

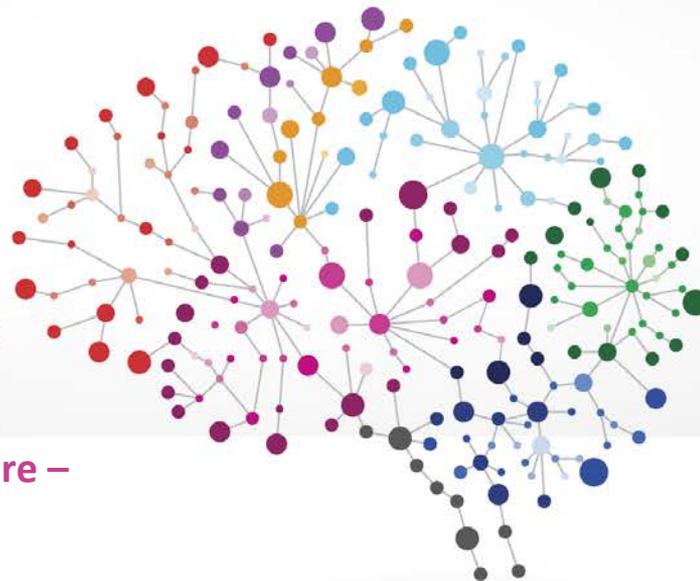
10 JUIN 2019

Journée d'échange
**PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL
SUR LES TROUBLES
NEUROCOGNITIFS MAJEURS :
RÉTROSPECTIVE ET PERSPECTIVE**

**Processus clinique interdisciplinaire –
Services de proximité en GMF
Troubles neurocognitifs (TNC)**

Présenté par

Christine Fournier
Éric Maubert
Caroline Morin



Conjuguer nos efforts
et développer
une vision commune



Contexte

- Une première version diffusée depuis 2014
 - Dans le cadre de la phase 1 puis de la phase 2 de l'Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs majeurs
- Depuis : changements organisationnels dans les services et publication de dossiers de référence
 - Notamment le dossier de l'INESSS en 2015
- La révision 2018-2019 a été menée par un comité provincial d'experts
 - Représentatif des différents corps professionnels concernés



À retenir

L'algorithme n'a pas changé. On l'a mis à jour.

La section relative au suivi a été enrichie et fait l'objet d'une page à part.

- La mise à jour a pour objectifs :
 - De faciliter chacune des étapes du processus (le repérage, l'évaluation, le diagnostic et le suivi) par l'utilisation d'une vision orientée sur plus de collaboration interprofessionnelle
 - De favoriser les échanges avec les principaux partenaires de l'offre de services
 - D'améliorer le soutien offert aux proches aidants

Les étapes du processus et les outils proposés sont des suggestions et ne doivent en aucun cas remplacer le jugement clinique des professionnels.



Processus clinique interdisciplinaire

VOLET DIAGNOSTIC



Nouveautés et précisions

Repérage

Version 2019

- Repérage fait par tout professionnel (MD, infirmière, T.S...)
- Précisions sur la zone de vigilance (données objectives) et les plaintes d'usagers (données subjectives)
- Information sur les tests cognitifs rapides validés
- Rappeler l'importance de la référence à l'infirmière

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

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

1.1 Zone de vigilance

Porter une attention particulière aux usagers suivants :

Usagers de 65 ans et plus ayant :

- Antécédent d'AVC ou d'ICT;
- Antécédents familiaux de troubles neurocognitifs majeurs;
- Apnée du sommeil non stabilisée;
- Délirium (évaluation si stabilisée depuis 3-6 mois);
- Maladie Parkinson/Parkinsonisme;
- Trauma crânien (évaluation si stabilisée depuis 3-6 mois);
- Trouble neurocognitif léger.

Usagers ayant :

- Un nouveau diagnostic psychiatrique après 50 ans
- Des dépressions récurrentes

1.2 Plainte de l'usager/des proches OU Suspicion clinique d'un professionnel

« Déclin par rapport au niveau antérieur »

- Changement du langage et de la parole;
- Changement sur le plan de la mémoire (ex. : oubli médicaments, rendez-vous);
- Changements psychologiques et comportementaux;
- Difficulté à reconnaître les objets ou les personnes
- Difficultés à prendre des décisions;
- L'usager se tourne vers son accompagnateur pour répondre aux questions;
- Perte d'autonomie fonctionnelle dans AVD, AVQ ou activités complexes;
- Perte de poids inexplicable.

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

Questions sur la cognition (ex. : [AD8²](#)) OU [5 mots Dubois³](#) et [Horloge⁴](#) OU [MIS⁵](#) 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 cognitive⁶](#), encourager la gestion des facteurs de risques et informer des [10 signes précurseurs⁷](#).

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

NOUVEAUTÉS ET PRÉCISIONS

Évaluation infirmière

Version 2019

- Évaluation par l'infirmière accompagnée du proche aidant
- Durée: 60-90 minutes
- Intégration des autres professionnels du GMF
- Enseignement sur la santé cognitive et promotion des saines habitudes de vie

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)

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

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

2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE — SUITE

- C. Évaluer la condition mentale :
- Repérage dépression avec [QSP-2/QSP-9⁸](#) OU GDS4 ;
 - MMSE et [MoCA selon les recommandations de l'INESSS à la page 3⁹](#);
 - Changement de personnalité/de comportement/d'humeur, si changement : [NPI-R10](#) version courte (conseillé)
- D. Relever la présence d'enjeux fonctionnels possiblement liés à un trouble neurocognitif
- Outils disponibles pour obtenir l'impression du proche-aidant : ex. : [QAF¹¹](#), [IQCODE¹²](#), etc.
- E. Histoire familiale, contexte psychosocial, soutien social et familial, etc., (Ex. : génogramme et [écocarte](#)) **1**
- F. Vérifier si connu du CLSC/SAD et demander autorisation pour vérifier si informations pertinentes (cognitif, fonctionnel, social)
- G. Amorcer l'enseignement sur la promotion de la santé cognitive, référer vers programme local au besoin

Discussion brève avec le médecin suite à une évaluation de l'état de santé avec des anomalies

NOUVEAUTÉS ET PRÉCISIONS

Évaluation médicale

Version 2019

- Considérer l'évaluation de l'infirmière
- Vérifier si facteurs confondants, faire l'anamnèse et un examen physique
- Promouvoir la santé cognitive par un mode de vie sain et informer sur l'évolution des TNC
- Donner les coordonnées de l'infirmière
- Discuter avec l'équipe des éléments prioritaires pour le suivi

3. ÉVALUATION MÉDICALE¹³

- A. **Prise en considération de l'évaluation infirmière**
- B. Vérifier si présence de facteurs confondants : ex. : médication ayant un impact potentiel sur la cognition², trouble d'utilisation de substances, comorbidité d'origine métabolique ou cardiovasculaire non stabilisée, etc.
- C. Anamnèse
- D. Examen physique
- E. Décision si besoin d'investigations supplémentaires (laboratoire, imagerie)
- F. Décision si besoin de consultation complémentaire (ex. : Clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue, etc.)

