

GUIDE DE SUPERVISION CLINIQUE
Activité d'apprentissage
interprofessionnelle en stage clinique
(AIS) en partenariat
en UFCI-U CHSLD et SAD

Symptômes comportementaux et
psychologiques de la démence
(SCPD)

Avril 2019

Crédits

Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU)

Université de Montréal
Faculté de médecine
Pavillon Roger-Gaudry
Bureau N-912
2900, boul. Édouard-Montpetit
Montréal (Québec) H3T 1J4

Adresse postale :

C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3J7
Téléphone : 514-343-6497
Site web : <https://medfam.umontreal.ca>

AUTEURS PRINCIPAUX :

Sylvie Trepanier, M.A. neuropsychologue

Gestionnaire de projet Implantation des UFCI-U
DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal
DEUR, CIUSSS Centre-sud-de-l'Île-de-Montréal

Suzanne Lebel, Médecin de famille

Professeure adjointe de clinique, DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal
Responsable de l'UFCI-U en CHSLD (CHSLD Drapeau-Deschambault) pour le GMF-U de St-Eustache
Co-gestionnaire médical Programme SAPA et de l'implantation du plan d'Alzheimer en GMF, CISSSS des Laurentides

EN COLLABORATION AVEC :

Édith Fournier, PhD

Proche aidante partenaire formatrice
DCPP, Faculté de médecine, Université de Montréal

Paule Lebel, MSc, Médecin spécialiste en médecine préventive et santé publique

Professeure agrégée de clinique et Responsable scientifique de l'implantation des UFCI-U, DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal
Conseillère sénior au Centre d'excellence en partenariat avec les patients et le public (CEPPP) et membre de la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP), Université de Montréal
Médecin-conseil, Équipe santé des adultes et des aînés (SAA), Direction régionale de santé publique (DRSP), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Nous tenons également à remercier tous les participants du comité SCPD.

COORDINATION DES TRAVAUX

Suzanne Lebel, Médecin de famille

Professeure adjointe de clinique, DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal
Responsable de l'UFCI-U en CHSLD (CHSLD Drapeau-Deschambault) pour le GMF-U de St-Eustache
Co-gestionnaire médical Programme SAPA et de l'implantation du plan d'Alzheimer en GMF, CISSSS des Laurentides

Bernard Deschênes, M. ps. éd.

Gestionnaire de projet, DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal
Implantation des UFCI-U en SAD et CHSLD

Sylvie Trépanier, M.A. Neuropsychologue,

Gestionnaire de projet, DMFMU, Faculté de médecine, Université de Montréal
Implantation des UFCI-U en SAD et CHSLD

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) dans la boîte à outils SAPA sur le site internet du DMFMU de l'Université de Montréal : <https://medfam.umontreal.ca>

Le contenu de ce document peut être cité, à condition d'en mentionner la source :

Comité scientifique de l'implantation des UFCI-U. DMFMU de l'Université de Montréal (2019). **Guide de supervision clinique. Activité d'apprentissage interprofessionnelle en stage clinique (AIS) en UFCI-U CHSLD et SAD : Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD)**. Montréal, Québec : Université de Montréal.



