



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

**Outils d'observation
ou d'évaluation recommandés**
en version intégrale pour 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 : 978-2-550-71829-1 (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

MEMBRES DU GROUPE D'EXPERTS

D^{re} Élisabeth 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} Évelyne Keller (RUIS Laval)
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, ts
M^{me} Isabelle Bérubé-Lachaume, 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, Pharm.D., 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

TRAVAUX RÉALISÉS SOUS LA DIRECTION DE :

M^{me} Marie-Andrée Bruneau, M.D., M. Sc., FRCPC
M. Philippe Voyer, inf., Ph. D.

MÉTHODE ET RÉDACTION

M. France Charles Fleury, erg., M. Sc.
Direction générale des services de santé et médecine universitaire
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MEMBRES DE L'ÉQUIPE D'IMPLANTATION ET DE SUIVI DU MSSS

D^r Howard Bergman
M. Pierre Bouchard
M. France Charles Fleury
M. Daniel Héту

Date prévue de révision des recommandations

Juin 2016, à moins de changements significatifs dans les données probantes.

Le groupe d'experts a produit quatre documents sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence en 2014 :

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 31 p.
 - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 38 p.
 - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 37 p.
 - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 15 p.
-

Le présent ouvrage complète une série de productions ciblant l'évaluation et le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Le lecteur est invité à prendre connaissance du document intitulé *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*¹ pour mieux en apprécier le contenu.

Les membres du groupe d'experts recommandent l'utilisation de différents outils d'observation ou d'évaluation en contexte de soins de première ligne. La liste de ces outils peut être consultée à la planche J du document cité plus haut. À la demande des personnes consultées dans le cadre des travaux et des utilisateurs potentiels des guides produits, tous ces outils sont accessibles. Certains le sont grâce à un lien hypertexte placé dans le guide *Processus clinique...*, d'autres ont été inclus dans le présent document.

Le lecteur trouvera ici la version intégrale de sept de ces outils. Les numéros correspondent à ceux de la planche J mentionnée plus haut. Voici la liste de ces outils :

1. « Examen physique pour évaluation des SCPD », Philippe Voyer
2. « Questionnaire d'évaluation des SCPD », Institut universitaire de gériatrie de Montréal, équipe IUGM - SCPD
3. « Histoire biographique », Centre hospitalier affilié universitaire de Québec et Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (Karine Labarre)
4. « Grille d'observations comportementales (sept jours) », Institut universitaire de gériatrie de Montréal (Louise Francoeur)
5. « Complément du formulaire d'histoire de vie : Questionnaire sur les habitudes d'hygiène antérieures », Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Équipe IUGM – SCPD
6. « Suivi des antipsychotiques », Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Équipe IUGM – SCPD (M.-A. Bruneau et C. Ménard)
7. « Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile », CSSS de la Montagne (Jean Lachance), Services ambulatoires de psychogériatrie des CLSC Métro, NDG–Montréal-Ouest, Parc-Extension et Saint-Henri (Nicole Poulin), et Curateur public du Québec (Chantal Deléseleuc et Jocelyne St-Pierre)



Bien que les auteurs aient gracieusement accepté de rendre accessibles leurs formulaires, les personnes intéressées à les utiliser en tout ou en partie doivent en préciser la source, respectant ainsi une règle fondamentale sur les droits d'auteur. Il est recommandé alors d'écrire « Source : » ou « Adapté de ... » en précisant le nom de l'auteur ou de l'établissement et le titre original.

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 15 p.

1. « Examen physique pour évaluation des SCPD », Philippe Voyer

M-SCPD- 04

Examen physique pour évaluation des SCPD

DX : _____

Examen(s) spécifiques requis : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de l'examen : ____ / ____ / ____

SIGNES VITAUX

T°: _____ °C Rectale Buccale

(T° si changement dans l'état de conscience et/ou changement de comportement et/ou perte d'autonomie récente)

Respiration : _____ /min

Saturation : _____ % AA Avec O₂ ____ L/min

Pouls : _____ /min Régulier Irrégulier

P. artérielle : _____ / _____

Poids : _____ kg Stable depuis 3 mois : Oui Non Si non, préciser : ____ kg Date : ____ / ____ / ____

Évaluation des problèmes de santé

Perte d'autonomie :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser :
Changement de comportements :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser :
Modification de l'état mental :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser :
Difficulté respiratoire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : Jour <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/>
Toux :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand ?
Douleur :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser le site : Douleur ____ /10 N/A <input type="checkbox"/>
Fatigue :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand ?
Perte d'appétit :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand ?
Signes de problèmes digestifs :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser :
Signes de problèmes éliminatoires :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser :
Isolement social :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, depuis quand ?

