



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Processus clinique

**visant le traitement des symptômes
comportementaux et psychologiques
de la démence**

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-71826-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014

PLAN D'ACTION SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES MALADIES APPARENTÉES

PROCESSUS CLINIQUE VISANT LE TRAITEMENT DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE

UN DOCUMENT DE RÉFÉRENCE À L'INTENTION DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE

RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS SUR LES PRATIQUES RELATIVES AU TRAITEMENT DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE

MEMBRES DU GROUPE D'EXPERTS

D^{re} Élizabeth Azuelos (RUIS Montréal)
D^{re} Paulina Bajsarowicz (RUIS McGill)
D^r René Desautels (RUIS McGill)
M^{me} Carmen Desjardins (RUIS McGill)
M^{me} Johanne Dubé (RUIS McGill)
D^{re} Evelyn Keller (RUIS Laval)
M^{me} Caroline Ménard (RUIS Montréal)
M^{me} Stéphanie Morin (MSSS)
M^{me} Nicole Poulin (RUIS McGill)
D^r François Rousseau (RUIS Laval)
M^{me} Diane Roy (RUIS McGill)

PERSONNES CONSULTÉES

M^{me} Sylvie Béland, T.S.
M^{me} Isabelle Bérubé-Lachau, Inf. B. Sc.
M^{me} Marie-Ève Bouchard, Inf. B. Sc.
M^{me} France Brochu, Inf. B. Sc.
M^{me} Louise Dugal, Inf. M.A.
M^{me} Caroline Gagné, Inf. B. Sc.
M^{me} Suzanne Gilbert, D. Pharm., M. Sc.
M^{me} Valérie Gilbert, Inf. B. Sc.
M^{me} Mylène Landry, Inf. B. Sc.
M^{me} Denyse Marier, M.A.
D^{re} Michèle Morin
D^r Didier Ouellet
D^{re} Nicole Robert
D^r Jean-François Trudel

DIRECTION DES TRAVAUX

D^{re} Marie-Andrée Bruneau et M. Philippe Voyer

MÉTHODE ET RÉDACTION

M. France Charles Fleury (MSSS, DGSSMU)

AOÛT 2014

Pourquoi avoir produit des outils sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence ?

Le rapport du groupe de travail présidé par le D^r Howard Bergman, *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées* (2009)¹, recommande d'assurer l'accessibilité des services de première ligne à l'aide de mesures concrètes de soutien. Pour ce faire, le lien entre médecins et infirmières des groupes de médecine de famille (GMF) doit être consolidé, en partenariat avec la personne souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et ses proches aidants. De plus, l'accès à des services spécialisés comme un service ambulatoire SCPD, de même que la formation et l'utilisation de guides de pratiques, s'avèrent essentiels.

Cette recommandation reflète les conclusions d'une conférence canadienne de consensus² sur l'importance de réaliser au sein des services de première ligne l'évaluation et le traitement initiaux des personnes qui présentent une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. Elle s'inscrit dans l'approche préconisée au Québec selon laquelle le rôle des acteurs de première ligne est primordial dans l'offre de services.

Trois ouvrages et une série de formulaires composent le bloc d'outils proposés par un groupe d'experts québécois : le présent document, deux guides de pratiques cliniques, l'un sur l'approche non pharmacologique, l'autre sur l'approche pharmacologique du traitement des SCPD, enfin des formulaires d'évaluation en version intégrale. Tous ces documents visent à soutenir les cliniciens dans leurs pratiques et à optimiser les traitements proposés.

À qui s'adressent les outils proposés ?

Les outils produits par le groupe de travail s'adressent en premier lieu aux équipes de GMF. Moyennant des adaptations propres aux différents autres milieux de pratique, la grande majorité des connaissances mises en lumière s'avèrent aussi applicables à l'intervention auprès des usagers recevant des services de soutien à domicile, vivant en résidence privée, en résidence pour personnes âgées ou dans une ressource intermédiaire, de même qu'en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

Comment s'inscrivent les pratiques proposées dans le quotidien clinique des intervenants de première ligne ?

Pour accroître les chances de réussite, les pratiques doivent reposer sur une approche adaptée à la condition des personnes âgées. Elles doivent également s'appuyer sur des méthodes efficaces de collaboration et de suivi, dont les suivantes³ :

- procéder à un repérage des personnes au sujet de leur état cognitif, selon des critères établis, une activité réalisée par l'infirmière ou le médecin ;
- faire un suivi systématique et proactif de l'usager (suivi téléphonique ou visite) dans le cadre d'une cogestion entre le médecin et l'infirmière qui établissent ensemble un calendrier de suivi ;
- faire un suivi du traitement pharmacologique et non pharmacologique de l'usager, de l'évolution de ce dernier et des besoins de ses proches aidants ;
- orienter vers le CLSC ou vers des intervenants de première ligne des usagers et leurs proches si le besoin le justifie ;
- s'assurer que l'infirmière clinicienne puisse assumer un rôle d'intervenant pivot.