3.1 ANNONCE DU DIAGNOSTIC PAR LE MÉDECIN

PAS DE TROUBLE NEUROCOGNITIF	TROUBLE NEUROCOGNITIF LÉGER (TNCL) ¹⁴ AUTONOMIE FONCTIONNELLE NON COMPROMISE	TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR (TNCM) AUTONOMIE FONCTIONNELLE COMPROMISE (stades léger ¹⁵ , modéré ¹⁶ , avancé ¹⁷)
	A. <u>Annonce du diagnostic</u> 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 (<u>tabac</u> ¹⁹ , <u>alimentation</u> ²⁰ , <u>activité physique</u> ²¹ , <u>stress</u> ²² , <u>alcool</u> 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 <u>10 signes précurseurs</u> ²⁸	E. Prévoir un rendez-vous infirmier et médical, l'année suivante ou plus rapidement si changement.	E. Si <u>option médicamenteuse</u> ²⁹ ² <ul style="list-style-type: none">• Compléter la demande de la RAMQ• Informer sur les effets indésirables et contacter l'infirmière si apparition
D. Revoir l'usager si changement		F. <u>Pour tous les usagers</u> 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.

ASSURER LE SUIVI DE L'USAGER ET DU PROCHE-AIDANT
POURSUIVRE AVEC LE VOLET SUIVI (2)



Processus clinique interdisciplinaire

VOLET SUIVI





NOUVEAUTÉS ET PRÉCISIONS



Enseignement prioritaire

Version 2019:

- 4 principaux partenaires dans le suivi du patient et de ses proches
- Suivi court terme pour tous les patients diagnostiqués, médication ou non
- Importance de l'enseignement
- Initier le *SUIVI COGNITIF STANDARD* et compléter le plan d'intervention

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

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

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

1. 1^{ER} APPEL TÉLÉPHONIQUE PAR L'INFIRMIÈRE POUR TOUTS LES NOUVEAUX DIAGNOSTICS TNCM (2-4 SEMAINES)

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

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

- Information sur le trouble neurocognitif majeur diagnostiqué : [Maladie Alzheimer 1¹](#) et [MA2²](#), [Démence Vasculaire³](#), [Corps Lewy⁴](#). Les stades de la maladie d'Alzheimer ([Usager⁵](#)) (Professionnel, [p.2⁶](#))
- Conseils et suggestions visant à faciliter l'accompagnement de votre proche ([Info-1⁷](#)) ([Info-2⁸](#))
- Votre médication ([Usager⁹](#))

Suivi cognitif standard

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

Médications 2

- A. Évaluer les effets indésirables²⁵, observance, besoin titrage, pour les inhibiteurs de la cholinestérase ou l'antagonistes récepteur NMDA;
- B. Informer l'utilisateur et proche aidant de la surveillance à faire après avoir évalué leur niveau de connaissance et compréhension;
- C. Surveiller et optimiser le reste de la médication en portant une attention particulière aux médicaments devenus potentiellement inappropriés.

Conditions physique et mentale

- F. Évaluer la condition physique : Poids, hydratation, santé bucco-dentaire, élimination, mobilité/chute, douleur, problème de langage, sommeil [errance], etc.;
- G. Évaluer la condition mentale, particulièrement le délirium, les hallucinations, les signes de détresse, d'anxiété, de dépression, de risque suicidaire et intervenir au besoin. 1
- H. Promouvoir la santé cognitive en encourageant l'adoption de saines habitudes de vie (tabac²⁶, alimentation²⁶, activité physique²⁶, stress²⁶, alcool²⁶), la gestion des facteurs de risques (HTA²⁴ [G]²⁶, diabète²⁶ [G]²⁶) et le soutien à l'observance thérapeutique

Aspects légaux 1 3

- I. Prise de décision²⁸ : respecter le choix individuel;
- J. Planifier l'avenir²⁸ : Testament²⁹; Procuration, mandat et régime de protection²⁹ ;
- K. Informer sur des mesures financières disponibles (crédits d'impôt, allocation directe, programme d'exonération financière);

Sécurité

- L. Conduite automobile : Discuter précocement²² 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)²²;
- 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'aptitude²² à administrer ses biens et à s'occuper de sa personne. 1 4
- O. Surveiller si signes de négligence et de maltraitance²² 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 domicile²⁵; 1 3
 - Enseigner des stratégies pour Les repas²⁷, les soins d'hygiène personnelle²⁸, le sommeil²⁸.
- Q. Informer sur les aides possibles offertes par les organismes communautaires²²; 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 biographique⁴² [la communiquer au SAD et autres lieux, si pertinent] 3;
- U. Enseigner l'approche de base⁴² (p.5) au proche aidant en incluant des stratégies de communication⁴² 3; Recadrer (p.8)⁴⁴ si besoin;
- V. Enseigner l'approche non pharmacologique (pages 9 et +)⁴², si SCPD, selon la ou les causes potentielles du SCPD 4.