Table des matières

LISTE DES ACRONYMES	5
NOTES AU LECTEUR.....	6
PRÉAMBULE.....	8
A. LES PRINCIPAUX SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ASSOCIÉS ET PSYCHOLOGIQUES ASSOCIÉS À LA DÉMENCE (SCPD)	8
B. QUELQUES DONNÉES CONCERNANT LES SCPD	8
C. SCPD EN CHSLD ET RI-RTF	9
D. SCPD À DOMICILE	9
E. LA RENCONTRE D'ÉQUIPE SCPD EN PARTENARIAT	9
1. PRÉPARATION À LA RENCONTRE D'ÉQUIPE SCPD.....	12
A. PRÉPARER LA PERSONNE ÂGÉE ET SON PROCHE	12
B. PRÉPARATION DES RÉSIDENTS ET DES STAGIAIRES.....	12
C. LE PROCESSUS CLINIQUE RECOMMANDÉ	13
2. RÉALISATION DE LA RENCONTRE D'ÉQUIPE SCPD EN PARTENARIAT AVEC LA PERSONNE ÂGÉE ET SON PROCHE	17
A. LORSQUE LE RÉSIDENT OU LE STAGIAIRE ANIME LA RENCONTRE D'ÉQUIPE SCPD	17
B. LA PERSONNE ÂGÉE ET LE PROCHE	19
C. LE PROCHE AIDANT RESSOURCE	19
D. LE RÉSIDENT OU LE STAGIAIRE.....	20
E. LE SUPERVISEUR.....	20
F. RÉTROACTION SUR LA RENCONTRE D'ÉQUIPE SCPD AVEC TOUS LES PARTICIPANTS	21
3. SUIVI DU PLAN SCPD	23
4. AUTO-ÉVALUATION RÉFLEXIVE SUR L' AIS SCPD.....	24
A. AUTO-ÉVALUATION RÉFLEXIVE DES RÉSIDENTS ET DES STAGIAIRES SUR L' AIS SCPD	24
B. AUTO-ÉVALUATION RÉFLEXIVE DE LA PERSONNE ÂGÉE ET DU PROCHE SUR L' AIS SCPD	24
ANNEXE 1 : DÉFINITION DES TERMES.....	25
RÉFÉRENCES.....	27

Liste des acronymes

AIS	Activité d'apprentissage interprofessionnelle en stage clinique
ADI	Alzheimer's Disease International
ASSS	Auxiliaire en santé et services sociaux
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
DCPP	Direction Collaboration et partenariat patient
DMFMU	Département de médecine de famille et de médecine d'urgence
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NIM	Niveau d'intervention médicale (niveau de soins)
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAB	Préposée aux bénéficiaires
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PDG	Président-directeur général
RI-RTF	Ressources intermédiaires et ressources de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soins à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence
TNCM	Trouble neurocognitif majeur
UFCI-U	Unité de formation clinique interprofessionnelle universitaire

Notes au lecteur

Les personnes vulnérables suivies par les équipes cliniques au sein des Unités de formation clinique interprofessionnelles universitaires (UFCI-U) en soins à domicile (SAD) ou en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) présentent des pertes d'autonomie modérées à sévères. La plupart d'entre elles sont des personnes âgées. Nous utiliserons donc le terme « personnes âgées » dans le document en synonyme de : bénéficiaires, patients, usagers, résidents, clients, personnes vulnérables ou personnes handicapées.

La participation des personnes âgées qui présentent des symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence (SCPD) doit être favorisée en tout temps. Cependant avec ces personnes, il est important de tenir compte de la gravité de leurs atteintes. En effet, leur participation ne doit pas engendrer des manifestations anxieuses ou une exacerbation de leurs autres symptômes. C'est pourquoi les auteures ont indiqué tout au long du guide que la participation des personnes atteintes de SCPD doit être encouragée dans la mesure du possible. Dans de rares cas, la personne âgée est en mesure de participer aux réunions d'équipe SCPD, sa participation sera alors fortement recommandée.

Compte tenu de la nature des SCPD, dans la majorité des situations le proche aidant représentera la personne âgée, autant en contexte de CHSLD que de SAD. Dans le texte qui suit, le terme « **personne âgée** » devra donc être lu le plus souvent comme « **proche aidant** ».

Le « **proche aidant** » est une personne, membre de la famille ou non, que la personne âgée identifie comme étant celle qui l'accompagne dans son parcours et qui peut lui offrir différents types de soutien (émotif, instrumental, et même, souvent, certains soins requis par son état). Le proche aidant possède une expertise qui peut constituer une valeur ajoutée pour l'équipe, entre autres une expertise biographique de la personne âgée (ses habitudes de vie, ses expériences, ses valeurs et croyances, ses comportements, etc.). Le proche aidant fait donc partie de l'équipe au même titre que la personne âgée elle-même, avec l'accord de cette dernière.

Le « **proche aidant ressource** » est un proche identifié conjointement par la direction responsable d'implanter le partenariat patient le plus souvent la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) ou la direction des services multidisciplinaires (DSM)) et la direction de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) au sein du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). Ce proche aidant répond aux critères de proche partenaire tels que décrits par la direction Collaboration et Partenariat patient (DCPP) de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Il détient une expérience significative des soins et services à domicile ou en CHSLD auprès de la personne âgée. Il est formé et accompagné pour devenir un formateur au sein des UFCI-U, autant auprès des personnes âgées et leurs proches qu'auprès des résidents et des stagiaires.

