNITIFS LÉGERS ET MAJEURS (TNCL-TNCM)

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 HORS GMF POUVANT CONTRIBUER, SI BESOIN
❶ = Travailleur social ❷ = Pharmacien ❸ = Organismes communautaires ❹ = Autres professionnels du GMF ou hors GMF

1. 1ER 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'usager 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'usager et compléter le plan d'intervention (PI).
D. S'assurer que l'usager et son proche aidant ont les coordonnées de l'infirmière.
E. Vérifier si l'usager a lui-même une responsabilité de proche aidant avec une autre personne ;
F. Si suivi par CLSC/Soutien à domicile (SAD), demander l'autorisation à l'usager pour communiquer le nouveau diagnostic ;
G. Informer du prochain rendez-vous et des services de la Société d'Alzheimer et de l'APPUI pour les proches aidants d'aînés ❸

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

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

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

Privilégier la même infirmière du GMF

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

A. Évaluer la condition physique
B. Évaluer la condition mentale
   - si inhibiteurs cholinestérase ou antagoniste récepteur NMDA ou selon besoin, effectuer un MMSE
   - si présence de symptômes comportementaux de la démence (NPI-R[10] version courte), identifier les causes, p. 8)[11] et intervenir. Référer vers des ressources spécialisées (ex. : équipe SCPD) si nécessaire
C. Relever la présence d'enjeux fonctionnels possiblement liés à un trouble neurocognitif ❹
   - Outils pour obtenir l'impression du proche-aidant : ex. : QAF[12], IFD[13], JOCODE[14], etc.
D. Évaluer si amélioration, stabilisation ou détérioration de la condition avec l'information obtenue précédemment ;
E. Continuer le suivi inscrit dans la section « SUIVI COGNITIF STANDARD » selon la situation de l'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. ❶❷❸❹

2B. VISITE DE RÉÉVALUATION selon l'évolution de l'usager (médecin et IPS en 1e ligne)

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

SUIVI COGNITIF STANDARD

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

Médications ❷

A. Évaluer si effets indésirables[18], observance, besoin titrage, pour les inhibiteurs de la cholinestérase ou l'antagoniste récepteur NMDA ;
B. Informer l'usager et proche aidant de la surveillance à faire après avoir évalué leur niveau de connaissance et compréhension;
C. Surveiller et optimiser le reste de la médication en portant une attention particulière aux médicaments devenus potentiellement inappropriés.

Conditions physique et mentale

F. Évaluer la condition physique : Poids, hydratation, santé bucco-dentaire, élimination, mobilité/chute, douleur, problème de langage, sommeil [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. ❶
H. Promouvoir la santé cognitive en encourageant l'adoption de saines habitudes de vie (tabac[19], alimentation[20], activité physique[21], stress[22], alcool[23]), la gestion des facteurs de risques (HTA[24] [G][25], diabète[26] [G][27] et le soutien à l'observance thérapeutique

Aspects légaux ❶❸

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

Sécurité

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

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

P. Encourager différents moyens pour maintenir une qualité de vie au domicile[36] ; ❶❸
   - Enseigner des stratégies pour Les repas[37], les soins d'hygiène personnelle[38], le sommeil[39].
Q. Informer sur les aides possibles offertes par les organismes communautaires[40] ; ❶❸
R. Référer vers le soutien à domicile [SAD] pour optimiser l'autonomie fonctionnelle, la sécurité, etc. et transférer le PI; ❹
S. Discuter des alternatives au maintien à domicile si nécessaire. ❶❸❹

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

T. Établir l'histoire biographique[41] [la communiquer au SAD et autres lieux, si pertinent] ❸ ;
U. Enseigner l'approche de base[42] (p.5) au proche aidant en incluant des stratégies de communication[43] ❸; Recadrer (p.8)[44] si besoin;
V. Enseigner l'approche non pharmacologique (pages 9 et +)[45] si SCPD, selon la ou les causes potentielles du SCPD ❹.