Proche aidant 1

- W. Discuter de la transition vers un changement de rôle (stress)⁴⁶ (intimité)⁴⁷ (deuil blanc)⁴⁸
- X. Évaluer l'épuisement — exemple : Grille de Zarit, les risques suicidaire et homicidaire, etc.;
- Y. Évaluer les besoins prioritaires et informer des ressources disponibles incluant le répit si pertinent; 3 4
- Z. Réévaluer le contexte psychosocial, référer au besoin :
 - Prévoir un autre plan d'aide au cas où le proche aidant habituel vivrait une situation d'urgence (ex. : hospitalisation)

*** 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



NOUVEAUTÉS ET PRÉCISIONS

Réévaluation infirmière

Version 2019

- Privilégier le suivi infirmier par la même infirmière
- Planifier les R-V de suivi avec l'utilisateur et le proche aidant
 - Augmenter la fréquence des visites, au besoin
- Réévaluer les aspects importants selon chaque dossier

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

Privilégier la même infirmière du GMF

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

- A. Évaluer la condition physique
- B. Évaluer la condition mentale
 - si inhibiteurs cholinestérase ou antagonistes récepteur NMDA ou selon besoin, effectuer un MMSE
 - si présence de symptômes comportementaux de la démence ([NPI-R¹⁰](#) 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. : [QAF¹²](#), [IFD¹³](#), [IQCODE¹⁴](#), etc.
- D. Évaluer si amélioration, stabilisation ou détérioration de la condition avec l'information obtenue précédemment ;
- E. Continuer le suivi inscrit dans la section « SUIVI COGNITIF STANDARD » selon la situation de l'utilisateur et mettre à jour le PI.
 - Selon l'évaluation, appliquer les interventions infirmières pertinentes et selon le besoin, référer aux professionnels appropriés du GMF, du réseau et des organismes communautaires. **1 2 3 4**





NOUVEAUTÉS ET PRÉCISIONS

Réévaluation médicale

Version 2019

- Réévaluation médicale selon l'évolution de la condition
- Discussion avec infirmière, usager, proche aidant et autres professionnels
- Identifier les causes des SCPD et intervenir, si nécessaire
- Déterminer les besoins d'investigations additionnelles et de consultations en 2e ligne
- Poursuivre ou non la prise de médication

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

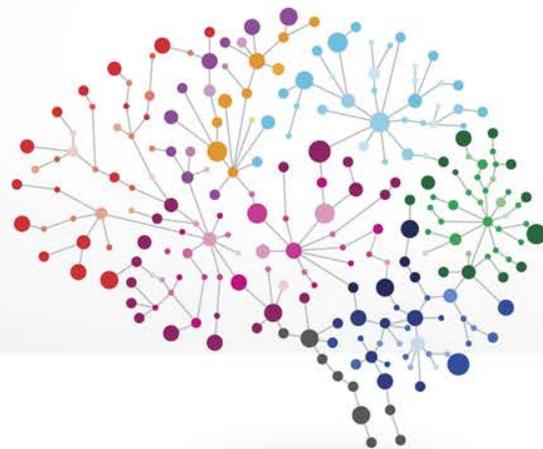
- A. Discuter avec l'infirmière, l'usager et le proche aidant de l'évolution (et autres professionnels si impliqués) ;
 - Discuter des éléments du suivi standard à prioriser,
- B. Si SCPD, identifier les causes ([p. 8](#))¹⁵ et intervenir si nécessaire
- C. Déterminer si investigations ou consultations 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 **2**
 - Compléter la demande d'autorisation de médicament d'exception [si besoin] ;



