

Cet outil d'aide à la décision est présenté à titre indicatif, ne remplace pas le jugement du professionnel et peut être adapté selon les particularités du milieu. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique soutenues par la littérature scientifique, ainsi que le savoir et l'expérience de cliniciens et experts québécois. Pour plus de détails consultez le site inesss.qc.ca

Éléments à considérer lors du suivi



Diagnostic initial de TNC établi à l'hôpital dans le cas d'un état médical aigu décompensé

Le médecin, en collaboration avec l'équipe traitante, devra **refaire une appréciation** de l'état cognitif et fonctionnel du patient lorsque son **état médical** sera **stabilisé** afin de **confirmer** le diagnostic.

FICHE
3 DE 6



Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

Les patients qui présentent des TNC devraient faire l'objet d'un suivi :

- ▶ **régulier** (téléphonique ou sur rendez-vous) à l'intérieur d'une période de **6 à 12 mois suivant le diagnostic** ou plus tôt s'il y a un besoin particulier;
- ▶ **annuel** (sur rendez-vous) avec le patient et son proche aidant. Il peut être utile de refaire une appréciation des fonctions cognitives, de l'autonomie fonctionnelle et des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) afin d'objectiver l'évolution et la progression de la maladie et d'ajuster les interventions et le niveau d'encadrement nécessaires selon les besoins du patient;
- ▶ **plus rapproché** (téléphonique ou sur rendez-vous) avec le patient et le proche aidant selon la sévérité de la maladie ou après avoir amorcé un traitement pharmacologique afin d'évaluer la tolérance, l'adhésion au traitement et l'atteinte des objectifs de soins [GUO Tx MA](#).

Le patient et le proche aidant doivent pouvoir, s'ils le souhaitent, être revus rapidement afin d'évaluer les conséquences psychologiques négatives que l'annonce de la maladie a pu engendrer.

✓ Éléments à vérifier	Actions à entreprendre
Examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Refaire une appréciation objective : <ul style="list-style-type: none"> • des fonctions cognitives; • de l'autonomie fonctionnelle; • des SCPD.
État nutritionnel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Porter une attention particulière à : <ul style="list-style-type: none"> • la malnutrition; • la perte pondérale; • vérifier avec le proche aidant si le patient est en mesure de s'alimenter correctement. <p>Au besoin et selon les ressources disponibles dans le milieu, il est conseillé d'orienter le patient et son proche aidant vers un nutritionniste</p>
Médication	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vérifier la médication et l'adhésion aux traitements avec le patient ou le proche aidant : <ul style="list-style-type: none"> • tout changement ou ajout de médicaments; • les interactions médicamenteuses; • les effets indésirables; • les cascades médicamenteuses. <p>Il est conseillé de consulter le guide d'usage optimal de l'INESSS sur le traitement pharmacologique de la MA et de la démence mixte et en cas de doute, discuter avec un pharmacien qui est plus habilité à évaluer les conséquences de tout changement dans le profil pharmacologique du patient GUO Tx MA.</p>
Autonomie, aptitude, besoin de protection et documents légaux	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Revoir et vérifier au besoin : <ul style="list-style-type: none"> • la capacité du patient à consentir aux soins; • le maintien de l'autonomie et la sécurité à domicile; • l'aptitude du patient à administrer ses biens et à s'occuper de lui-même; • la capacité du patient à conduire un véhicule routier; • le niveau de soins; • les signes d'abus ou de négligence; • le réseau de soutien disponible et les besoins de protection.

Orientation du patient et du proche aidant



Pour les professionnels de la santé et des services sociaux

- ▶ **Diriger** les patients présentant une des caractéristiques suivantes vers les services spécialisés :
 - présence de toute manifestation neuropsychiatrique complexe ou si le patient est réfractaire aux interventions de première ligne, ce qui nuit significativement à son fonctionnement ou à ses relations avec ses proches;
 - **détérioration rapide de l'état physique et cognitif** du patient malgré un traitement pharmacologique spécialement prescrit pour traiter la MA;
 - évolution atypique selon le diagnostic retenu.
 - ▶ **Rester** à l'affût des **signes d'épuisement et de détérioration physique et cognitive chez le proche aidant**. Au besoin :
 - le diriger vers son médecin de famille ou des services d'aide appropriés et locaux offrant un soutien ou du répit à ce type de clientèle, par exemple Société Alzheimer, l'Appui, Baluchon Alzheimer, services d'aide à domicile, centre de jour, Carpe Diem, aidants.ca;
 - lui remettre de la documentation d'accompagnement;
 - apprécier, à l'aide d'outil tel que l'échelle de Zarit*, le fardeau représenté par la prise en charge d'un patient ayant un TNC diagnostiqué et vivant à domicile.
- *L'échelle de Zarit est proposée à titre d'exemple uniquement car l'Institut n'a pas effectué d'analyse approfondie sur cet outil dans le cadre du présent projet.
- ▶ **Diriger** tous les patients atteints de la MA ou d'un autre TNC qui y consentent et leur proche aidant **vers des services d'aide** relatifs à ces maladies qui offrent de l'information, du soutien et de la formation :
 - Société Alzheimer;
 - programmes communautaires sur la démence;
 - carrefour de soutien aux proches aidants.

Progression de la MA

L'échelle de détérioration globale de Reisberg (GDS)* est utilisée afin de surveiller la progression de la MA. Son emploi permet également de mieux organiser la prise en charge des patients, de faciliter la communication et l'éducation sur la maladie et de mieux planifier l'organisation des services.

*L'échelle proposée est présentée à titre indicatif uniquement; d'autres échelles de stadification peuvent également être utilisées.



Échelle de détérioration globale de Reisberg et ses collaborateurs, 1982¹

Stade 1	▶ Pas de déclin cognitif (fonctionnement normal) : <ul style="list-style-type: none"> • n'éprouve aucune difficulté dans la vie quotidienne.
Stade 2	▶ Déclin cognitif très léger (il peut s'agir de changements normaux associés à l'âge ou de signes précoces de la MA) : <ul style="list-style-type: none"> • oublie les noms et l'emplacement des objets; • peut avoir de la difficulté à trouver ses mots.
Stade 3	▶ Déclin cognitif léger (présent, dans certains cas, dans la phase initiale de la MA) : <ul style="list-style-type: none"> • a de la difficulté à s'orienter dans un endroit inconnu; • a de la difficulté à fonctionner au travail.
Stade 4	▶ Déclin cognitif modéré (stade léger de la MA) : <ul style="list-style-type: none"> • a de la difficulté à accomplir des tâches complexes (finances, magasinage, planification d'un repas avec des invités).
Stade 5	▶ Déclin cognitif relativement grave (stade modéré de la MA) : <ul style="list-style-type: none"> • a besoin d'aide pour choisir ses vêtements; • a besoin qu'on lui rappelle que c'est l'heure de la douche ou du bain.
Stade 6	▶ Déclin cognitif grave (stade modéré à sévère de la MA) : <ul style="list-style-type: none"> • perd la notion des expériences et événements récents de sa vie; • a besoin d'aide pour prendre son bain ou a peur de prendre son bain; • a de plus en plus besoin d'aide pour aller aux toilettes ou est incontinent.
Stade 7	▶ Déclin cognitif très grave (stade sévère de la MA) : <ul style="list-style-type: none"> • utilise un vocabulaire très restreint qui se réduira bientôt à quelques mots seulement; • perd la capacité de marcher et de s'asseoir; • a besoin d'aide pour manger.

1. Reisberg B. et al. Am J Psychiatry 1982; 139: 1136-39