Qu'entend-on par « service ambulatoire SCPD » et « service spécialisé et surspécialisé » ?

Plusieurs dénominations recoupent les activités d'un « service ambulatoire SCPD » au sens du rapport de 2009¹. Pensons par exemple à : équipe ambulatoire SCPD, services ambulatoires de psychogériatrie, programme ambulatoire de gériatrie ou service ambulatoire de gériatrie. Il demeure que le service évoqué ici doit^{1,3} :

- évaluer et établir un diagnostic de la personne présentant des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la maladie, une évaluation effectuée dans le milieu de vie de la personne atteinte ;
- élaborer, avec l'équipe traitante, un plan d'intervention individualisé psychosocial, environnemental et pharmacologique ;
- contribuer à l'implantation du plan d'intervention en offrant soit de l'accompagnement clinique, soit de la formation aux équipes locales de première ligne ;
- assurer un suivi, à court et moyen terme, jusqu'à la stabilisation de la situation problématique.

La mise en place du processus clinique proposé gagnerait à ce que le service ambulatoire SCPD soit clairement identifié dans chaque territoire. Autrement dit, le clinicien de première ligne doit savoir exactement à qui adresser ses demandes.

Les « services spécialisés et surspécialisés de psychiatrie, de gériatrie et de gérontopsychiatrie » couvrent également diverses appellations. Ce qui est attendu de tels services doit néanmoins répondre au mandat d'une équipe spécialisée de gérontopsychiatrie, tel qu'on le décrit dans *Relever le défi de la maladie...* (p. 25-26)¹, à savoir :

- « appuyer les équipes SCPD ambulatoires locales pour les cas très complexes ;
- « offrir des activités de formation continue aux équipes SCPD ambulatoires locales ;
- « assurer la compatibilité et la qualité de la démarche et des approches des équipes SCPD ambulatoires locales sur le territoire du RUIS ;
- « aider les agences régionales à assurer la couverture des services professionnels des équipes SCPD locales et régionales, y inclus la mise en place de la télésanté sur le territoire du RUIS ;
- « assumer le leadership du développement de la recherche sur le territoire du RUIS ;
- « élaborer, selon un mandat ministériel, des guides de pratique, des outils d'intervention, un site Web avec portail pour les cliniciens ;
- « participer à l'élaboration des programmes de formation ;
- « participer à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention dans le domaine des SCPD. »

Comment avons-nous procédé pour produire les outils proposés ?

Les connaissances réunies ici sont le résultat des avis ayant obtenu consensus d'un groupe d'experts. Elles s'appuient sur des publications phares choisies par les participants. La démarche consensuelle emprunte à l'approche dite de « transfert de connaissances ». Le contenu du présent document respecte les balises et les paramètres organisationnels définis dans les publications précédemment citées.

Le groupe a tenté d'élaborer un contenu le plus pragmatique possible, applicable aux différentes situations et contextes susceptibles de se présenter, et cela, en cherchant moins à être exhaustifs qu'à mettre en évidence les éléments clés de l'intervention auprès des personnes qui manifestent des SCPD.

