

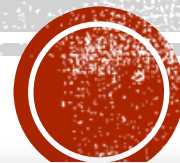
ÉVALUATION INITIALE DES TNCM EN GMF

Repérage et évaluation des troubles neurocognitifs majeurs

Par

Karine Ménard

(Infirmière clinicienne GMF et ressource territoriale CIUSSSCN)



CONFLITS D'INTÉRÊT.

Aucun conflit d'intérêt



OBJECTIFS



- Démystifier:

- ✓ Évaluation initiale infirmière d'un usager présentant un TNC
- ✓ Évaluation de la condition physique et mentale
- ✓ Utilisation des tests cognitifs validés
- ✓ Repérage des impacts fonctionnels
- ✓ L'histoire familiale et l'impact des troubles neurocognitifs



TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS.. POURQUOI PAS DÉMENCES?

Dans le rapport de l'INESSS et dans le DSM-5, le terme démence a été remplacé par :

- ❖ Troubles neurocognitifs légers (TCL, MCI)**
- ❖ Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (TNCM)**



RÔLES DE INFIRMIÈRE GMF POUR LA CLIENTÈLE ATTEINTE D'UN TROUBLE NEUROCOGNITIF

REPÉRAGE (facteurs de risques, plaintes, signes cliniques)

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

ÉVALUATION (collecte, histoire, tests cognitifs, bilan..)

ENSEIGNEMENT (maladie, prévention, risques..)



AIDE AU DIAGNOSTIC/DISCUSSION AVEC MÉDECIN

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



VOLET DIAGNOSTIC (1)

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

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

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

1.1 Zone de vigilance

Porter une attention particulière aux usagers suivants :

Usagers de 65 ans et plus ayant :

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

Usagers ayant :

- Nouveau diagnostic psychiatrique après 50 ans;
- Dépressions récurrentes.

1.2 Plainte de l'usager ou 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 médication, rendez-vous);
- Changements psychologiques et comportementaux;
- Difficulté à reconnaître les objets ou les personnes;
- Difficulté à prendre des décisions;
- 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, débiter aux points 1.1 et 1.2 et suivre les étapes au besoin.

Questions sur la cognition (ex. : [AD8](#)⁷) OU [cinq mots Dubois](#)⁸ et horloge OU [MIS](#)⁹ et horloge OU autres tests cognitifs rapides

Si repérage positif

Si repérage négatif

Revoir dans 6 mois à 1 an ou si changement.

Valoriser les bonnes habitudes de vie, [promouvoir la santé cognitive](#)⁶, encourager la gestion des facteurs de risque et informer des [10 signes précurseurs](#)⁷.

Si repérage positif

RÉFÉRENCE VERS L'INFIRMIÈRE

Valider numéro téléphone et disponibilité du proche aidant pour rendez-vous.
* Si test rapide a été entrepris par infirmière, discussion avec médecin *

2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE

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

Durée rencontre : 60 à 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 JUGÉ PERTINENT

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

g et écocarte)
tinentes (cognitif, fonctionnel, social)
local au besoin

t de santé avec des anomalies

sur la cognition ², trouble d'utilisation
.)

rapeute, neuropsychologue, etc.) ⁴

UBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR (TNCM)

ONOMIE FONCTIONNELLE COMPROMISE

stades [léger](#)¹⁵, [modéré](#)¹⁶, [avancé](#)¹⁷)

idant, de l'infirmière ou la TS (si possible)
[bac](#)¹⁹, [alimentation](#)²⁰, [activité physique](#)²¹
soutien à l'observance thérapeutique

et les prochaines étapes;
nfirmière.

ion médicamenteuse²⁹ ²

Compléter la demande de la RAMQ
Informez sur les effets indésirables et
contacter l'infirmière si apparition
[ir tous les usagers](#)
voir un rendez-vous infirmier de suivi
s les 2 à 4 semaines

er l'infirmière de l'information
nts prioritaires pour le suivi.

PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE

Volet diagnostic

QU'EST-CE QUE LE PROCESSUS CLINIQUE??

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



À QUI S'ADRESSE LE PROCESSUS?

Équipes œuvrant dans les GMF et GMF-U

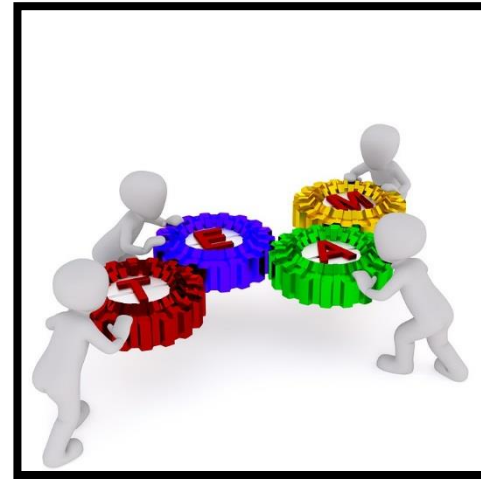
Particulièrement:

- ❖ Médecins de famille
et
- ❖ Infirmières cliniciennes



AUTRES PROFESSIONNELS EN GME OU SERVICES POUVANT CONTRIBUER

- Travailleur social
- Pharmacien
- Organismes communautaires
- Équipe du soutien à domicile



PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE

Composé de 2 volets

- Volet diagnostic
- Volet suivi



RAPPEL



- ▶ **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****
- ▶ **Tout professionnel en GMF peut initier ou demander un repérage (Médecin, infirmière, TS, pharmacien, nutritionniste..)**





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 à 6 mois);
- Maladie de Parkinson ou parkinsonisme;
- Trauma crânien (évaluation si stabilisée depuis 3 à 6 mois);
- Trouble neurocognitif léger.

Usagers ayant :

- Nouveau diagnostic psychiatrique après 50 ans;
- Dépressions récurrentes.

1.2 Plainte de l'utilisateur ou 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 médication, rendez-vous);
- Changements psychologiques et comportementaux;
- Difficulté à reconnaître les objets ou les personnes;
- Difficulté à prendre des décisions;
- Se tourne vers son accompagnateur pour répondre aux questions;
- Perte d'autonomie fonctionnelle dans AVD, AVQ ou activités complexes;
- Perte de poids inexplicée.

Clientèle à risque avec présence de signaux d'alarme

*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 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**

Si repérage positif

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](#), [IFD¹²](#), [IQCODE¹³](#), 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^{ère} évaluation infirmière

Description de la plainte/signes cliniques

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

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

Évaluation fonctionnelle

Histoire familiale/contexte psychosocial

Références PRN (SAD ou TS GMF)

Enseignement sur la promotion de la santé cognitive



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

REPÉRAGE ET PROCESSUS MENANT AU DIAGNOSTIC

Les renseignements contenus dans cette liste de vérification servent à titre informatif et ne remplacent pas le jugement du clinicien. Le contenu provient des travaux de l'INESS sur le repérage et les processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs. Pour plus de détails, consultez INESS.QUEBEC.GOV.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 (spécifiez) : _____
 Scolarité du patient : _____ Emploi actuel ou antérieur : _____
 Diplôme obtenu : _____ Retraité à : _____ ans

Motif du repérage ou de l'évaluation **► Plainte rapportée par le patient ou les proches, suspicion clinique, facteurs de risque, d'origine initiale posée à l'exigence, etc.**

Symptômes rapportés ou observés chez le patient **► Perte ou changement sur le plan de la mémoire, de l'organisation fonctionnelle, des fonctions exécutives, du langage, de la parole, de la motricité, ↓ chutes, etc.**

Facteurs à vérifier lors du processus menant au diagnostic

- Antécédents familiaux
- Médication (y compris médicaments, produits naturels)
- Adhérence aux traitements
- Antécédents psychiatriques et santé mentale
- Antécédents médicaux, conditions médicales actuelles pertinentes ou autres comorbidités
- Habitudes de vie (alimentation, tabac, alcool, drogues, sommeil, loisirs, activités, etc.)