Proche aidant ❶

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

*** Le processus est un outil d'aide, le jugement clinique du professionnel, pour décider des interventions et des délais, prime. Tous les outils proposés sont à titre indicatif. – *2019/10/11*

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

SUIVI POST DIAGNOSTIC DE TNCM

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

A. Établir une relation de confiance et un partenariat avec l'usager 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'usager et son plan d'intervention (PI).
D. 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 ;
E. Si suivi par CLSC/Soutien à domicile (SAD), demander l'autorisation à l'usager pour communiquer le nouveau diagnostic ; ❹
F. Informer du prochain rendez-vous et des services de la Société d'Alzheimer et de l'APPUI pour les proches aidants d'aînés ❸

Équipes SAD

Organisme communautaires

ENSEIGNEMENT PRIORITAIRE

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

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

VISITE INFIRMIÈRE APRÈS 6 MOIS

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

Privilégier la même infirmière du GMF

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

A. Évaluer la condition physique

B. Évaluer la condition mentale
- si inhibiteurs cholinestérase ou antagonistes récepteur NMDA ou selon besoin, effectuer un MMSE
- si présence de symptômes comportementaux de la démence (NPI-R[10] version courte), évaluer les causes, p. 8)[11] et intervenir si nécessaire

C. Relever la présence d'enjeux fonctionnels possiblement liés à un trouble neurocognitif
- Outils pour obtenir l'impression du proche-aidant : ex. : QAF[12], IFD[13], IQCODE[14], etc.

D. Évaluer si amélioration, stabilisation ou détérioration de la condition avec l'information obtenue précédemment ;

E. Continuer le suivi inscrit dans la section « SUIVI COGNITIF STANDARD » selon la situation de l'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. ❶❷❸❹

VISITE DE RÉÉVALUATION MÉDICALE

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

A. 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,

B. Si SCPD, identifier les causes (p. 8)[15] et intervenir si nécessaire

C. Déterminer si investigations ou consultations supplémentaires (ex. : Clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue)

D. Discuter du niveau de soins[16] et des directives médicales anticipées (DMA)[17] selon la situation clinique ;

E. Décider si poursuite des inhibiteurs de la cholinestérase ou de l'antagonistes récepteur NMDA ❷
   - Compléter la demande d'autorisation de médicament d'exception [si besoin] ;

SUIVI COGNITIF STANDARD

SUIVI COGNITIF STANDARD

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

Médication ❷

A. Évaluer si effets indésirables[18], observance, besoin titrage, pour les inhibiteurs de la cholinestérase ou l'antagoniste récepteur NMDA.
B. Informer 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 et 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. ❶
H. Promouvoir la santé cognitive en encourageant l'adoption de saines habitudes de vie (tabac[19], alimentation[20], activité physique[21], stress[22], alcool[23]), la gestion des facteurs de risque (HTA[24] [G][25], diabète[26] [G][27]) et le soutien à l'observance thérapeutique.

Aspects légaux ❶❸

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

Sécurité

L. Conduite automobile : discuter précocement[32] de l'arrêt éventuel de la conduite et informer sur les solutions de rechange (moyen de transport) ❶; contribuer à l'évaluation du risque (test sur la route)[33].
M. Apprécier la sécurité à domicile (feu, intoxications, errance à l'extérieur, etc.) et donner des conseils d'usage. ❹
N. Revoir et vérifier au besoin la capacité à consentir aux soins et la présence de difficultés ou d'enjeux liés à l'aptitude[34] à administrer ses biens et à s'occuper de sa personne. ❶❹
O. Surveiller si signes de négligence et de maltraitance[35]. ❶

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

P. Encourager différents moyens pour maintenir une qualité de vie au domicile[36] ❶❸ :
   - Enseigner des stratégies pour les repas[37], les soins d'hygiène personnelle[38], le sommeil[39].
Q. Informer sur les aides possibles offertes par les organismes communautaires[40]. ❶❸
R. Diriger vers le soutien à domicile (SAD) pour optimiser l'autonomie fonctionnelle, la sécurité, etc., et transférer le PI. ❹
S. Discuter des solutions de rechange au maintien à domicile si nécessaire. ❶❸❹

Prévention et interventions sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

T. Établir l'histoire biographique[41] (la communiquer au SAD et autres lieux, si pertinent). ❸
U. Enseigner l'approche de base[42] (p. 5) au proche aidant en incluant des stratégies de communication[43] ❸; recadrer (p. 8)[44] si besoin.
V. Enseigner l'approche non pharmacologique (p. 9 et suivantes)[45] si SCPD, selon la ou les causes potentielles du SCPD. ❹

Proche aidant ❶

W. Discuter de la transition vers un changement de rôle (stress)[46] (intimité)[47] (deuil blanc)[48].
X. Évaluer l'épuisement, ex. : grille de Zarit, les risques suicidaire et homicidaire, etc.
Y. Évaluer les besoins prioritaires et informer des ressources disponibles incluant le répit, si pertinent. ❸❹
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
* Les exposants renvoient à la liste dans le document *Références*.

anté
t Services sociaux
Québec

- **Information donnée par l'infirmière et/ou la TS du GMF tout au long du suivi.**
- **L'enseignement doit se faire sur plusieurs rencontres et toujours en considérant les besoins de l'usager et/ou de ses proche(s)**