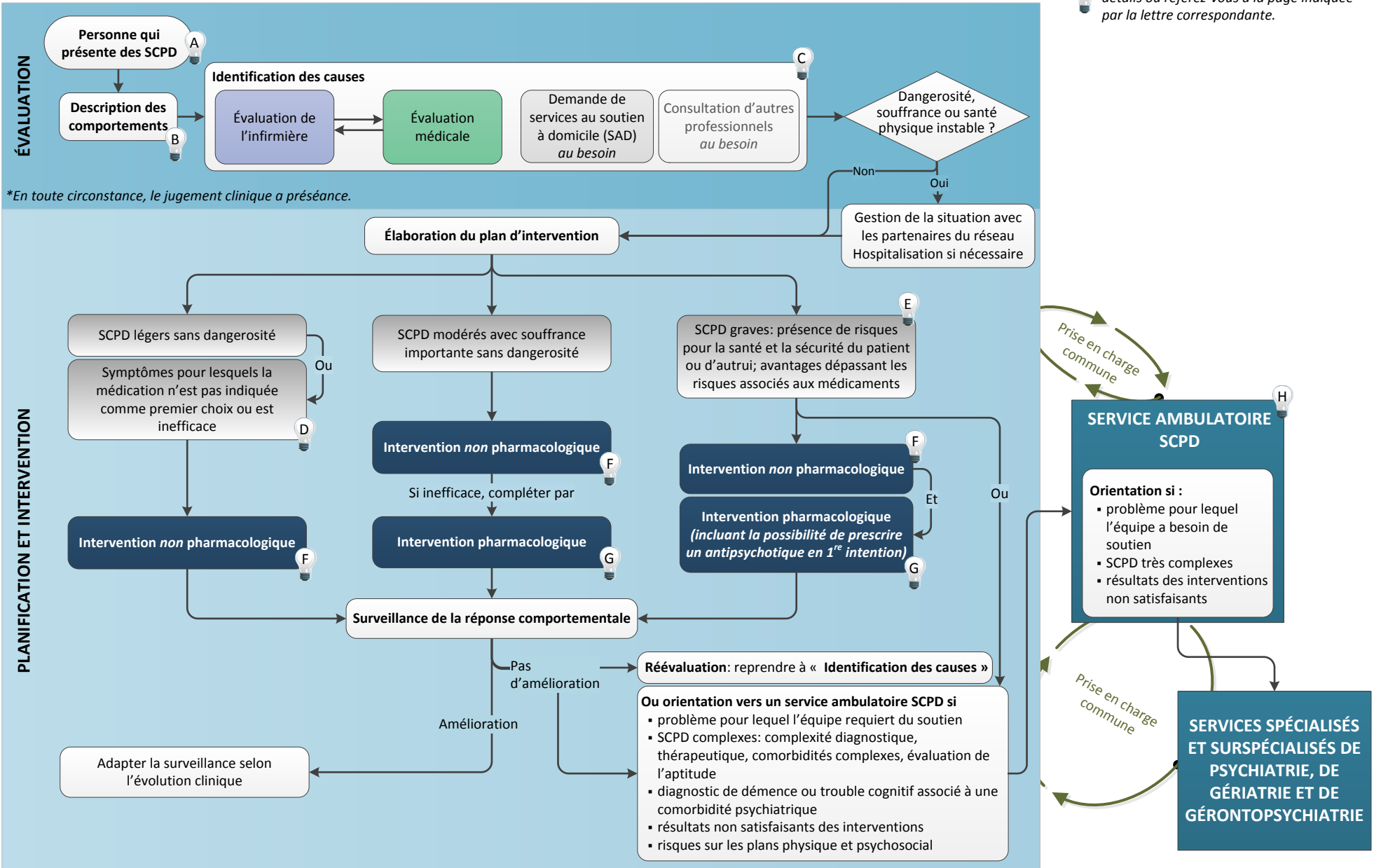
¹ H. BERGMAN ET AL. *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, 143 p.

² *Troisième conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence, version finale*, septembre 2007, 30 p.

³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (ÉQUIPE MINISTÉRIELLE D'IMPLANTATION ET DE SUIVI). *Plan d'action ministériel sur les troubles cognitifs liés au vieillissement : Projets d'implantation ciblés en GMF pour rehausser l'accès aux services de santé et aux services sociaux avec le soutien des 2^e et 3^e lignes de services. Cahier des exigences structurelles et de contenu*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 25 p.

PROCESSUS CLINIQUE GÉNÉRAL POUR LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT À DOMICILE ET SUIVIES DANS UN GMF

GRUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE



A. ÉVALUATION : SCPD LES PLUS FRÉQUENTS (ordre alphabétique)

- Agitation
- Agressivité physique
- Agressivité verbale
- Anxiété
- Apathie
- Comportements alimentaires inappropriés
- Comportements moteurs aberrants
- Comportements relatifs à l'élimination ou l'habillement inappropriés
- Comportements socialement inappropriés
- Cris répétitifs
- Désinhibition sexuelle
- Désinhibition verbale
- Errance
- Hallucinations
- Idées délirantes
- Oralité
- Problèmes de sommeil
 - Errance nocturne
 - Inversion du cycle éveil-sommeil
 - Syndrome crépusculaire
- Questionnement répétitif
- Résistance aux soins
- Rituels d'accumulation
- Trouble de l'humeur
 - Dépression
 - Euphorie
 - Irritabilité
 - Labilité affective
 - Manie

Description des comportements

Décrire les éléments suivants :

- fréquence des comportements
- moments où ils se présentent
- lieux où ils se présentent
- Principales manifestations ou comment s'expriment les comportements

En recourant à :

Discussion avec les
proches aidants

Discussion avec les
intervenants impliqués

Notes détaillées d'évolution
médicale et de soins
infirmiers

Lorsque les SCPD sont complexes et multifformes, envisager l'utilisation d'une échelle de caractérisation de la problématique - voir les outils recommandés



Considérer les éléments suivants :