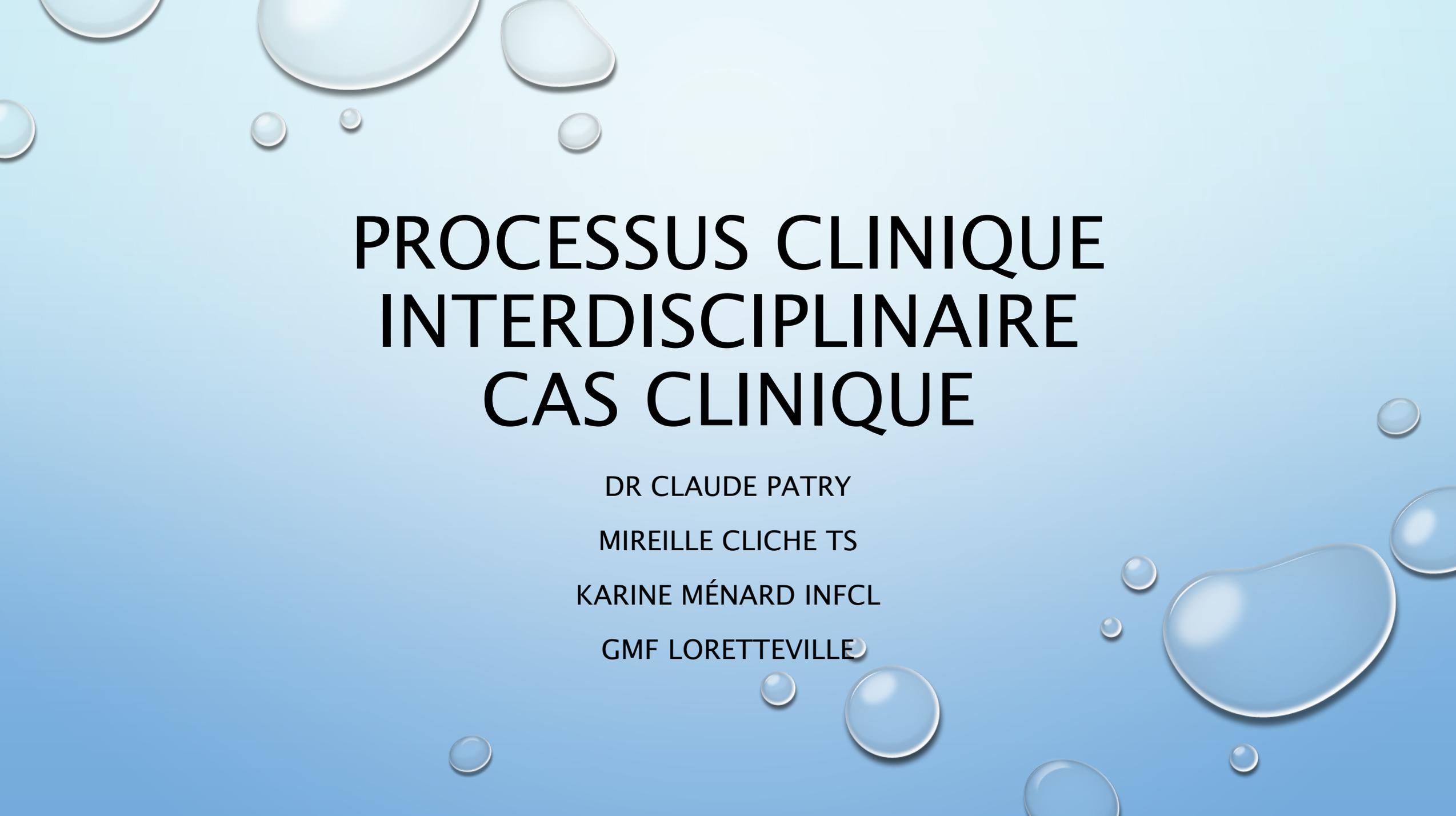


Merci au comité d'expert provincial

- Michèle Archambault, INESSS
- Dre Élisabeth Azuelos, CISSS de Laval
- Sonia Badeaux, CIUSSS Capitale Nationale
- Dr Howard Bergman, Université McGill
- Dr Christian Bocti
- Caroline Boudreau, MSSS
- Dre Catherine Brodeur, Université de Montréal
- Julie Brunet, CISSS de Laval
- Martine Dallaire, RUIS Université Laval
- Christine Fournier, RUIS Université de Montréal
- Christine Giguère, CIUSSS de l'Estrie-CHUS
- Dr Guy Lacombe, CIUSSS de l'Estrie-CHUS
- Dr Fadi Massoud, CISSS de la Montérégie-Centre
- Éric Maubert, RUIS Université McGill
- Noémie Nicol-Clavet, Université de Sherbrooke
- Dr Claude Patry, CIUSSS Capitale-Nationale
- Maude-Émilie Pépin, Université de Sherbrooke
- Sofie Therrien, MSSS
- Karine Thorn, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- Dre Isabelle Vedel, Université McGill



Conjuguer nos efforts
et développer
une vision commune



PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE CAS CLINIQUE

DR CLAUDE PATRY

MIREILLE CLICHE TS

KARINE MÉNARD INFCL

GMF LORETTEVILLE

HISTOIRE DE MME ADRIENNE DÉSOUBLIS

Âge: 76 ans
HTA bien contrôlée
DLP

Médication:
Coversyl 4mg
Lipitor 10 mg

Habitudes:
Pas alcool

Loisirs:
Tricot
Cuisine
Marche



HISTOIRE

- SE PRÉSENTE AVEC SA FILLE AU RV MÉDICAL (SE PRÉSENTE HABITUELLEMENT SEULE)
- FILLE INQUIÈTE.
- MME OUBLIE LES FAITS RÉCENTS.
- DOIT TOUT NOTER (PAPIERS PARTOUT).
- ERREUR DANS LA PRISE DE MÉDICATION.
- MAISON MOINS BIEN ENTRETENUE.
- MOINS FIÈRE. FACTURES IMPAYÉES OU EN RETARD.
- 1 ACCIDENT LA SEMAINE DERNIÈRE (OUBLIE UN ARRÊT)

- MME CROIT QUE SA FILLE EXAGÈRE, QUELQUES OUBLIS SEULEMENT.

VOLET DIAGNOSTIC (1)

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

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

Tout professionnel peut repérer un usager et intervenir sur 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 30 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 inexpliquée.

PARTICULIÈREMENT : 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. : AD8² OU 3 mots Dubois³ et Horloge⁴ OU MIS⁵ 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 cognitive⁶, encourager la gestion des facteurs de risques et informer des 10 signaux d'alerte⁷.

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

¹Accompagner par un proche connaissant la routine de l'usager

Durée rencontre : 60-90 minutes

A. Description de la plainte :

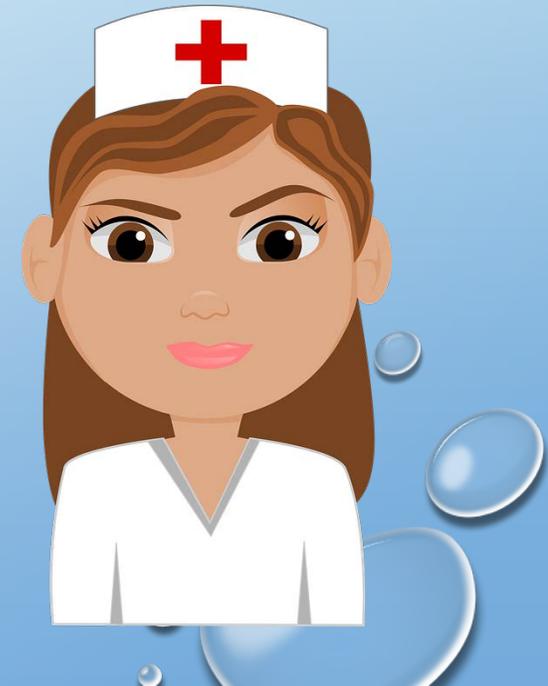
1.2 Plainte de l'utilisateur/des proches OU Suspicion clinique d'un professionnel

« 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'utilisateur se tourne vers son accompagnateur pour répondre aux questions ;
- Perte d'autonomie fonctionnelle dans AVD, AVQ ou activités complexes ;
- Perte de poids inexplicquée.

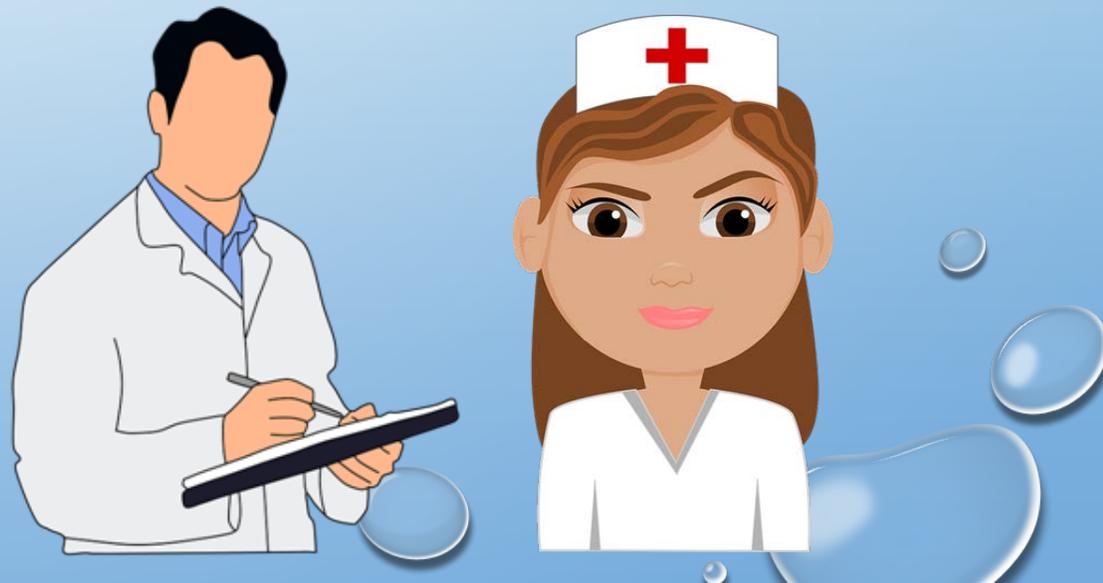
RÉFÉRENCE À L'INFIRMIÈRE

- COLLECTE DE DONNÉES (SCOLARITÉ 6^E ANNÉE. FEMME AU FOYER. VEUVE, 4 ENFANTS DONT 1 FILLE À QUÉBEC ET 3 GARÇONS À L'EXTÉRIEUR)
- PLAINTE DE LA FILLE.
- MEEM: 24/30
- MOCA: 18/30
- TA 170/86 84
- POIDS: PERTE DE 10 LBS EN 1 AN.
- OUBLIS RX, PAS DYSPILL.