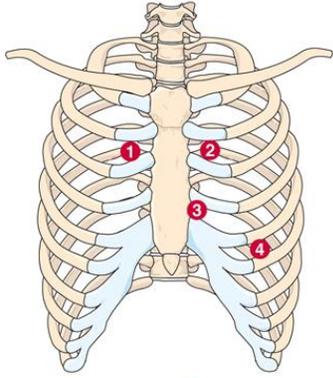
EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL

Capacité d'attention :	Attentif <input type="checkbox"/> Inattentif <input type="checkbox"/>
État de conscience :	Alerte <input type="checkbox"/> Hyperalerte <input type="checkbox"/> Léthargique (verbal) <input type="checkbox"/> Stuporeux (physique) <input type="checkbox"/> Comateux <input type="checkbox"/>
Problème(s) perceptuel(s) :	Illusion(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : Hallucination(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, spécifier :
Idée(s) délirante(s) :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser :
Orientation spatio-temporelle :	Orienté(e) <input type="checkbox"/> Désorienté(e) <input type="checkbox"/> Si désorienté(e), préciser :

Signes de dépression :	Préciser :	Échelle de dépression : score :
Signes d'insomnie :	Préciser :	
Signes de délirium :	Préciser :	CAM : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/>
MEEM :	Total : ____ /30	
Cohen-Mansfield :	Score :	
NPI Cummings :	Comportement :	Gravité :
Autres signes :	Préciser :	

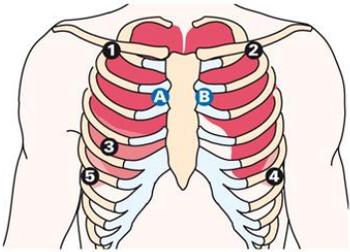
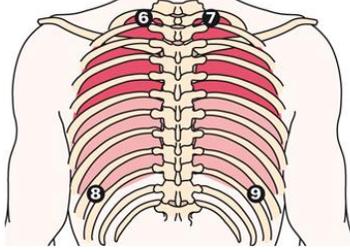
EXAMEN CARDIAQUE

(Minimum requis : foyers aortique et mitral)

Auscultation :	❶ Foyer aortique <input type="checkbox"/> B1 et B2 normaux <input type="checkbox"/> Souffle	❸ Foyer tricuspideen <input type="checkbox"/> B1 et B2 normaux <input type="checkbox"/> Souffle	
	❷ Foyer pulmonaire <input type="checkbox"/> B1 et B2 normaux <input type="checkbox"/> Souffle	❹ Foyer mitral <input type="checkbox"/> B1 et B2 normaux <input type="checkbox"/> Bruits de galop <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> B4	
Si HTO :	T/A (couchée) : ____ / ____ T/A (assis) : ____ / ____		
Œdème des MI :	MID : Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/>		
	MIG : Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/>		
DRS durant le dernier mois :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, fréquence :	❶ Foyer aortique ❸ Foyer tricuspideen ❷ Foyer pulmonaire ❹ Foyer mitral	

EXAMEN PULMONAIRE

(Minimum requis : Les lobes inférieurs faces antérieure et postérieure)

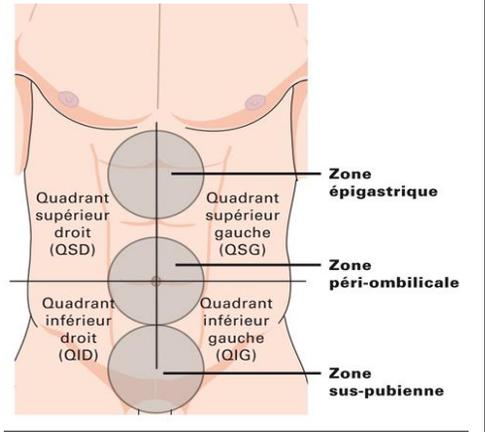
Auscultation				
FACE ANTÉRIEURE : Bronches et lobes supérieurs, lobe moyen et lobes inférieurs				
Bruits bronchiques (Rapport de 1:1)				
	Normaux	Ronchi	Sibilants	
A Bronche droite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B Bronche gauche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Murmures vésiculaires (Rapport de 3:1)				
	Normaux	Diminués	Crépitants	Sibilants
❶ LSD :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❷ LSG :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❸ LM :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❹ LIG :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❺ LID :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FACE POSTÉRIEURE : Lobes supérieurs et lobes inférieurs				
Murmures vésiculaires (Rapport de 3:1)				
	Normaux	Diminués	Crépitants	Sibilants
❻ LSG :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❼ LSD :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❸ LID :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❹ LIG :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				

EXAMEN ABDOMINAL

Sans objet *(Minimum requis : Examen de la langue et palpation profonde)*

Déshydratation :	→ Langue sèche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	→ Absence de salive	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	→ Peau sèche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	→ Turgor sternal	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>
	→ Turgor frontal	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>

Auscultation (péristaltisme) :	QID :	Normal <input type="checkbox"/>	Hypoactif <input type="checkbox"/>
		Hyperactif <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>
	QSD :	Normal <input type="checkbox"/>	Hypoactif <input type="checkbox"/>
		Hyperactif <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>
	QIG :	Normal <input type="checkbox"/>	Hypoactif <input type="checkbox"/>
		Hyperactif <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>
	QSG :	Normal <input type="checkbox"/>	Hypoactif <input type="checkbox"/>
		Hyperactif <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>



Percussion :	QID :	Matité <input type="checkbox"/>	Tympanisme <input type="checkbox"/>
	QSD :	Matité <input type="checkbox"/>	Tympanisme <input type="checkbox"/>
	QIG :	Matité <input type="checkbox"/>	Tympanisme <input type="checkbox"/>
	QSG :	Matité <input type="checkbox"/>	Tympanisme <input type="checkbox"/>