Commentaires :

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

- Déficits Visuel Compensé Non compensé
 Auditif Compensé Non compensé
- Troubles artériels de langage (p. ex. : bégaiement)
 - 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 :

REPÉRAGE ET PROCESSUS MENANT AU DIAGNOSTIC

calme, sans bruit et sans distraction.

et troubles du comportement

Commentaires

le si elle est clinique. (F : médecin)

psychométriques et normes sex/fo et la fonctionnelle

N : Normal A : Anormal
 MMSE bilatérale
 CT scan

ant ou l'infirmière

dition) :

LISTE DE VÉRIFICATION (CHECK LIST)

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-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](#), [IFD¹²](#), [IQCODE¹³](#), 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

- 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 PQRSU POUR DÉCRIRE UNE PLAINTÉ COGNITIVE

- **Provoque/pallie:** Ajout d'une nouvelle médication (AGHO, hypnotique..) Décès récent de la conjointe. Aucune mesure palliative identifiée.
- **Quantifier:** Cherche ses mots, perd souvent ses lunettes et ses clefs. Impact fonctionnel: a cessé d'aller jouer aux cartes avec ses amis.
- **Région:** N/A
- **Signe et symptôme associé:** Se sent plus fatigué. Étourdissement, perte d'appétit
- **Temps:** Depuis environ 6 mois et semble s'aggraver. Tous les jours.
- **Understanding (compréhension):** Ne sait pas ce qui lui arrive.



2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE

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

Durée rencontre : 60-90 minutes

- A. Description de la plainte ;
- B. Évaluer la condition physique :
 - Révision profil médicamenteux ②
 - Examen physique : vision, audition, problème de langage, signes vitaux avec TA couché-debout, qualité du sommeil, mobilité, poids, etc.
 - Repérages : abus de substances (alcool, drogues)

2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE — SUITE

- C. Évaluer la condition mentale :
 - Repérage dépression avec [QSP-2/QSP-9⁸](#) OU GDS4 ;
 - MMSE et [MoCA selon les recommandations de l'INESSS à la page 3⁹](#);
 - Changement de personnalité/de comportement/d'humeur, si changement : [NPI-R¹⁰](#) version courte (conseillé)
- D. Relever la présence d'enjeux fonctionnels possiblement liés à un trouble neurocognitif
 - Outils disponibles pour obtenir l'impression du proche-aidant : ex. : [QAF¹¹](#), [IFD¹²](#), [IQCODE¹³](#), 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



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



	Médicaments	Médicaments
Antidépresseurs imipraminiques	Anafranil® Laroxyl® Ludiomil® Surmontil®	Antidépresseurs Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS) (Prozac®, Deroxat®, Zoloft.. et IRS et de la noradrénaline (Venlafaxine : Effexor®, Cymbalta®)
Neuroleptiques phénothiazines	Largactil® Neuleptil® Nozinan® Piportil® Tercian® Modecate®	Neuroleptiques non phénothiazines : clozapine : Leponex®, Risperdal®, Zyprexa®, Solian®, Xeroquel®
Anti-arythmique	Rythmodan® Effets anticholinergiques et insuffisance cardiaque	Cordarone ou autres antiarythmiques
Antihistaminiques	Atarax® Polaramine® Theralène® Célestamine® Primalan® Périactine®	Cétirizine : Virlix®
Antiparkinsoniens anticholinergiques	Lepticur® Artane®, Parkinane® Akinéton® Association illogique avec les anticholinestésiques (Aricept®, Exelon®, Réminyl®)	
Antispasmodiques urinaires	Ditropan® (oxybutynine)	Ceris® (pas au livret)
Antispasmodiques	Scopoderm®	Phloroglucinol
Antinauséeux, antitussifs antivertigineux	Vogalène® Effet anticholinergiques ,Confusion, sédation	Domperidone : motilium ® (mais attention au risque de torsade de pointe)