DISCUSSION MÉDECIN–INFIRMIÈRE

- TA ÉLEVÉE (OBSERVANCE?) DYSPHAGIE
- TESTS COGNITIFS ANORMAUX
- LABORATOIRE
- TACO CÉRÉBRAL



2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE — SUITE

- C. Évaluer la condition mentale :
 - Repérage dépression avec [QSP-2/QSP-9¹⁴](#) OU [GD64](#) ;
 - MMSE et [MoCA](#) selon les recommandations de l'INESSS à la page 3¹⁵ ;
 - Changement de personnalité/de comportement/d'humeur, si changement : [NPI-R¹⁶](#) 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. : [QAF¹⁷](#), [IQCODE¹⁸](#), etc.
- E. Histoire familiale, contexte psychosocial, soutien social et familial, etc.. (Ex. : génogramme et écocarte) ¹⁹
- F. Vérifier si connu du CLSC/SAD et demander autorisation pour vérifier si informations pertinentes (cognitif, fonctionnel, social)
- G. Amorcer l'enseignement sur la promotion de la santé cognitive, référer vers programme local au besoin

Discussion brève avec le médecin suite à une évaluation de l'état de santé avec des anomalies

3. ÉVALUATION MÉDICALE²⁰

- A. Prise en considération de l'évaluation infirmière
- B. Vérifier si présence de facteurs confondants : ex. : médication ayant un impact potentiel sur la cognition ²¹, trouble d'utilisation de substances, comorbidité d'origine métabolique ou cardiovasculaire non stabilisée, etc.
- C. Anamnèse
- D. Examen physique
- E. Décision si besoin d'investigations supplémentaires (laboratoire, imagerie)
- F. Décision si besoin de consultation complémentaire (ex. : Clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue, etc.)

3.1. ANNONCE DU DIAGNOSTIC PAR LE MÉDECIN

PAS DE TROUBLE NEUROCOGNITIF	TROUBLE NEUROCOGNITIF LÉGER (TNCL)¹⁴ AUTONOMIE FONCTIONNELLE NON COMPROMISE	TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR (TNCM) AUTONOMIE FONCTIONNELLE COMPROMISE (stades léger¹⁵ , modéré¹⁶ , avancé¹⁷)
------------------------------	---	---

- A. [Annonce du diagnostic¹⁸](#) à l'utilisateur en présence d'un proche-aidant et de l'infirmière ou la TS (si possible) ;
- B. Promouvoir la santé cognitive en encourageant l'adoption de saines habitudes de vie ([tabac¹⁹](#), [alimentation²⁰](#), [activité physique²¹](#), [stress²²](#), [alcool²³](#)), la gestion des facteurs de risques - [HTA²⁴ \[G\]²⁵](#), [diabète²⁶ \[G\]²⁷](#) et le soutien à l'observance thérapeutique

	C. Informer sur l'évolution habituelle et les prochaines étapes ; D. Donner les coordonnées de l'infirmière	
C. Informer sur les 10 signes précurseurs²⁸ D. Revoir l'utilisateur si changement	E. Prévoir un rendez-vous infirmier et médical, l'année suivante ou plus rapidement si changement.	E. Si option médicamenteuse²⁹ ³⁰ • 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

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)
- C. Évaluer la condition mentale :
 - Repérage dépression avec [QSP-2/QSP-9⁸](#) OU GDS4 ;
 - MMSE et [MoCA selon les recommandations de l'INESSS à la page 3⁹](#);
 - Changement de personnalité/de comportement/d'humeur, si changement : [NPI-R¹⁰](#) version courte (conseillé)
- D. Relever la présence d'enjeux fonctionnels possiblement liés à un trouble neurocognitif
 - Outils disponibles pour obtenir l'impression du proche-aidant : ex. : [QAF¹¹](#), [IQCODE¹²](#), etc.
- E. Histoire familiale, contexte psychosocial, soutien social et familial, etc.. (Ex. : génogramme et écocarte) **1**
- F. Vérifier si connu du CLSC/SAD et demander autorisation pour vérifier si informations pertinentes (cognitif, fonctionnel, social)
- G. Amorcer l'enseignement sur la promotion de la santé cognitive, référer vers programme local au besoin

Discussion brève avec le médecin suite à une évaluation de l'état de santé avec des anomalies

3. ÉVALUATION MÉDICALE¹³

- A. Prise en considération de l'évaluation infirmière
- B. Vérifier si présence de facteurs confondants : ex. : médication ayant un impact potentiel sur la cognition **2**, trouble d'utilisation de substances, comorbidité d'origine métabolique ou cardiovasculaire non stabilisée, etc.
- C. Anamnèse
- D. Examen physique
- E. Décision si besoin d'investigations supplémentaires (laboratoire, imagerie)
- F. Décision si besoin de consultation complémentaire (ex. : Clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue, etc.)

VISITE D'ÉVALUATION MÉDICALE

- EXAMENS PHYSIQUE, NEUROLOGIQUE ET CARDIOVASCULAIRE NORMAUX
- LABORATOIRE N
- TACO CÉRÉBRAL SANS PARTICULARITÉ

- APRÈS L'ÉVALUATION, DIAGNOSTIC DE TNC MAJEUR DE TYPE ALZHEIMER.



G. Amorcer l'enseignement sur la promotion de la santé cognitive, référer vers programme local au besoin

Discussion brève avec le médecin suite à une évaluation de l'état de santé avec des anomalies

3. ÉVALUATION MÉDICALE²³

- A. Prise en considération de l'évaluation infirmière
- B. Vérifier si présence de facteurs confondants : ex. : médication ayant un impact potentiel sur la cognition ⁽²⁾, trouble d'utilisation de substances, comorbidité d'origine métabolique ou cardiovasculaire non stabilisée, etc.
- C. Anamnèse
- D. Examen physique
- E. Décision si besoin d'investigations supplémentaires (laboratoire, imagerie)
- F. Décision si besoin de consultation complémentaire (ex. : Clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue, etc.)