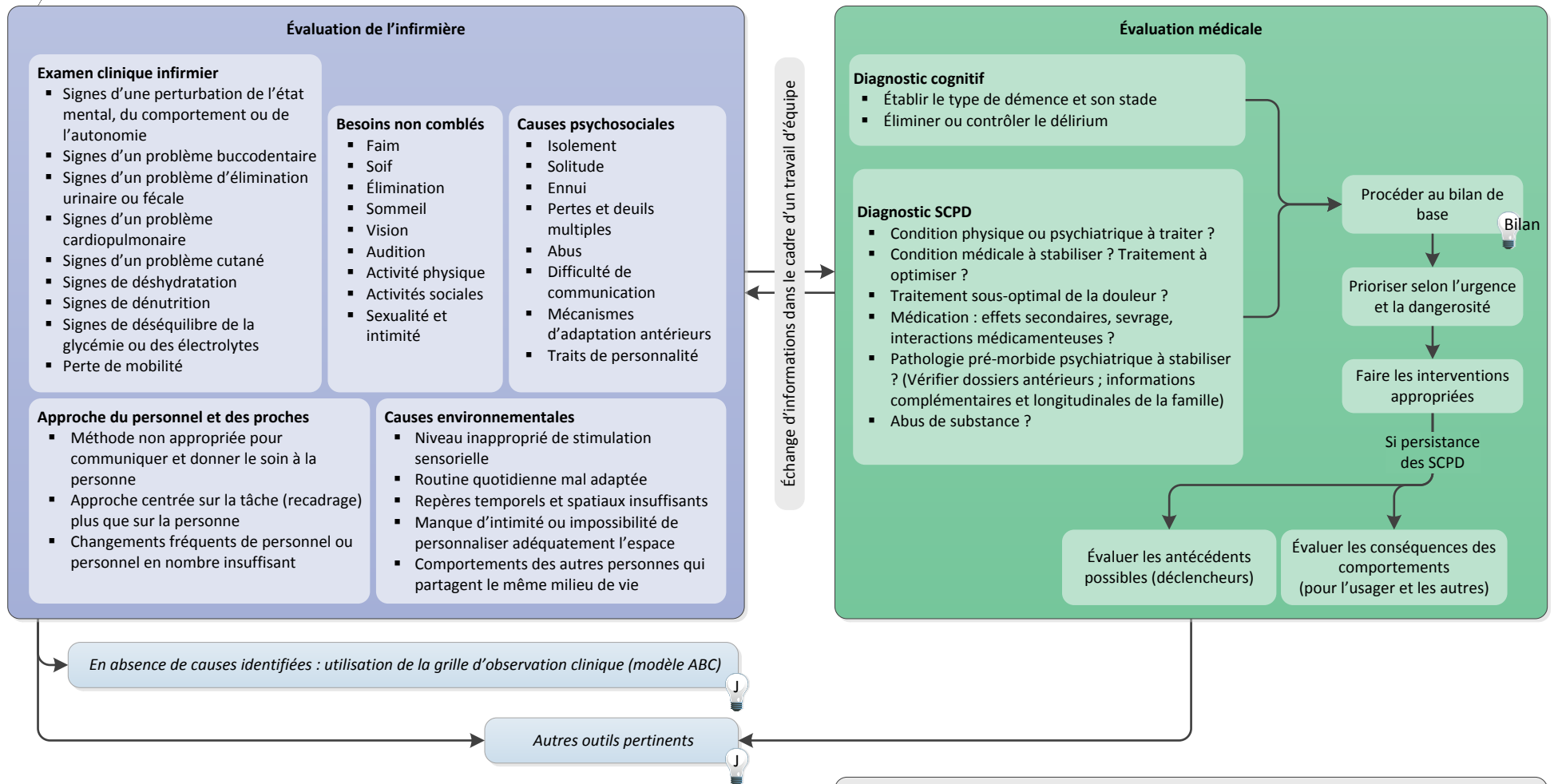
- dangerosité pour la personne ou autrui
- souffrance psychologique grave
- présence de manifestations cliniques potentiellement liées à un problème de santé physique
- épuisement du proche aidant et capacité à compenser les pertes

Poursuivre avec l'étape suivante : « **Identification des causes** » (schéma suivant)
OU
Donner préséance à votre jugement clinique pour répondre aux besoins de la personne

C. ÉVALUATION : IDENTIFICATION DES CAUSES

Porter une attention particulière aux aspects qui suivent. Si l'un de ces cas se présente, en parler tout spécialement avec le médecin.

- Changement brutal de l'état mental, de l'autonomie et du comportement
- Santé physique instable
- Signes vitaux anormaux
- Souffrance ou détresse psychologique
- Dangereusité pour la personne ou pour autrui



Orientation vers le soutien à domicile (SAD) au besoin

- Pertinent lorsqu'une évaluation du fonctionnement au domicile est requise ;
- Pertinent pour observer et suivre l'effet du traitement au domicile.

