

PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE – SERVICES DE PROXIMITÉ EN GMF  
TROUBLES NEUROCOGNITIFS LÉGERS ET MAJEURS (TNCL-TNCM)

VOLET DIAGNOSTIC (1)

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

1. REPÉRAGE<sup>1</sup> — 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 TNC majeurs;
- Apnée du sommeil non stabilisée;
- Délirium (évaluation si stabilisée depuis 3-6 mois);
- Maladie de Parkinson/Parkinsonisme;
- Trauma crânien (évaluation si stabilisée depuis 3-6 mois);
- TNC léger.

Usagers ayant :

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

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

« Déclin par rapport au niveau antérieur »

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

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. : [AD8<sup>2</sup>](#)) OU [5 mots Dubois<sup>3</sup>](#) et [Horloge<sup>4</sup>](#)  
OU [MIS<sup>5</sup>](#) 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<sup>6</sup>](#), encourager  
la gestion des facteurs de risque et informer  
sur les [10 signes précurseurs<sup>7</sup>](#).

Si repérage positif

RÉFÉRENCE VERS L'INFIRMIÈRE

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

2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE

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

Durée de la rencontre : 60-90 minutes

A. Description de la plainte

B. Évaluer la condition physique

- Révision du 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 HORS GMF POUVANT CONTRIBUER, SI BESOIN.

**1** = Travailleur social **2** = Pharmacien **3** = Organismes communautaires **4** = Autres professionnels du GMF ou hors GMF

## 2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE — SUITE

- C. Évaluer la condition mentale
  - Repérage dépression avec [QSP-2/QSP-9<sup>8</sup>](#) OU GDS4
  - MMSE et [MoCA selon les recommandations de l'INESSS à la page 3<sup>9</sup>](#)
  - Changement de personnalité/de comportement/d'humeur, si changement : [NPI-R<sup>10</sup>](#) 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. [QAF<sup>11</sup>](#), [IQCODE<sup>12</sup>](#), etc.
- E. Histoire familiale, contexte psychosocial, soutien social et familial, etc. (ex. : génogramme et écocarte) **1**
- F. Vérifier si connu du CLSC/SAD et demander autorisation pour vérifier si informations pertinentes (cognitif, fonctionnel, social)
- G. Amorcer l'enseignement sur la promotion de la santé cognitive, référer vers programme local au besoin

Discussion brève avec le médecin/IPS 1<sup>re</sup> ligne à la suite d'une évaluation de l'état de santé avec des anomalies

## 3. ÉVALUATION PAR LE MÉDECIN ET L'IPS 1<sup>re</sup> LIGNE<sup>13</sup>

- A. Prise en considération de l'évaluation infirmière
- B. Vérifier si présence de facteurs confondants (ex. : médication ayant un impact potentiel sur la cognition **2**, trouble d'utilisation de substances, comorbidité d'origine métabolique ou cardiovasculaire non stabilisée, etc.)
- C. Anamnèse
- D. Examen physique
- E. Décision si besoin d'investigations supplémentaires (laboratoire, imagerie)
- F. Décision si besoin de consultations complémentaires (ex. : clinique de mémoire, ergothérapeute, neuropsychologue, etc.) **4**

### 3.1 ANNONCE DU DIAGNOSTIC PAR LE MÉDECIN

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

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

**ASSURER LE SUIVI DE L'USAGER ET DU PROCHE AIDANT  
POUR SUIVRE AVEC LE VOLET SUIVI (2)**

\* Le processus est un outil d'aide, le jugement clinique du professionnel pour décider des interventions et des délais prime. Tous les outils proposés sont à titre indicatif. \*\*\*

\* Pour obtenir la référence et le lien internet, vous référer à l'exposant dans le document : RÉFÉRENCES.