3.1 ANNONCE DU DIAGNOSTIC PAR LE MÉDECIN

PAS DE TROUBLE NEUROCOGNITIF	TROUBLE NEUROCOGNITIF LÉGER (TNCL) ²⁴ AUTONOMIE FONCTIONNELLE NON COMPROMISE	TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR (TNCM) AUTONOMIE FONCTIONNELLE COMPROMISE (stades léger ²⁵ , modéré ²⁶ , avancé ²⁷)
	A. <u>Annonce du diagnostic</u> ²⁸ 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> ²⁸ , <u>alimentation</u> ²⁸ , <u>activité physique</u> ²⁸ , <u>stress</u> ²⁸ , <u>alcool</u> ²⁸), la gestion des facteurs de risques - HTA ²⁸ (G) ²⁸ , diabète ²⁸ (G) ²⁸ et le soutien à l'observance thérapeutique	
	C. Informer sur l'évolution habituelle et les prochaines étapes ; D. Donner les coordonnées de l'infirmière	
C. Informer sur les <u>10 signes précurseurs</u> ²⁹ D. Revoir l'usager si changement	E. Prévoir un rendez-vous infirmier et médical, l'année suivante ou plus rapidement si changement.	E. Si <u>action médicamenteuse</u> ²⁸ ⁽²⁾ <ul style="list-style-type: none">• Compléter la demande de la RAMQ• Informer sur les effets indésirables et contacter l'infirmière si apparition F. <u>Pour tous les usagers</u> Prévoir un rendez-vous infirmier de suivi dans les 2 à 4 semaines.

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.

ASSURER LE SUIVI DE L'USAGER ET DU PROCHE-AIDANT
POURSUIVRE AVEC LE VOLET SUIVI (2)

^{***} 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. ^{***} 2019-03-22/MD

^{*} Références : les exposants se réfèrent à la liste du document : RÉFÉRENCES.

3.1 ANNONCE DU DIAGNOSTIC PAR LE MÉDECIN

PAS DE TROUBLE NEUROCOGNITIF	<u>TROUBLE NEUROCOGNITIF LÉGER (TNCL)</u> ¹⁴ AUTONOMIE FONCTIONNELLE NON COMPROMISE	TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR (TNM) AUTONOMIE FONCTIONNELLE COMPROMISE (stades <u>léger</u> ¹⁵ , <u>modéré</u> ¹⁶ , <u>avancé</u> ¹⁷)
<p>A. <u>Announce du diagnostic</u>¹⁸ à l'usager en présence d'un proche aidant et de l'infirmière ou la TS (si possible) ;</p> <p>B. Promouvoir la santé cognitive en encourageant l'adoption de saines habitudes de vie (<u>tabac</u>¹⁹, <u>alimentation</u>²⁰, <u>activité physique</u>²¹, <u>stress</u>²², <u>alcool</u>²³), la gestion des facteurs de risques - <u>HTA</u>²⁴ [G]²⁵, <u>diabète</u>²⁶ (G)²⁷ et le soutien à l'observance thérapeutique</p>		
<p>C. Informer sur l'évolution habituelle et les prochaines étapes ;</p> <p>D. Donner les coordonnées de l'infirmière</p>		
<p>C. Informer sur les <u>10 signes précurseurs</u>²⁸</p> <p>D. Revoir l'usager si changement</p>	<p>E. Prévoir un rendez-vous infirmier et médical, l'année suivante ou plus rapidement si changement.</p>	<p>E. Si <u>option médicamenteuse</u>²⁹ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compléter la demande de la RAMQ • Informer sur les effets indésirables et contacter l'infirmière si apparition <p>F. <u>Pour tous les usagers</u> Prévoir un rendez-vous infirmier de suivi dans les 2 à 4 semaines.</p>



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.

ANNONCE DU DIAGNOSTIC

- FILLE PRÉSENTE AVEC MME
- INTRODUCTION DE MÉDICATION (ARICEPT)



VOLET SUIVI (2)

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

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

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

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

- 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/Soutien à domicile (SAD), demander l'autorisation à l'usager pour communiquer le nouveau diagnostic ; ④
- Informé du prochain rendez-vous et des services de la Société d'Alzheimer et de l'APPUI pour les proches aidants d'aînés ③

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

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

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

- 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](#) ③ version courte), [évaluer les causes, p. 8](#) ③ et intervenir si nécessaire
- Relever la présence d'enjeux fonctionnels possible liés à un trouble neurocognitif
 - Outils pour obtenir l'impression du proche-aidant : ex. : [QAF](#) ③, [IFD](#) ③, [IQCODE](#) ③, 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. ① ② ③ ④

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

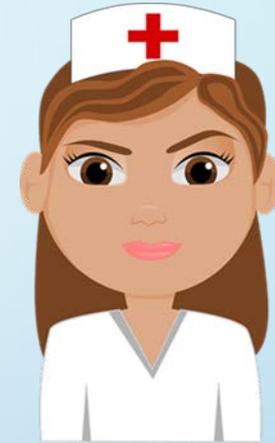
- Discuter avec l'infirmière, l'usager et le proche aidant de l'évolution (et autres professionnels si impliqués) ;
 - Discuter des éléments du suivi standard à prioriser,
- Si SCPO, identifier les causes ([p. 8](#)) ③ et intervenir si nécessaire
- Déterminer si investigations ou consultations supplémentaires (ex. : Clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue)
- Discuter du [niveau de soins](#) ③ et des directives médicales anticipées ([DMA](#)) ③ selon la situation clinique ;
- Décider si poursuite des inhibiteurs de la cholinestérase ou de l'antagonistes récepteur NMDA ②
 - Compléter la demande d'autorisation de médicament d'exception [si besoin] ;

APPEL 2 SEMAINES APRÈS

- MME COMPREND LE DIAGNOSTIC MAIS N'Y CROIT PAS.
- ARICEPT BIEN TOLÉRÉ (FILLE CONFIRME)
- BONNE OBSERVANCE AVEC DYSPILL
- RV CÉDULÉ POUR ENSEIGNEMENT PRIORITAIRE



ENSEIGNEMENT PRIORITAIRE



- MME A REFUSÉE DE VENIR, N'EST PAS MALADE
- FILLE PRÉSENTE
- POPOTE PROPOSÉE. MME TENTERA DE CONVAINCRE SA MÈRE. SINON LUI APPORTERA REPAS.