- Formule sanguine complète
- Électrolytes
- Glycémie
- Fonction rénale (BUN, créatinine)
- Fonction hépatique
- Fonction thyroïdienne
- Dosage des folates et de la vitamine B12
- Calcium, phosphore, magnésium
- Culture et analyse d'urine

D. SYMPTÔMES POUR LESQUELS LA MÉDICATION N'EST PAS INDIQUÉE COMME PREMIER CHOIX OU EST INEFFICACE

- Comportements relatifs à l'élimination (selles et urine) ou à l'habillement inappropriés
- Cris répétitifs non liés à douleur ni à la dépression
- Désinhibition verbale
- Errance
- Fugues
- Mouvements répétitifs
- Oralité
- Résistance aux soins (hygiène, habillement)
- Rituels d'accumulation

SCPD graves : présence de risques pour la santé et la sécurité de la personne ou d'autrui ; avantages dépassant les risques associés aux médicaments

- Symptômes dépressifs graves
- Symptômes anxieux graves
- Symptômes psychotiques graves
- Agitation-agressivité grave

F. INTERVENTION NON PHARMACOLOGIQUE EN PREMIÈRE LIGNE

Avant même de recourir à une approche non pharmacologique du SCPD, s'assurer que l'approche de base est adéquate.

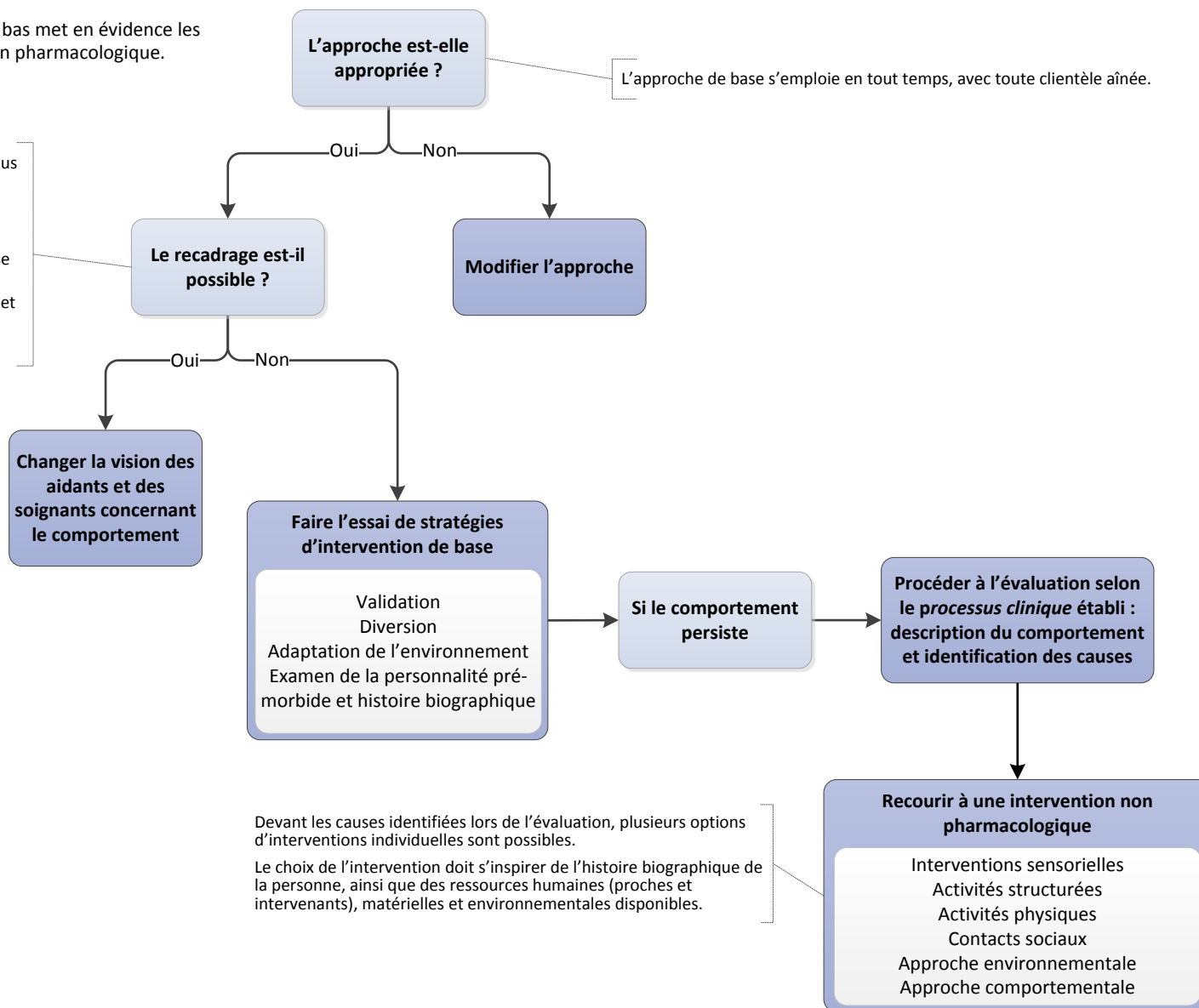
Si l'approche de base est adéquate, se questionner sur le recadrage : faut-il vraiment intervenir ?