Palpation :	QID :	Souple <input type="checkbox"/>	Rigide <input type="checkbox"/>	Douleur <input type="checkbox"/>	QIG :	Souple <input type="checkbox"/>	Rigide <input type="checkbox"/>	Douleur <input type="checkbox"/>
	QSD :	Souple <input type="checkbox"/>	Rigide <input type="checkbox"/>	Douleur <input type="checkbox"/>	QSG :	Souple <input type="checkbox"/>	Rigide <input type="checkbox"/>	Douleur <input type="checkbox"/>

EXAMEN MUSCULOSQUELETTIQUE ET RISQUE DE CHUTE

Sans objet *(Minimum requis : Déficients visuel et auditif, évaluation de la démarche et de la force musculaire)*

Déficit auditif : Non Oui Compensé Non compensé

Déficit visuel : Non Oui Compensé Non compensé

Force musculaire :	→ Membres supérieurs	Normale <input type="checkbox"/>	Diminuée <input type="checkbox"/>	Asymétrique <input type="checkbox"/>
	→ Membres inférieurs	Normale <input type="checkbox"/>	Diminuée <input type="checkbox"/>	Asymétrique <input type="checkbox"/>

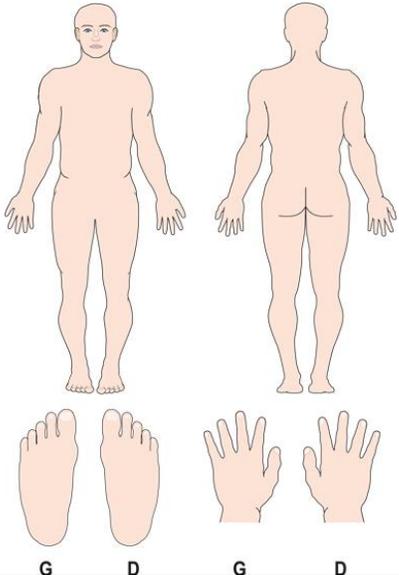
Équilibre : → Pieds joints
Avec facilité Avec difficulté N/A

Démarche : → Capable de circuler sur 3 mètres
Sans aide Avec aide Avec auxiliaire N/A

Blessure : Oui Non Si oui, préciser le site :

Sensibilité à la mobilisation : Oui Non Si oui, préciser le site :

Sensibilité au toucher : Oui Non Si oui, préciser le site :

Plaie :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser et localiser le site sur le schéma Stade :	
Rougeur :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser et localiser le site sur le schéma	
Œdème :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser le site :	
Déplacements :	Sans aide <input type="checkbox"/>	
	Avec aide <input type="checkbox"/> 1 pers <input type="checkbox"/> 2 pers <input type="checkbox"/>	
	Avec auxiliaire <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/>	
	Avec Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/>	
	Avec fauteuil gériatrique <input type="checkbox"/> Avec tablette <input type="checkbox"/>	

Source : Philippe Voyer (2010). *L'examen clinique de l'âiné*. Saint-Laurent : ERPI. Formulaire original conçu par Sylvain Lavoie, Groupe Roy Santé inc. Reproduction autorisée.

2. « Questionnaire d'évaluation des SCPD », Institut universitaire de gériatrie de Montréal, équipe IUGM – SCPD



Questionnaire d'évaluation des SCPD

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____

Numéro d'assurance-maladie : _____ Expiration : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

État civil : C M V S D Sexe : M F Âge : _____

Date de naissance : jj _____ /mm _____ /aaaa _____

Lieu de naissance : _____

Langue(s) parlée(s) : Français Anglais Autres : _____

Nom et prénom du père : _____

Nom et prénom de la mère (nom de fille) : _____

Personne contact

Nom de cette personne : _____ Lien : _____

Tél. résidence : _____ Tél. bureau : _____

Enfants

Oui nombre : _____ Non

Aidants significatifs : _____

Emplois antérieurs : _____

Retraité depuis quand? : _____ Niveau de scolarité : _____

Droitier Gaucher

RAISON DE LA CONSULTATION



PROGRAMME RÉFÉRANT

IUGM

- Clinique de cognition Hôpital de jour
 Unité d'évaluation de courte durée (UCDG) Soins de longue durée
 Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)
 Programme d'évaluation pour hébergement (programme 68)
Chambre : privée 2 lits 3 lits 4 lits

Référence externe

Lieu de résidence :

- Appartement Seul Avec : _____
 Maison Seul Avec : _____
 Résidence pour personnes âgées autonomes
 Résidence avec services (détaillez) : _____

- CHSLD Ressource intermédiaire
 Unité prothétique Unité prothétique
 Centre hospitalier
 Unité spécialisée (détaillez) : _____
Date d'admission : _____
Raison de l'admission : _____
Chambre : privée 2 lits 3 lits 4 lits

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Joindre échelle de douleur si pertinent

Douleurs :

Si oui : Localisation : _____
Étiologie : _____

Y a-t'il une médication antalgique? Oui Non

Si oui :

Nom	Dose	Heure d'administration
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Y a-t'il une médication **avant** les soins potentiellement douloureux (ex. soins d'hygiène)? Oui Non



Déficits sensoriels

Vision : _____

Audition : _____

Appareillés? Oui Non

Histoire de chutes : Oui Non

Nécessite aide technique : Oui Non Si oui, précisez : _____

Système sonore de prévention des chutes : Oui Non Si oui, précisez : _____

Utilisation de contentions physiques : Oui Non Si oui, précisez : _____

Abus de substances (alcool, drogues, benzos, narcotiques) : Oui Non Si oui, précisez : _____