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

- Information sur le trouble neurocognitif majeur diagnostiqué : [Maladie Alzheimer 1¹](#) et [MA2²](#) , [Démence Vasculaire³](#) , [Corps Lewy⁴](#). Les stades de la maladie d'Alzheimer ([Usager⁵](#)) (Professionnel, [p.2⁶](#))
- Conseils et suggestions visant à faciliter l'accompagnement de votre proche ([Info-1⁷](#)) ([Info-2⁸](#))
- Votre médication ([Usager⁹](#))

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

Privilégier la même infirmière du GMF

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

- A. Évaluer la condition physique
- B. Évaluer la condition mentale
 - si inhibiteurs cholinestérase ou antagonistes récepteur NMDA ou selon besoin, effectuer un MMSE
 - si présence de symptômes comportementaux de la démence ([NPI-R¹⁰](#) version courte), [évaluer les causes, p. 8¹¹](#) et intervenir si nécessaire
- C. Relever la présence d'enjeux fonctionnels possiblement liés à un trouble neurocognitif
 - Outils pour obtenir l'impression du proche-aidant : ex. : [QAF¹²](#), [IFD¹³](#), [IQCODE¹⁴](#), etc.
- D. Évaluer si amélioration, stabilisation ou détérioration de la condition avec l'information obtenue précédemment ;
- E. Continuer le suivi inscrit dans la section « SUIVI COGNITIF STANDARD » selon la situation de l'utilisateur et mettre à jour le PI.
 - Selon l'évaluation, appliquer les interventions infirmières pertinentes et selon le besoin, référer aux professionnels appropriés du GMF, du réseau et des organismes communautaires. **1 2 3 4**



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

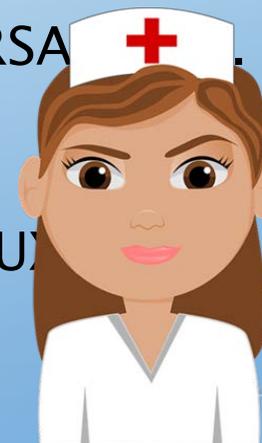
- A. Discuter avec l'infirmière, l'utilisateur et le proche aidant de l'évolution (et autres professionnels si impliqués) ;
 - Discuter des éléments du suivi standard à prioriser,
- B. Si SCPD, identifier les causes ([p. 8¹⁵](#)) et intervenir si nécessaire
- C. Déterminer si investigations ou consultations supplémentaires (ex. : Clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue)
- D. Discuter du [niveau de soins¹⁶](#) et des directives médicales anticipées ([DMA¹⁷](#)) selon la situation clinique ;
- E. Décider si poursuite des inhibiteurs de la cholinestérase ou de l'antagonistes récepteur NMDA **2**
 - Compléter la demande d'autorisation de médicament d'exception [si besoin] ;



VISITE CONJOINTE MÉDECIN–INFIRMIÈRE 6 MOIS PLUS TARD



- STABLE AU NIVEAU AVQ/AVD
- A CESSÉ DE CONDUIRE. A ÉCHOUÉE LE TEST SUR LA ROUTE. STAC PROPOSÉ
- ARICEPT BIEN TOLÉRÉ.
- MEEM: 25/30
- FILLE A REMARQUÉ QUE SA MÈRE PARTICIPE DAVANTAGE AUX CONVERSA
- PLUS ENJOUÉE.
- POURSUITE DE L'ENSEIGNEMENT (SÉCURITÉ À DOMICILE, ASPECT LÉGAU)



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](#)¹⁸, observance, besoin titrage, pour les inhibiteurs de la cholinestérase ou l'antagonistes récepteur NMDA ;
- B. Informer l'utilisateur et proche aidant de la surveillance à faire après avoir évalué leur niveau de connaissance et compréhension ;
- C. Surveiller et optimiser le reste de la médication en portant une attention particulière aux médicaments devenus potentiellement inappropriés.

Conditions physique et mentale

- F. Évaluer la condition physique : Poids, hydratation, santé bucco-dentaire, élimination, mobilité/chute, douleur, problème de langage, sommeil (errance), etc. ;
- G. Évaluer la condition mentale, particulièrement le délirium, les hallucinations, les signes de détresse, d'anxiété, de dépression, de risque suicidaire et intervenir au besoin. 1
- H. Promouvoir la santé cognitive en encourageant l'adoption de saines habitudes de vie ([tabac](#)¹⁹, [alimentation](#)²⁰, [activité physique](#)²¹, [stress](#)²², [alcool](#)²³), la gestion des facteurs de risques ([HTA](#)²⁴, [IG](#)²⁵, [diabète](#)²⁶, [IG](#)²⁷) et le soutien à l'observance thérapeutique

Aspects légaux 1 3

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

Sécurité

- L. Conduite automobile : [Discuter précocement](#)³² de l'arrêt éventuel de la conduite et informer sur les alternatives (moyen de transport) 1 ; Contribuer à l'évaluation du risque ([test sur la route](#))³³ ;
- M. Apprécier la sécurité à domicile (feu, intoxications, errance à l'extérieur, etc.) et donner conseils d'usage ; 4
- N. Revoir et vérifier au besoin la capacité à consentir aux soins et la présence de difficultés/enjeux liés à [l'aptitude](#)³⁴ à administrer ses biens et à s'occuper de sa personne. 1 4
- O. Surveiller si signes de négligence et de [maîtrise](#)³⁵ 1

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

- P. Encourager différents moyens pour maintenir [une qualité de vie au domicile](#)³⁶ : 1 3
 - Enseigner des stratégies pour [Les repas](#)³⁷, [les soins d'hygiène personnelle](#)³⁸, [le sommeil](#)³⁹.
- Q. Informer sur les aides possibles offertes par les [organismes communautaires](#)⁴⁰ ; 1 3
- R. Référer vers le soutien à domicile (SAD) pour optimiser l'autonomie fonctionnelle, la sécurité, etc. et transférer le PI ; 4
- S. Discuter des alternatives au maintien à domicile si nécessaire. 1 3 4

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

- T. Établir [l'histoire biographique](#)⁴¹ (la communiquer au SAD et autres lieux, si pertinent) 3 ;
- U. Enseigner [l'approche de base](#)⁴² (p.3) au proche aidant en incluant des [stratégies de communication](#)⁴³ 3 ; [Reconstruire](#) (p.8)⁴⁴ si besoin ;
- V. Enseigner [l'approche non pharmacologique](#) (pages 9 et +)⁴⁵ si SCPD, selon la ou les causes potentielles du SCPD 4.