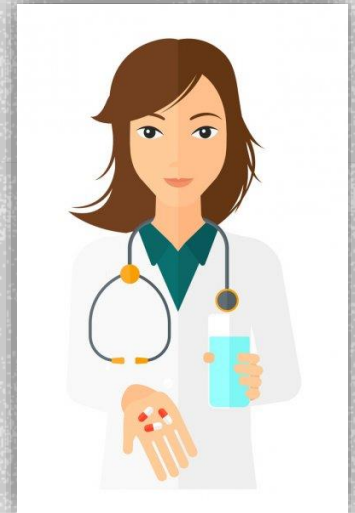


MÉDICATION À ÉVITER



- ✓ **Optimisation de la pharmacothérapie**
- ✓ **Recommandations thérapeutiques**
- ✓ **Initiation de certaines thérapies médicamenteuses**
- ✓ **Suivis (déprescription, sevrage Benzodiazépine, augmentation dosage..)**
- ✓ **Collaboration avec les pharmaciens communautaires, médecins spécialistes..**
- ✓ **Révision de la pharmacothérapie en fonction des risques et des bénéfices**

**POURQUOI NE PAS
RÉFÉRER À VOS
PHARMACIENS EN
GMF !!!**



Pourquoi les aînés sont plus à risque?

Vieillesse provoque :

- Altération du métabolisme hépatorénal
et
- Perméabilité de la barrière hémato-encéphalique

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

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



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 + souvent dû à une affection médicale ou induit par une substance.

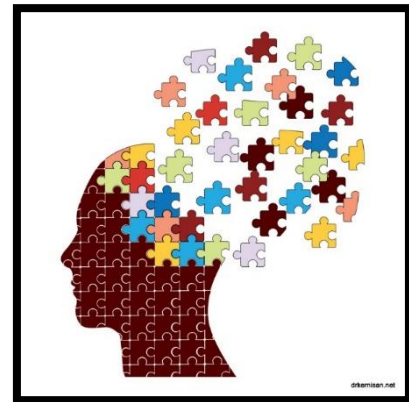


Tableau 1. Critères de syndrome confusionnel d'après le Confusion assessment method (CAM)

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 ?

CAM

Si oui aux critères

A-B et C

ou

A-B et D.

Délirium définitif





Nom du patient :

Date de naissance :

Numéro de dossier :

Date :

Heure :

Évaluateur :

Test d'évaluation du délirium et des troubles cognitifs

ENCERCLER

[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

TEST D'ÉVALUATION DU DÉLIRIUM

<https://www.the4at.com/>



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 35](#) ;
 - 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](#), [IFD¹²](#), [IQCODE¹³](#), 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

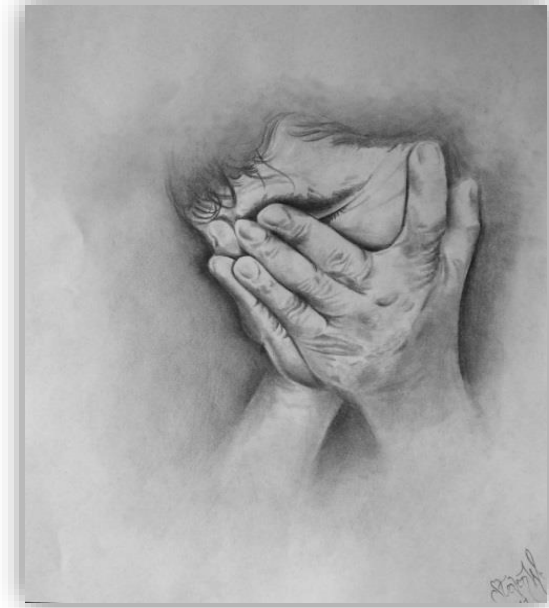
- Version courte du questionnaire de dépression gériatrique **GDS-4**
- Permet une évaluation rapide de l'humeur de la personne.