Démence

Type : _____

Diagnostic posé par : _____ Date : _____

Essai pharmacologique :

Aricept : Oui Non Dosage : _____ Date : _____

Si échec, raison de l'arrêt : _____

Reminyl : Oui Non Dosage : _____ Date : _____

Si échec, raison de l'arrêt : _____

Exelon : Oui Non Dosage : _____ Date : _____

Si échec, raison de l'arrêt : _____

Ebixa : Oui Non Dosage : _____ Date : _____

Si échec, raison de l'arrêt : _____

Delirium depuis moins d'un an? Oui Non Si oui, quelle est la cause, si connue : _____

AVC : Oui Non Si oui, année : _____

Épilepsie : Oui Non

Traumatisme crânien : Oui Non Si oui, année : _____ Séquelles : _____

Facteurs de risque vasculaires

Hypertension artérielle : Oui Non

Tabagisme : Oui Non

Dyslipidémie : Oui Non

Obésité : Oui Non

Diabète : Oui Non

IMC : _____

Hyperthyroïdie : Oui Non

Hypothyroïdie : Oui Non

Autres diagnostics : _____



Sommeil

- Aucun problème
- Inversion cycle éveil-sommeil
- Cauchemars
- Apnée du sommeil
- Besoin de se lever la nuit pour uriner. Si oui, fréquence : _____
- Difficulté d'endormissement
- Réveil précoce
- Ronflements
- Mouvements et paroles durant le sommeil

Alimentation

- Aucun problème
- Augmentation d'appétit
- Augmentation de poids : _____ lbs
- Augmentation de l'intérêt pour les aliments sucrés
- Perte d'appétit
- Perte de poids : _____ lbs
- Gloutonnerie

Constipation : Oui Non

Y a-t-il des signes d'infection : Oui Non

Résultat de la dernière culture et analyse d'urine : _____

Date du dernier bilan gériatrique : _____

Résultats :

FSC :	_____
Électrolytes :	_____
Bun /créatinine :	_____
Fonction hépatique :	_____
TSH :	_____
B12 et folates :	_____
Glycémie :	_____
Bilan lipidique à jeun :	_____
Calcium, magnésium, phosphore :	_____
QTc :	_____
ECG :	_____
Scan cérébral :	_____
Date :	_____
Résultats :	_____



Signes vitaux

Poids : _____ stable depuis 3 mois? Oui Non Si non, précisez : _____

Tension artérielle : _____

Rythme cardiaque : _____

Rythme respiratoire : _____

Température : _____

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES

Antécédents psychiatriques (ex. : anxiété, dépression, manie, psychose) : _____

Est-ce que la personne est ou a déjà été suivie en psychiatrie? Oui Non

Si oui, Nom du psychiatre : _____

Périodes : _____

A-t-elle déjà été hospitalisée en psychiatrie? Oui Non

Si oui, les dates : _____

A-t-elle déjà posé des gestes suicidaires ou hétéroagressifs? Oui Non

A t-elle déjà été traitée par électroconvulsivothérapie? Oui Non

Quels ont été les traitements psychiatriques :

Pharmacologiques? (détaillez le nom des médicaments, la dose et la durée) : _____

Non pharmacologiques? (détaillez les essais et les résultats) : _____

MÉDICATION ACTUELLE

Joindre la liste actuelle (nom, heure d'administration et dose)

Une nouvelle médication a-t-elle été introduite dans les dernières semaines? Oui Non

Si oui, détaillez : _____

Une médication a-t-elle été cessée dans les dernières semaines? Oui Non

Si oui, pourquoi? : _____

Dans la liste actuelle, y a-t-il des médicaments pouvant influencer son comportement et/ou sa cognition (ex.médication avec potentiel anticholinergique)? Oui Non

Si oui, détaillez : _____

Est-ce qu'il y a des interactions potentielles entre ses médicaments? Oui Non



Si oui détaillez : _____

Est-ce que des PRN sont utilisés?

Oui Non

Si oui, détaillez l'utilisation au cours de la dernière semaine :

Date	Type (ex. ativan)	Dosage	Heures d'administration
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

COGNITION

Évaluations cognitives antérieures (inscrire tous les résultats retrouvés) :

MMSE

Date et résultat : _____

3-MS

Date et résultat : _____

MoCA

Date et résultat : _____

PECPA-25

Date et résultat : _____

Décrire quels sont les symptômes cognitifs:

Mémoire : _____

Langage : _____

Orientation : _____

Fonctions exécutives : _____

Gnosies : _____

Praxies : _____

Consultations spécialisées

Évaluation en neurologie:

Oui Date : _____ Non

Conclusion et recommandations (détaillez) : _____

Évaluation en gériatrie :

Oui Date : _____ Non



Conclusion et recommandations (détaillez) : _____

Évaluation en neuropsychologique : Oui Date : _____ Non

Conclusion et recommandations (détaillez) : _____

Évaluation en ergothérapie: Oui Date : _____ Non

Conclusion et recommandations (détaillez) : _____

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Psychiatriques : _____

Cognitifs : _____

AUTONOMIE FONCTIONNELLE (Détaillez si besoin d'encadrement ou si autonome)