Proche aidant 1

- W. Discuter de la transition vers un changement de rôle ([stress](#))⁴⁶ ([intimité](#))⁴⁷ ([deuil blanc](#))⁴⁸
- X. Évaluer l'épuisement — exemple : Grille de Zarit, les risques suicidaire et homicidaire, etc. ;
- Y. Évaluer les besoins prioritaires et informer des ressources disponibles incluant le répit si pertinent ; 3 4
- Z. Réévaluer le contexte psychosocial, référer au besoin :
 - Prévoir un autre plan d'aide au cas où le proche aidant habituel vivrait une situation d'urgence (ex. : hospitalisation)

*** 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

Dans le cadre du suivi, on doit se questionner
Sur différents aspects:

- Médication
- Condition physique et mentale
- Aspects légaux
- Sécurité
- Préservation de la qualité de vie pour le maintien à domicile le plus longtemps possible
- Préventions et interventions sur les SCPD
- Proche aidant



RV MÉDICAL

- EXAMEN PHYSIQUE INCHANGÉ
- POIDS STABLE
- TA OPTIMALE.
- DISCUSSION AVEC FILLE ET MME.
- RENOUELEMENT ARICEPT
- RV DANS 1 AN



COUP DE THÉÂTRE



- APPEL DE LA FILLE 1 MOIS PLUS TARD
- FILLE DÉCOURAGÉE CAR SA MÈRE REFUSE TOUS LES SERVICES.
- SE DIT ÉPUISÉE. SE SENT SEULE CAR PEU D'AIDE DE SES FRÈRES.
- SE DISPUTENT DE PLUS EN PLUS. SA MÈRE EST IMPOSSIBLE À RAISONNER.
- INSOMNIE ET ANXIÉTÉ DE L'AIDANTE
- RÉFÉRENCE TS GMF SUGGÉRÉE. ACCEPTE



SITUATIONS OÙ LA TS GMF PEUT CONTRIBUER À TRAVERS LE PROCESSUS CLINIQUE

Repérage

Évaluation /
diagnostic

Suivi

REPÉRAGE

- Si pendant la période d'investigation la personne et son réseau vivent des problématiques psychosociales:
 - Problèmes financiers
 - Isolement social
 - Conflit relationnel ou familiaux
 - Etc.

ÉVALUATION / DIAGNOSTIC

- Si pertinent, collaborer avec l'infirmière pour documenter:
 - l'histoire de vie,
 - le contexte psychosocial,
- Si pertinent, être présente à la rencontre d'annonce du diagnostic et/ou accompagner si difficulté d'adaptation.
- Si pertinent, offrir une rencontre conjointe (infirmière et TS) pour le volet d'enseignement prioritaire à la personne et son aidant.

SUIVI

- Si pertinent, soutenir de duo médecin / infirmière dans les interventions concernant :
 - Conditions physique et mentale
 - Aspects légaux
 - Sécurité
 - Préservation de la qualité de vie
 - Symptômes comportementaux et psychologique de la démence (SCPD)
 - Proche aidant
- Vous référer au processus clinique du MSSS pour voir en détail les outils cliniques et les informations complémentaires entourant le suivi.

ÉLÉMENTS DU SUIVI AVEC L'AIDANTE

Préservation de l'autonomie pour le maintien à domicile le plus longtemps possible – Planifier l'avenir

- O. Encourager différents moyens pour maintenir ou augmenter l'autonomie au quotidien ; ① ③
- P. Informer sur les aides possibles offertes par les organismes communautaires ; ① ③
- Q. Référer vers le soutien à domicile [SAD] selon évolution de l'impact fonctionnel, la sécurité, etc. ; ④
- R. 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] ③

- S. Établir l'histoire biographique [la communiquer au SAD et autres lieux, si pertinent] ;
- T. Enseigner l'approche de base au proche aidant en incluant des stratégies de communication ;
- U. Évaluer si SCPD et si intervention nécessaire : se référer au Processus clinique visant le traitement des SCPD.

Proche aidant ①

- V. Particularités comme proche aidant (siress) (intimité) (deuil blanc)
- W. Évaluer l'épuisement — exemple : Grille de Zarit ;
- X. Informer et référer pour du répit ; ③ ④
- Y. 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)

1 ÈRE RENCONTRE TS GMF



- Rencontre avec la fille Diane
- Évaluation des besoins, de l'épuisement de l'aidante et des risques.
- Documenter l'histoire de vie de sa mère pour éventuellement offrir un enseignement personnalisé des stratégies d'accompagnement adaptées.
- Retour sur la référence à la Société Alzheimer. Accepte de participer au groupe d'information sur la maladie.
- 2^e rencontre proposée 2 semaines plus tard...

2^E RENCONTRE AVEC L'AIDANTE

- **Ententes partagées SUR LES OBJECTIFS DU SUIVI**
 - Optimiser la communication entre Mme et sa fille en vue de prévenir les SCPD/ diminuer le fardeau de l'aidante;
 - Améliorer la gestion des émotions de l'aidante (anxiété et sommeil);
 - Mobiliser le réseau de soutien familial et communautaire pour assurer un maintien à domicile sécuritaire.





SUITE: SUIVI DES FACTEURS DE RISQUE

(incluant service de repas)

1. Risque de dénutrition (perte de poids)

Popote refusée.

Alternatives possibles:

- Traiteur
- Dame de compagnie
- Cuisines collectives
- Programme Pair (rappel à s'alimenter)
- Relocalisation dans un milieu évolutif

2. Ennui, isolement social (vit seule, apathie, perte du permis de conduire)

- Centre de jour
- STAC pour déplacement
- Visites d'amitiés

TRAVAIL DE COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE EN CONTINUE

- Concertation régulière entre les cliniciens GMF pour le suivi biopsychosocial de Mme et son aidante.
- Inclure Mme et sa fille au sein des décisions / orientations du suivi.
- Intégrer d'autres partenaires et partage d'information selon les besoins avec:
 - D'autres cliniciens GMF (pharmacien, psychologue, nutritionniste, etc.)
 - CLSC,
 - Organismes communautaires,
 - Ressources privées: (résidences privées, notaire, pharmacie, etc.)



FIN !