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



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. Mini-GDS. Encephale 1997 ; 23:91-9

ÉCHELLE DE DÉPRESSION GÉRIATRIQUE

VERSION COURTE (GDS-4)



QUESTIONNAIRE SUR LA SANTE DU PATIENT-9 (PHQ-9)

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé(e) ?
(Veuillez entourer le chiffre correspondant à votre réponse)

	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. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), d'avoir déçu sa famille ou de s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si vous êtes concerné(e) par au moins un des problèmes mentionnés ci-dessus, ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout
difficile(s)

Assez
difficile(s)

Très
difficile(s)

Extrêmement
difficile(s)

QSP-9)

QSP-2

- Poser 2 premières questions du QSP-9.
- Si + à l'une ou l'autre des 2 questions faire QSP-9



TESTS COGNITIFS

➤ MEEM ou MMSE ou Folstein..

➤ MoCA

➤ ...



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 1-Attitude (se présenter, être calme et souriant, respecter le rythme de la personne..) 2- Langage (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



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-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. Relève la présence d'enjeux fonctionnels possiblement liés à un trouble neurocognitif
 - Outils disponibles pour obtenir l'impression du proche-aidant : ex. : [QAF¹¹](#), [IFD¹²](#), [IQCODE¹³](#), 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



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 la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique?

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

Veuillez répondre à chacune des questions en encadrant 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 s'y prendre actuellement	Le fait avec de l'aide
1. Faire des chèques, payer des factures, vérifier ses comptes	0	1	2
2. Assembler des dossiers d'impôts, des documents d'affaires ou autres	0	1	2
3. Faire des courses seul pour se procurer des vêtements, des articles ménagers, des aliments	0	1	2
4. Jouer à un jeu d'adresse, s'adonner à un passe-temps	0	1	2
5. Faire chauffer de l'eau, préparer une tasse de café, étendre la cuisine	0	1	2
6. Préparer un repas équilibré	0	1	2
7. Suivre le fil des événements courants	0	1	2
8. Payer attention à une émission de télévision, lire un livre ou un magazine, les comprendre et pouvoir en discuter	0	1	2
9. Se souvenir des rendez-vous, des fêtes de famille, des congés, des médicaments à prendre	0	1	2
10. Se promener hors de son quartier, conduire une voiture, prendre l'autobus	0	1	2

Score total : _____

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

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 comparez 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 encadrant 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'amitiés/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

Sommes :

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

ÉVALUATION DES AVQ/AVD

- IQCODE-R
- QAF

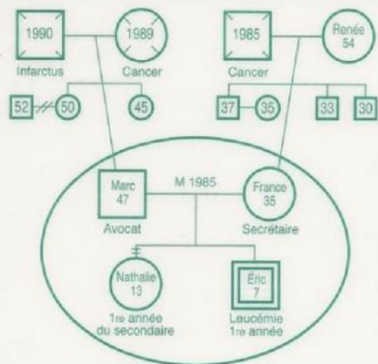
http://inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOut_il_Questionnaire_IQCODE-R.pdf



COLLECTE DE DONNÉES (RÉSEAU DE SOUTIEN, CONTEXTE FAMILIAL..)

GENOGRAPHE

GÉNOGRAMME



5 questions utiles

Qui est le **plus** grand défi (ou inquiétude) pour la famille concernant la maladie?... l'hospitalisation?

Qui vous aide le **plus** à composer avec ce défi?

Qui, dans la famille, est le **plus** affecté par la maladie et comment le démontre-t-elle?