La démarche décisionnelle représentée plus bas met en évidence les étapes qui conduisent à une intervention non pharmacologique.

Pour plus de détails, se référer au guide :
Approche non pharmacologique visant le traitement des SCPD

Le recadrage consiste à analyser la situation sous un nouvel angle en se demandant si le SCPD entraîne un risque pour la personne ou pour autrui.

Si le comportement n'engendre pas de détresse ni de dangerosité pour la personne ou pour autrui, travailler sur la perception des proches et des intervenants de même que sur le malaise qu'éveille chez eux le SCPD.



G. INTERVENTION PHARMACOLOGIQUE EN PREMIÈRE LIGNE

LÉGENDE:

- **En italique** : médicaments proposés sur la base de l'expérience clinique plus que sur des preuves scientifiques.
- **En caractères normaux** : médicaments pour lesquels il y a certaines preuves scientifiques
- « * » : voir tout particulièrement les précautions décrites dans le guide de pratiques cliniques

Pour plus de détails, se référer au guide :
Approche pharmacologique visant le traitement des SCPD

OPTIONS MÉDICAMENTEUSES

Noms commerciaux

Si la médication est indiquée pour le traitement du SCPD

Trouble du sommeil

- Benzodiazépine à court terme (moins de 30 jours, idéalement moins de 2 semaines)*
 - lorazépam^{1,2}
 - oxazépam²
- Zopiclone¹
- Trazodone^{1,2}
- Mirtazapine

Apathie

- IChE²

Dépression

- ISRS
 - citalopram²
 - sertraline²
 - escitalopram
- Mirtazapine²
- ISRN
 - duloxétine
 - venlafaxine
 - desvenlafaxine
- Bupropion²
- Moclobémide
- IChE*²

Anxiété

- Trazodone²
- Benzodiazépine à court terme (moins de 30 jours, idéalement moins de 2 semaines)*²
 - lorazépam^{1,2}
 - oxazépam²
- ISRS
 - Buspirone
- ISRN
- Mirtazapine
- Moclobémide
- IChE*

Comportements sexuels inappropriés

- ISRS
- Antipsychotiques atypiques
- Antiandrogènes

Psychose, agitation-agressivité, agressivité

- Antipsychotiques atypiques
 - rispéridone*^{1,2}
 - olanzapine^{1,2}
 - aripiprazole^{1,2}
 - quétiapine^{1,2}
- Antipsychotique typique²: halopéridol*¹
- ISRS :
 - citalopram^{1,2}
 - sertraline^{1,2}
 - escitalopram¹
- IChE : 1^{re} ligne de traitement pour la démence à corps de Lewy
- Anticonvulsivant (agitation) : carbamazépine*^{1,2}
- Trazodone (agitation)²
- Benzodiazépine à court terme (moins de 30 jours, idéalement moins de 2 semaines) : lorazépam*²
- Mémantine (hallucinations, idées délirantes et agitation)²

SURVEILLANCE ET SUIVI CLINIQUE

Surveiller l'efficacité du traitement, les effets secondaires, titrer la dose

Après 1 mois : réévaluation
Déterminer si les buts thérapeutiques sont atteints

Ne pas cesser la médication psychotrope sans un avis spécialisé lorsque prescrite pour une autre indication qu'un SCPD (ex. : épilepsie, schizophrénie, trouble bipolaire, dépression majeure)

Après 3 mois, si les symptômes sont stables, réduire progressivement la médication (plus petite diminution possible de dose mensuellement, par exemple, rispéridone : diminuer de 0,25 à 0,5 mg q 1 mois) pour éviter des syndromes de sevrage

Si réapparition des symptômes, reprendre la médication à la dernière dose efficace