AVQ (s'habiller, se nourrir, se laver, se déplacer) : Autonome Nécessite encadrement

Détaillez : _____

AVD (ménage, lavage, commissions, faire ses repas) : Autonome Nécessite encadrement

Détaillez : _____

Prise de la médication : Autonome Nécessite encadrement

Détaillez : _____

Gestion financière : Autonome Nécessite encadrement

Détaillez : _____

Est-ce que la personne conduit une automobile? Oui Non

Si oui : Accidents dans la dernière année : Oui Non

Contraventions : Oui Non

Changement des habitudes de conduite : Oui Non

Inquiétude des proches : Oui Non

Régime de protection

Mandat en cas d'inaptitude fait : Oui Non Homologué : Oui Non

Nom du mandataire : Oui Non



Procuration bancaire : Oui Non Procuration notariée : Oui Non
 Nom du procureur : _____
 Tutelle privée : Oui Non Tutelle publique : Oui Non
 Nom du tuteur : _____
 Curatelle privée : Oui Non Curatelle publique : Oui Non
 Nom du curateur : _____
 Testament : Oui Non

COMPORTEMENT { Joindre un NPI }

Cochez et précisez les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence présents :

- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Délires | <input type="checkbox"/> Hallucinations | <input type="checkbox"/> Agitation | { Joindre questionnaire sur les habitudes d'hygiène antérieures } |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Euphorie | |
| <input type="checkbox"/> Apathie | <input type="checkbox"/> Désinhibition | <input type="checkbox"/> Irritabilité | |
| <input type="checkbox"/> Comportements moteurs aberrants | <input type="checkbox"/> Changements du sommeil | | |
| <input type="checkbox"/> Changement d'appétit | <input type="checkbox"/> Résistance aux soins d'hygiène | | |
- Autres Précisez : _____

Décrire avec précision, quel est le comportement le plus problématique : _____

QUAND survient-il?

{ Joindre une grille d'observation comportementale }

- Aux soins d'hygiène?
 Lors de la prise de médicaments ?
 Lors de la prise des signes vitaux?
 Autre (Détaillez) : _____

Depuis quand le comportement est-il présent? _____

À quel moment de la journée se manifeste-t-il?

- Matin Après-midi Soir
 Nuit Changement de quart de travail Heure : _____

Quelle est sa fréquence?



Plusieurs fois par heure

Plusieurs fois par jour

À tous les jours

Chaque semaine

Y a-t-il un moment où le comportement est :

Absent? Oui Non Détaillez : _____

Plus fréquent? Oui Non Détaillez : _____

OÙ survient-il?

À quel endroit le comportement survient-il?

Dans la chambre de l'utilisateur

Dans les aires communes

Dans le salon, salle à manger, corridor

Salle d'eau (douche, bain)

Dans autres chambres

Autre (Précisez) : _____

Avec QUI survient-il?

Le comportement survient le plus souvent avec : _____

Le comportement survient le moins souvent avec : _____

Est-ce :

En présence de certains intervenants en particuliers? Oui Non

En présence d'autres usagers? Oui Non

En présence des proches? Oui Non

Détaillez : _____

Qu'est-ce qui survient **immédiatement avant** le comportement? (le contexte) _____

Et **immédiatement après**? _____

Quelles sont les **interventions** qui ont été tentées pour réduire ce comportement jusqu'à maintenant?

Lesquelles sont **efficaces** ? _____

Lesquelles ne sont **pas efficaces**? _____

Y a-t-il utilisation de contention physique? Oui Non



Si oui, détaillez : _____

Quels sont les **signes précurseurs** au comportement (ex. hausse le ton, regard furieux)? _____

Quel est l'**impact** du comportement sur

Le résident? _____

Les autres résidents? _____

Les soignants? _____

Les proches? _____

Est-ce qu'il y a des éléments négatifs dans l'environnement de la personne?

Visuel (ex. : trop de personnes) _____

Olfactif (ex. : odeurs désagréables) _____

Thermique (ex. : froid ou chaud) _____

Auditif (ex. : bruit, alarme) _____

Y a-t-il une **routine quotidienne adaptée** à l'utilisateur? Oui Non

Y a-t-il des **repères de temps et d'espace**? Oui Non

Est-ce que sa chambre est **personnalisée**? Oui Non

Y a-t-il dans l'environnement une **signalisation simplifiée et adaptée** (ex. pictogrammes) pour identifier les lieux communs et les toilettes? Oui Non

Le comportement ou la présence **d'autres personnes** peuvent-ils affecter l'utilisateur? Oui Non

Détaillez : _____

Est-ce que l'utilisateur participe à des :

{ Joindre le questionnaire d'histoire de vie }

Activités physiques? Oui Non Détaillez : _____

Activités sociales? Oui Non Détaillez : _____

Sorties à l'extérieur? Oui Non Détaillez : _____

Visites? Oui Non Détaillez : _____

Est-ce que le **personnel a été formé** pour intervenir auprès d'utilisateurs avec des SCPD? Oui Non

Détaillez : _____

Le personnel soignant est-il **stable**? Oui Non

Est-ce que le milieu prône une **approche centrée sur les besoins de l'utilisateur** (et non centrée sur la tâche)? Oui Non

Connait-on l'**histoire de vie** de cet utilisateur? Oui Non

Y a-t-il un élément explicatif au comportement dans son histoire de vie? _____

Est-ce que la personne a vécu un **événement particulier** récemment qui pourrait expliquer son comportement?