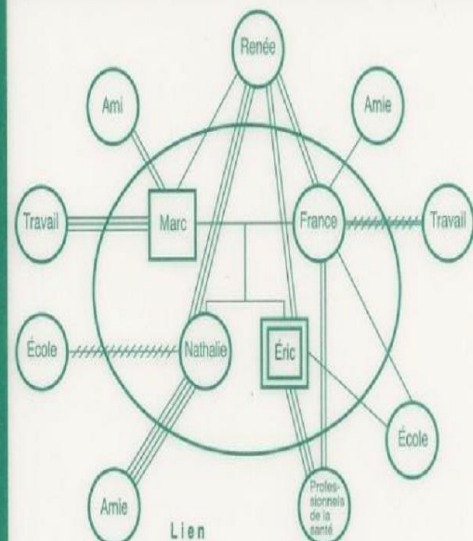
De quelles informations auriez-vous le **plus** besoin maintenant?

Comment puis-je le **plus** vous aider à ce sujet?

Faculté des sciences infirmières
www.scinf.umontreal.ca
genographe@umontreal.ca

GENOGRAPHE

ÉCOCARTE



Lien

- ≡≡≡ Fort
- ≡≡ Modéré
- ≡ Faible
- Très faible

==== Tension stress difficulté

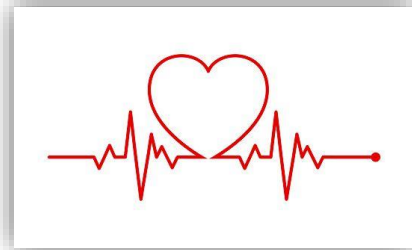
VÉRIFIER SI BESOIN D'INVESTIGATIONS SUPPLÉMENTAIRES

➤ Vérifier les examens de laboratoire

- Compléter selon Protocole national INESSS
- Patient âgé de 60 ans et + présentant troubles cognitifs et si aucun résultat (moins de 6 mois)

➤ Vérifier si TDM cérébral

➤ Vérifier si ECG



PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL INESSS

Pour le dosage de la **vitamine B₁₂**, mentionner les raisons d'une telle demande, à défaut de quoi la requête pourrait être refusée par le laboratoire. Le dosage de la vitamine B₁₂ est indiqué notamment en présence de troubles neurocognitifs et de changements à la personnalité.

Tableau 1 Analyses de laboratoire

BILAN DE BASE	AU BESOIN selon les situations cliniques particulières suivantes :
<input type="checkbox"/> Calcium	<input type="checkbox"/> Albumine : Si suspicion de dénutrition
<input type="checkbox"/> Créatinine	<input type="checkbox"/> ALT En présence ou si suspicion d'une maladie hépatique
<input type="checkbox"/> Électrolytes	<input type="checkbox"/> Syphilis ³ : En présence de facteurs de risques pour les ITSS ou d'un TNC à l'évolution rapide
<input type="checkbox"/> FSC	<input type="checkbox"/> VIH
<input type="checkbox"/> Glucose (à jeun) ou HbA1c	
<input type="checkbox"/> TSH	
<input type="checkbox"/> ! Vitamine B₁₂	

Signes et acronymes : ALT : alanine aminotransférase, FSC : formule sanguine complète, HbA1c : hémoglobine glyquée, ITSS : infection transmissible sexuellement et par le sang, TNC : trouble neurocognitif, TSH : thyroïdostimuline (*thyroid-stimulating hormone*), VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

Initier un **bilan sanguin** à la suite du repérage de symptômes et signes suggestifs d'un trouble neurocognitif léger ou majeur



CONCLUSION DE L'ÉVALUATION (1^{ÈRE} RENCONTRE)

- **Référer aux ressources communautaires**

Popotte roulante, Aide à la communauté, Société Alzheimer L'APPUI

- **Référer à la TS** (si besoins psychosociaux détectés)