Cesser la médication si possible

Surveiller la réapparition de SCPD

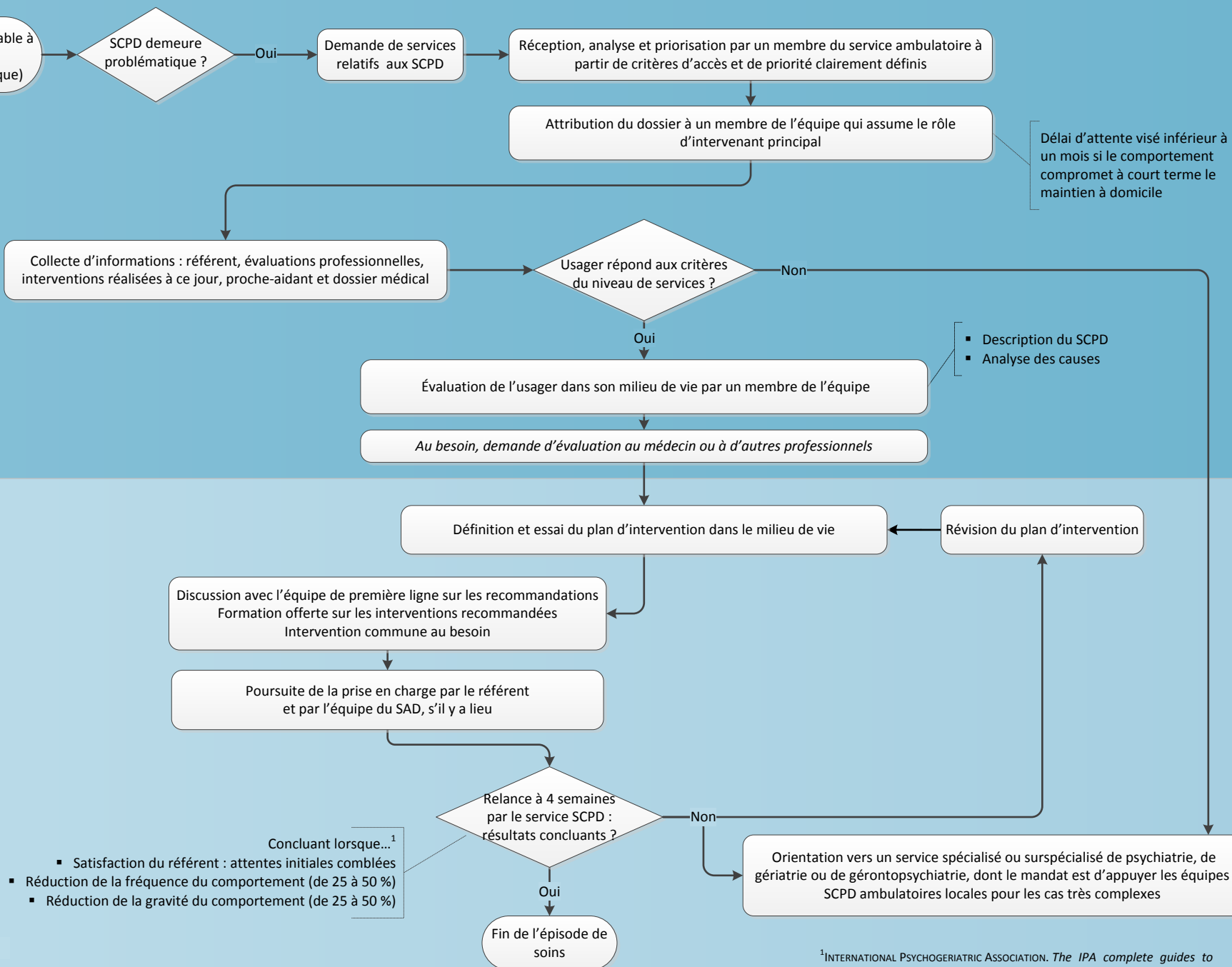
NOM GÉNÉRIQUE	NOM COMMERCIAL*
Aripiprazole	<i>Abilify</i> [®]
Bupropion	<i>Zyban</i> [®] ou Wellbutrin [®]
Buspirone	BuSpar [®]
Carbamazépine	Tegretol [®]
Citalopram	Celexa [®]
Desvenlafaxine	<i>Pristiq</i> [®]
Donépézil	<i>Aricept</i> [®]
Duloxétine	<i>Cymbalta</i> [®]
Escitalopram	<i>Cipralex</i> [®]
Galantamine	<i>Reminyl</i> [®]
Halopéridol	Haldol [®]
Lorazépam	Ativan [®]
Mémantine	<i>Ebixa</i> [®]
Mirtazapine	Remeron [®]
Moclobémide	<i>Manerix</i> [®]
Olanzapine	Zyprexa [®]
Oxazépam	Serax [®]
Quétiapine	Seroquel [®]
Risperidone	Risperdal [®]
Rivastigmine	<i>Exelon</i> [®]
Sertraline	Zoloft [®]
Trazodone	Desyrel [®]
Venlafaxine	<i>Effexor</i> [®]
Zopiclone	<i>Imovane</i> [®]

*Les noms commerciaux en caractères normaux proviennent de C.H. SADOWSKI et J.E. GALVIN. « Guidelines for the management of cognitive and behavioral problems in dementia. » *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol.25, n° 3, 2012, p. 350-366. Les noms commerciaux *en italique* sont proposés par les membres du groupe de travail.