3. « Histoire biographique », Centre hospitalier affilié universitaire de Québec et Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (Karine Labarre)

(M-SCPD-02)



HISTOIRE BIOGRAPHIQUE

Établissement :

Unité :

Personne ressource :

Complétée par :

Date :

Catégories	Exemples de questions types	Informations recueillies
Famille	Combien d'enfants et de petits enfants la personne a-t-elle? Combien de frères et de sœurs a-t-elle? Quel type de relation la personne entretient-elle avec sa famille? Est-ce qu'il y a présence de conflits familiaux? Est-ce qu'il y a des personnes significatives à l'extérieur des membres de la famille? Est-ce que la personne reçoit de la visite (fréquence, durée, qui la visite la plus souvent)?	
Provenance	Dans quelle ville la personne est-elle née? Dans quelle ville la personne a-t-elle habité la majeure partie de sa vie? Quel était le type de résidence de la personne (maison, logement)? Est-ce que la personne aimait particulièrement un lieu?	

Catégories	Exemples de questions types	Informations recueillies
Travail	<p>Quel était le métier de la personne?</p> <p>Quel est le niveau de scolarité de la personne?</p> <p>Quelle école a-t-elle fréquentée?</p> <p>Est-ce que la personne s'est impliquée dans des activités de bénévolat?</p>	
Passions	<p>Qu'est-ce qui stimule la personne?</p> <p>Quelles sont ses passions?</p> <p>Quelles étaient les activités dans lesquelles elle investissait le plus de temps?</p> <p>Quelles étaient ses divertissements et ses occupations à la retraite?</p>	
Réalizations	<p>De quoi la personne est-elle la plus fière, selon vous?</p> <p>Quelles sont ses plus grandes réalisations personnelles?</p> <p>Quelles sont ses plus grandes réalisations professionnelles?</p>	
Habitudes de vie et routines	<p>Quelles sont les habitudes alimentaires et d'hydratation de la personne (heure de repas, collation, aliments préférés, type de breuvage,...)?</p> <p>Quelles sont ses préférences concernant son hygiène (douche ou bain, moment de la journée)?</p> <p>Quelles sont ses habitudes de sommeil et sa routine (heure, activité avant le coucher, siestes,...)?</p> <p>Est-ce que la personne est sportive?</p> <p>Est-ce que la personne aime les activités extérieures?</p> <p>Quelles sont ses habitudes de marche?</p> <p>(Toutes les autres habitudes de vie pertinentes)</p>	
Événements marquants	<p>Quels sont les événements les plus marquants pour la personne (mariage, famille, retraite, décès,...)?</p> <p>Quels sont les événements les heureux de sa vie?</p> <p>Quels sont les événements les plus tristes de sa vie?</p> <p>Quelles ont été les épreuves les plus difficiles de sa vie?</p>	

Catégories	Exemples de questions types	Informations recueillies
Personnalité Qualités	Quel genre de personne est-elle? (solitaire, sociable, fonceuse, douce, intellectuelle, ricaneuse, triste sérieuse,...) Comment réagit la personne lors des situations difficiles? Qu'est-ce qu'elle aime ou déteste chez les autres? Quelles sont ses qualités? Quelles sont ses défauts?	

Produit par Karine Labarre, inf. M.Sc., conseillère-cadre au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (à partir de l'aide-mémoire à la prise de décision SCPD du RMG3)

4. « Grille d'observations comportementales (sept jours) », Institut universitaire de gériatrie de Montréal (Louise Francoeur)



**GRILLE D'OBSERVATIONS COMPORTEMENTALES
(sept jours)**

Motif d'observation: _____

DATE															FACTEURS DÉCLENCANTS ET REMARQUES
HEURE	Comp.	Act-Int													
00h00															
01h00															
02h00															
03h00															
04h00															
05h00															
06h00															
07h00															
08h00															
09h00															
10h00															
11h00															
12h00															
13h00															
14h00															
15h00															
16h00															
17h00															
18h00															
19h00															
20h00															
21h00															
22h00															
23h00															

5. « Complément du formulaire d'histoire de vie : Questionnaire sur les habitudes d'hygiène antérieures », Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Équipe IUGM – SCPD

**Complément du formulaire d'histoire de vie
Questionnaire sur les habitudes d'hygiène
antérieures**

Le but de ce questionnaire est de connaître les habitudes d'hygiène antérieures de votre proche. Ainsi, les informations recueillies serviront à personnaliser, dans la mesure du possible, les soins d'hygiène qui lui seront offerts. Merci de votre collaboration.

1. Quelles étaient les habitudes de votre proche pour effectuer ses soins d'hygiène?

- Baignoire Douche Hygiène au lavabo
Aucune préférence Ne sait pas
Autre : _____

2. À quelle fréquence faisait-il ses soins d'hygiène?

- Moins d'une fois par semaine 1 ou 2 fois semaine
3 ou 4 fois semaine 1 fois par jour
Plusieurs fois par jour Ne sait pas

3. À quel (s) moment (s) de la journée faisait-il ses soins d'hygiène?