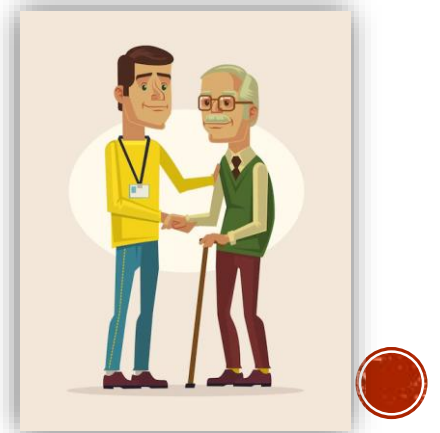
- **TS du GMF** (personne non connue du CLSC, besoins à court terme..)
- **Référer cellule SAD** (personne déjà connue du CLSC, besoins long terme, Relocalisation nécessaire..)



QUAND RÉFÉRER TRAVAILLEUR SOCIAL DU GMF ?

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

- Conflits avec des proches, idées suicidaires, pauvreté, deuil, rupture, divorce..
- Difficulté d'adaptation à l'annonce d'un diagnostic de TNCM, gestion du stress, troubles d'anxiété, dépression..
- Toxicomanie, criminalité..
- Violence, agressions sexuelles, abus, isolement, perte d'autonomie..





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**



3. ÉVALUATION MÉDICALE¹³

- A. Prise en considération de l'évaluation infirmière.
- B. Vérifier si présence de facteurs confondants, ex. : médication ayant un effet 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 consultations complémentaires (ex. : clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue, etc.).

3.1 ANNONCE DU DIAGNOSTIC PAR LE MÉDECIN

PAS DE TROUBLE NEUROCOGNITIF	<u>TROUBLE NEUROCOGNITIF LÉGER (TNCL)</u> ¹⁴ AUTONOMIE FONCTIONNELLE NON COMPROMISE	TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR (TNCLM) AUTONOMIE FONCTIONNELLE COMPROMISE (stades <u>léger</u> ¹⁵ , <u>modéré</u> ¹⁶ , <u>avancé</u> ¹⁷)
A. <u>Announce du diagnostic</u> ¹⁸ à l'utilisateur en présence d'un proche aidant et de l'infirmière ou de 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 risque (<u>HTA</u> ²⁴ [G] ²⁵ , <u>diabète</u> 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.	E. Si <u>option médicamenteuse</u> ²⁹ 2 : <ul style="list-style-type: none">• Remplir 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.
C. Informer sur les <u>10 signes précurseurs</u> ²⁸ . D. Revoir l'utilisateur si changement.		

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

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

ANNONCE D'UN DIAGNOSTIC PAR LE MÉDECIN



SI RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION N

RECONNAISSEZ LES 10 SIGNES PRÉCURSEURS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

1 **PERTE DE MÉMOIRE AFFECTANT LES HABILETÉS USUELLES**
Oublier fréquemment ou avoir de la difficulté à se rappeler de nouvelles informations.

2 **DIFFICULTÉ À EXÉCUTER DES TÂCHES FAMILIÈRES**
Avoir de la difficulté à accomplir des tâches quotidiennes, comme aller au magasin, préparer un repas ou s'habiller.

3 **TROUBLES DU LANGAGE**
Oublier des mots faciles ou leur substituer d'autres mots qui n'ont rien à voir avec le contexte.

4 **DÉSORIENTATION DANS L'ESPACE ET DANS LE TEMPS**
Oublier le jour de la semaine ou se perdre dans un endroit familier.

5 **JUGEMENT AFFAIBLI**
Ne pas reconnaître un problème de santé qui nécessite une attention particulière ou porter des vêtements légers par temps froid.

6 **DIFFICULTÉ FACE AUX NOTIONS ABSTRAITES**
Avoir des difficultés à équilibrer un budget ou ne pas comprendre ce que représentent les chiffres ni à quel ils servent.

7 **OBJETS ÉGARÉS**
Ranger des objets dans des endroits inhabituels, comme une fourchette dans le réfrigérateur ou une montre dans le sac.