H. ÉVALUATION ET INTERVENTION DU SERVICE AMBULATOIRE SCPD

ÉVALUATION

PLANIFICATION ET INTERVENTION



I. OUTILS RECOMMANDÉS POUR LA DESCRIPTION DES COMPORTEMENTS

Cliquez sur les noms des outils pour accéder aux documents

Si SCPD simples dans un contexte précis

Décrire le comportement dans les notes d'évolution

Si SCPD complexes avec formes diverses

Pour caractériser plus précisément les SCPD

Inventaire neuropsychiatrique-Réduit (NPI-R)¹

Pour caractériser plus précisément les comportements d'agitation et d'agressivité

Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI)²

Pour évaluer les comportements de personnes en soins de longue durée

Nursing Home Behavior Problem Scale (NHBPS), version française³

1. <http://www.cmrr-nice.fr/doc/NPI-R.pdf>

2. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-09W.pdf> – p.21

3. [http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/cpsiResearchCompetitions/2005/Documents/Monette/Deliverables/Nursing%20Home%20Behaviour%20Problem%20Scale%20\(NHBPS\).pdf](http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/cpsiResearchCompetitions/2005/Documents/Monette/Deliverables/Nursing%20Home%20Behaviour%20Problem%20Scale%20(NHBPS).pdf)

J. OUTILS RECOMMANDÉS POUR L'IDENTIFICATION DES CAUSES ET AUTRES INTENTIONS CLINIQUES

Cliquez sur les noms des outils pour accéder aux documents ou référez-vous au document *Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)* pour obtenir les outils marqués du symbole



Outils incontournables

Examen physique pour évaluation des SCPD, Philippe Voyer



Questionnaire d'évaluation des SCPD, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, équipe IUGM – SCPD



Examen de Folstein sur l'état mental (MMSE)¹ : détection d'un déficit cognitif

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)², version française, Ziad Nasreddine : détection d'un déficit cognitif

Histoire biographique, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec et Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec



Formulaire d'histoire de vie³

Ou

1. [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/916d2fbac5d9512485256ec10063b234/\\$FILE/AH-107_DT9088\(2004-10\)D.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/916d2fbac5d9512485256ec10063b234/$FILE/AH-107_DT9088(2004-10)D.pdf)
2. http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-Test-French_7_1.pdf
3. http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/prof/documentation/outils_cliniques/dsi-F-002-20110614.pdf
4. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-09W.pdf> – p.22
5. <http://www.pacslac.org/index.php?id=991>
6. http://www.csssbcsstl.qc.ca/fileadmin/csss_bcsstl/Votre_CSSS/Documentation_du_CA/documents_depotes/Mai_2009/7.5_Evaluation_douleur.pdf – p.6
7. http://www.solidage.ca/docs/SIPA-Protocole_depression.pdf – p.28 et 30
8. http://www.solidage.ca/docs/SIPA-Protocole_dementia.pdf – p.32-34
9. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-09W.pdf> – p.18-19
10. <http://www.rqrv.com/fr/instru/inventaire-du-fardeau.pdf>

Outils facultatifs

Modèle ABC, Antecedents-Behavior-Consequences - Grille d'observation clinique de l'IUGM⁴ : grille d'observation clinique utile si aucune cause n'est identifiée, pour comprendre le contexte où survient le comportement problématique et documenter les interventions efficaces et inefficaces.

Grille temporelle de comportement – Grille d'observations comportementales (sept jours), Institut universitaire de gériatrie de Montréal : grille d'observation clinique utile si aucune cause n'est identifiée pour déceler la présence de comportements problématiques selon les heures durant lesquelles ils se manifestent habituellement ; permet de voir la fluctuation de la fréquence du comportement.



Échelle de douleur PACSLAC-F⁵ : utile lorsqu'on soupçonne un problème de douleur

Échelle comportementale d'évaluation de la douleur pour la personne âgée (ECPA)⁶ : pertinente pour les personnes ayant des difficultés de communication verbale

Échelle de dépression gériatrique (EDG)⁷ : pour évaluer des symptômes dépressifs ; préconiser l'utilisation de cette échelle lorsque le résultat de l'examen de Folstein n'est pas inférieur à 10-12/30

Échelle de dépression de Cornell⁸ : utile lorsque le résultat de l'examen de Folstein est de 10 ou moins/30

Confusion Assessment Method (CAM)⁹

Questionnaire sur les habitudes d'hygiène antérieures, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Équipe IUGM – SCPD : complément du formulaire d'histoire de vie



Suivi des antipsychotiques, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Équipe IUGM – SCPD



Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile, CSSS de la Montagne, Services ambulatoires de psychogériatrie des CLSC Métro, NDG–Montréal-Ouest, Parc-Extension et Saint-Henri, et Curateur public du Québec



Inventaire du fardeau (échelle de Zarit)¹⁰ : permet d'évaluer le fardeau d'un proche aidant qui prend soin à la maison d'un parent atteint de démence