- Au réveil En matinée En après-midi
Avant le souper Tout juste avant le coucher Aucune préférence
Ne sait pas

4. Sa température préférée de l'eau était :

- Froide Tiède Chaude
Très chaude Ne sait pas

5. De quelle manière se lavait-il les cheveux?

- Chez le coiffeur Dans l'évier de la cuisine Dans la douche
Dans le bain Ne sait pas

6. « Suivi des antipsychotiques », Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Équipe IUGM – SCPD (M.-A. Bruneau et C. Ménard)

SUIVI DES ANTIPSYCHOTIQUES

Les antipsychotiques sont associés à de nombreux effets secondaires et à une augmentation du risque d'accidents cérébrovasculaires et de mortalité chez les individus avec démence. Leur utilisation est donc restreinte à une certaine surveillance.

Indication:

Démence et psychose sévère	<input type="checkbox"/>	Dépression résistante	<input type="checkbox"/>
Démence et agitation sévère	<input type="checkbox"/>	Maladie bipolaire	<input type="checkbox"/>
Démence et agressivité sévère	<input type="checkbox"/>	Schizophrénie	<input type="checkbox"/>
Autre: spécifier : _____			

Consentement obtenu: Oui Non:

Prescription de départ:

Risperidone	<input type="checkbox"/>	Aripiprazole	<input type="checkbox"/>
Quétiapine	<input type="checkbox"/>	Halopéridol	<input type="checkbox"/>
Olanzapine	<input type="checkbox"/>	Autre: _____	<input type="checkbox"/>

Date de début de l'antipsychotique (si précède la première visite): _____

Facteurs de risque vasculaires présents:

Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	Dyslipidémie	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	Arythmie	<input type="checkbox"/>
MCAS/MVAS	<input type="checkbox"/>	AVC	<input type="checkbox"/>
Obésité	<input type="checkbox"/>	Tabagisme	<input type="checkbox"/>

Présence de contre-indications:

Maladie de Parkinson Démence à Corps Lewy

Date	1ère visite Date: _____	1 mois Date: _____	2 mois Date: _____	3 mois Date: _____	6 mois Date: _____	12 mois Date: _____
Δ de dose						
Indication toujours présente?						
Tentative de sevrage si stable						
<u>Poids (kg)</u>						
<u>Circonférence abdominale (cm)</u>						
<u>IMC (kg/m²)</u> Taille : _____						
<u>Glycémie à jeun (mmol/L)</u> Base, 3 mois, q année						
<u>Tension artérielle (mmHg)</u> Base, 3 mois, q année						
<u>Bilan lipidique à jeun (mmol/L)</u> Base, 3 mois, q 5 ans						
<u>ECG (arythmie?)</u> <u>Intervalle QTc_c</u>						
<u>Effets secondaires</u> <u>extrapyramidaux, trouble de la</u> <u>marche et chute</u>						

7. « Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile », CSSS de la Montagne (Jean Lachance), Services ambulatoires de psychogériatrie des CLSC Métro, NDG–Montréal-Ouest, Parc-Extension et Saint-Henri (Nicole Poulin), et Curateur public du Québec (Chantal Deléseleuc et Jocelyne St-Pierre)

Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile

Cet outil d'évaluation s'adresse à toute clientèle adulte vulnérable avec problèmes multiples.

Cet **Outil d'évaluation du risque** est composé :

- De l'**Aide-mémoire**
- De la **Grille d'analyse du risque**
- Des **Critères de la Nouvelle-Écosse**
- Des **Éléments de réflexion éthique**.

Dans les situations difficiles, il est fortement recommandé de consulter. Le but de cet **Outil d'évaluation du risque** est d'aider les équipes d'intervenants à identifier les facteurs de risque des personnes vivant à domicile et de les assister dans l'orientation de leurs interventions.

Les équipes d'intervenants, dans leur estimation des facteurs de risque, doivent tenir compte des expériences antérieures de la personne évaluée, ainsi que des circonstances atténuantes ou, au contraire, aggravantes. Cet outil ne comporte donc pas de système de pondération afin d'éviter une évaluation erronée du niveau de risque.

Comment utiliser l'**Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile**?

- Complétez la **Grille d'analyse du risque**² en vous servant de l'**Aide-mémoire**.
- Utilisez au besoin les **Critères de la Nouvelle-Écosse** si vous jugez pertinent d'évaluer le degré de compréhension du client.
- Vous référer aux **Éléments de réflexion éthique** pour objectiver les choix possibles dans les situations qui ne font pas consensus ou litigieuses.

Les auteurs

CSSS de la Montagne

Programme Info-Santé

Jean Lachance, travailleur social, conseiller psychosocial

Services ambulatoires de psychogériatrie des CLSC Métro, NDG-Montréal-Ouest,

Parc-Extension et St-Henri

Nicole Poulin, psychologue, chef d'équipe

En collaboration avec

Le Curateur Public du Québec

Direction territoriale de Montréal

Chantal Deléseleuc, travailleuse sociale

Jocelyne St-Pierre, travailleuse sociale, chef d'équipe à l'Accueil

© La reproduction de cet outil est autorisée à la condition de nommer les auteurs.
Septembre 2008

² Notez que la **Grille d'analyse du risque** n'est pas un outil d'évaluation de l'aptitude de la personne.

Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile

Nom : _____ Dossier : _____

AIDE-MÉMOIRE

Identification de la présence de facteurs de risques biopsychosociaux

Facteurs biologiques		OUI
1.	Présence de problèmes de santé pouvant entraîner des atteintes à l'intégrité physique à brève échéance ou la mort si refus de suivi des recommandations établies dans le PIAS (Plan d'intervention et d'allocation de services)	
2.	Malnutrition, intoxication alimentaire	
3.	Déshydratation	
4.	Infections à répétition, plaies	
5.	Médicaments : <i>refus, négligence, incapacité de s'auto-médicamenter, abus, risques d'intoxication</i>	
6.	Nombre d'heures trop élevé sans être changé (<i>incontinences, pansements,...</i>)	
7.	Chutes répétées, risque élevé de chutes	
8.	Handicaps non compensés chez une personne vivant seule (<i>surdité sévère, cécité, difficulté de s'exprimer,...</i>)	
Facteurs psychologiques		
9.	Déficits cognitifs (récents ou de longue date). Ex : <i>perception de la réalité altérée, mémoire déficiente, désorganisation (laisse des objets sur la cuisinière, sort sans être habillé adéquatement, aliments avariés,...), etc...</i>	
10.	État psychotique (<i>symptômes ou état psychotique</i>)	
11.	Dépression majeure	
12.	Trouble du comportement (récent ou de longue date) : <i>agressivité, fugue, errance, fume avec oxygène,...</i>	
13.	Mauvais jugement : nie ou minimise ses difficultés, résistance à l'aide, incapacité de mobiliser de l'aide, incapacité d'établir / de conserver des contacts,...	
14.	Réaction post-traumatique <i>anxiété élevée, panique,...</i>	
Facteurs sociaux		
15.	Isolement et absence de réseau de soutien	
16.	Dépendance sur autrui pour un maintien à domicile sécuritaire	
17.	Refus de l'aide, des équipements (<i>marchette, lève-personne, lit électrique, etc...</i>)	
18.	Client et/ou colocataire alcoolique, toxicomane ou dysfonctionnel	
19.	Présence de conflits entre l'aidant et le client	
20.	Incapacité de l'aidant (<i>maladie, déficience, incompréhension des besoins de l'aidé(e),...</i>)	
21.	Présence de conflits entre les aidants	
22.	Victime d'abus : <i>physique, négligence, financier, psychologique</i>	
23.	Désorganisation de l'état de ses affaires	
24.	Un nombre élevé d'heures où la personne est laissée seule et qui compromet sa sécurité	
25.	Incapacité ou refus de payer (<i>nourriture, médication, loyer,...</i>)	
26.	État de son environnement (<i>accumulation excessive d'objets, dangerosité des lieux, porte débarrée en tout temps ou barricadée,...</i>)	
27.	Éviction ou risque imminent d'éviction	
28.	Insalubrité rendant dangereux les traitements, la sécurité de la personne, du personnel	
29.	Risques de feu (<i>chauffage, cuisine, cigarette, ...</i>)	
30.	Présence de moyen pour un passage à l'acte (<i>suicide, homicide</i>)	
31.	Conduite automobile	

Date : _____

Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile

Nom : _____ Dossier : _____

GRILLE D'ANALYSE DU RISQUE

Facteurs de risques identifiés (selon l'aide-mémoire)			
Les facteurs aggravant les risques présents :			
Les facteurs atténuant les risques présents :			
L'ensemble des facteurs de risque donne un niveau de dangerosité : faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé <input type="checkbox"/>			
Nommez les interventions déjà essayées, avec qui et les résultats obtenus:			
Aspects légaux : <ul style="list-style-type: none">• Le client est sous un régime de protection ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non• En attente d'un régime de protection privé ou public ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non• Le client est-il apte à consentir aux soins (Re Critères de N.Écosse)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non• Nos obligations légales (établissements, professionnelles) :			
Les objectifs visés :			
Les interventions possibles et leurs impacts prévisibles :			
Interventions	Par qui	Date d'échéance	Date de réévaluation

Nom de l'évaluateur

Signature

Date

Nom des participants à la discussion : _____

Annexes 1 et 2

Annexe 1 : Critères de la Nouvelle-Écosse³

1	La personne comprend-elle la maladie ou l'état pour lequel un traitement est proposé?	Oui	Non
Expliquez :			
2	La personne saisit-elle la nature et le but du traitement proposé?	Oui	Non
Expliquez :			
3	La personne comprend-elle les risques encourus à entreprendre le traitement?	Oui	Non
Expliquez :			
4	La personne perçoit-elle les risques encourus à ne pas entreprendre le traitement?	Oui	Non
Expliquez :			
5	L'état de la personne entrave-t-il sa capacité à consentir?	Oui	Non
Expliquez :			

Annexe 2 : Éléments de réflexion éthique

Identifier les valeurs, les opinions, les responsabilités ou les points de vue :

1. Du client.
2. Du réseau naturel (famille / proches).
3. De l'établissement / programme (lois, règlements, codes d'éthiques).
4. Des intervenants comme personnes.
5. Des intervenants comme professionnels (codes de déontologie).

³ Tiré de l'article 52 (2) Chapter 208 - Hospitals Act of Nova-Scotia. À noter : un hébergement institutionnel est aussi considéré comme un soin.