8 **CHANGEMENTS D'HUMEUR OU DE COMPORTEMENT**
Changer d'humeur très rapidement comme passer du calme à la colère sans raison apparente.

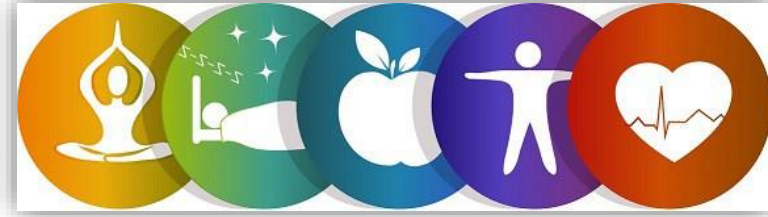
9 **CHANGEMENTS DE PERSONNALITÉ**
Présenter des changements de personnalité, comme être désorienté, suspicieux ou craintif.

10 **PERTE D'INTÉRÊT**
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

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

Société
Alzheimer



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



Revoir l'utilisateur si changement



SI DIAGNOSTIC DE **TROUBLE NEUROCOGNITIF LÉGER**



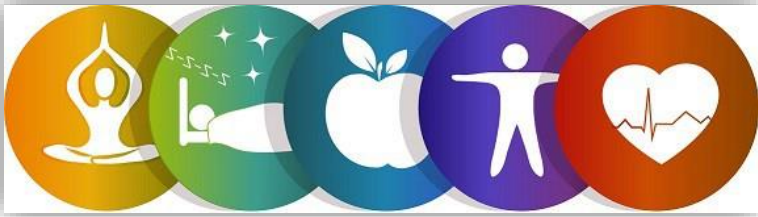
**Gestion des facteurs de risques +
Promotion saines habitudes de vie et
santé cognitive**



Coordonnées de l'infirmière

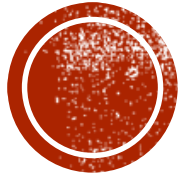


Suivi dans un délai de 6 à 12 mois selon le contexte



SI DIAGNOSTIC DE TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR





VIGNETTES CLINIQUES



MADAME OUBLIETTE



- **Âgée de 78 ans**
- **RV pour son suivi diabète**
 - **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 et résultats très variables)

- **Dit oublier parfois de prendre sa glycémie le matin lorsqu'elle se lève mais se reprend pendant la journée**



RV pour évaluation cognitive



Évaluation infirmière

- HTA et diabète contrôlés
- Ø RX anticholinergique
- Ø ATCD familiaux de TNCM
- Enseignante (retraite à 65 ans)
- Scolarité: 14 ans
- Habitudes de vie: Ø alcool/drogue, Ø tabac, active, sommeil ok

MEEM: 25/30

QuoCo: anormal

MoCA: 23/30 (trail non réussi, horloge N)

GDS-4 N

Questionnaire de l'aidant complété par fils

Difficultés depuis environ 6 mois (finances, recettes..)

Pas accident ou accrochage

Conduite auto sécuritaire selon le fils

RENCONTRE AVEC MÉDECIN POST-ÉVALUATION INFIRMIÈRE



Discussion avec médecin

Prescriptions médicales ou
O.I.A

- **Labo complémentaires?**
(B12, calcium..)
- **Taco cérébral?**
- **ECG fait il y a 6 mois et
résultat normal**
- **Test sur route demandé**
 - **Difficultés
d'orientation**
 - ***Trail-B et horloge:*
anormal**
- **Mme et fils avisés des
examens demandés.**



1 MOIS PLUS TARD..



- **Labo + taco cérébral reçus**
- **Discussion avec médecin de famille.**
- **RV médical cédulé avec madame et son fils**
- **Annonce du diagnostic par médecin: Alzheimer**
- **Introduction donépezil (demande médicament exception RAMQ)**



QUESTIONS ET COMMENTAIRES?

Merci !