Afin d'alléger le texte, nous utiliserons les termes « **les résidents** » pour désigner les résidents en médecine de famille et les résidents en pharmacie. Les termes « **les stagiaires** » seront utilisés pour désigner les stagiaires des différentes autres professions du domaine de la santé et des services sociaux.

Toujours afin d'alléger le texte nous utiliserons le terme « **superviseur** » pour les médecins enseignants et les intervenants superviseurs du domaine de la santé et des services sociaux.

Équipe : Dans le cas spécifique de l'évaluation et l'intervention reliée aux SCPD, en plus de la personne âgée et son proche aidant, l'équipe est composée de plusieurs intervenants de la santé et des services sociaux et des résidents et stagiaires. Elle peut également accueillir toute autre personne (par exemple, proche aidant ressource, gestionnaire clinique, bénévole, personnel administratif) jugée significative pour accompagner la personne âgée dans son parcours de santé et valoriser son expérience.

Préambule

L'Unité de formation clinique interprofessionnelle universitaire (UFCI-U) en CHSLD regroupe de 60 à 80 lits d'hébergement, alors que de 75 à 150 personnes âgées sont inscrites dans le volet SAD. Ces unités sont destinées aux soins de ces personnes âgées et à la formation clinique des résidents et des stagiaires sous la supervision de superviseurs de stage des différentes professions.

Les Activités d'apprentissage interprofessionnelles en stage clinique (AIS) en partenariat avec la personne âgée et son proche ont pour objectif de développer chez les résidents et stagiaires la compétence de pratique collaborative en partenariat avec les personnes âgées et les proches, dans un contexte clinique spécifique (élaboration d'un PII, révision de la médication, interventions auprès des personnes âgées présentant des symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence [SCPD]). Le présent document concerne les approches non pharmacologique et pharmacologique auprès des personnes âgées présentant des SCPD.

Le travail en partenariat avec les personnes âgées et leurs proches fait partie de la formation des résidents et des stagiaires. Les proches aidants contribuent de façon active aux différentes interventions (observation, évaluation et approches comportementales) des SCPD et à la mise en œuvre du plan d'intervention, dans le respect des désirs et conditions de vie des personnes âgées.

a. Les principaux symptômes comportementaux associés et psychologiques associés à la démence (SCPD)

Au cours de l'évolution des troubles neurocognitifs majeurs (TNCM), pratiquement 90 % des personnes âgées présenteront à des degrés divers, un ou plusieurs SCPD. La plupart du temps, les SCPD apparaissent à la suite de besoins non identifiés ou non comblés que les personnes atteintes de SCPD ont de la difficulté à communiquer tels que le fait d'être inactif, d'avoir faim ou de s'ennuyer, des douleurs non soulagées, etc.

Voici la liste des SCPD les plus fréquents énumérés par ordre alphabétique : l'agitation, l'agressivité physique, l'agressivité verbale, l'anxiété, l'apathie, les comportements alimentaires inappropriés, les comportements moteurs aberrants, les comportements relatifs à l'élimination ou l'habillement inappropriés, les comportements socialement inappropriés, les cris répétitifs, la désinhibition sexuelle, la désinhibition verbale, l'errance, les hallucinations, les idées délirantes, l'oralité, les problèmes de sommeil (errance nocturne et inversion du cycle éveil-sommeil), le syndrome crépusculaire, le questionnement répétitif, la résistance aux soins, les rituels d'accumulation, les troubles de l'humeur (dépression, euphorie, irritabilité, labilité affective).

b. Quelques données concernant les SCPD

Les TNCM et les SCPD représentent un enjeu majeur pour les organisations de la santé et de services sociaux et pour les proches aidants. En 2015 dans le monde, on estimait que près de 46,8 millions de personnes vivaient avec un TNCM.

La question des troubles cognitifs liés au vieillissement s'est révélée de plus en plus préoccupante au cours des dernières années. D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé

(OMS) et l'Alzheimer's Disease International (ADI) recommandaient que la démence soit traitée en priorité.

Au Canada, les TNCM constituent la cause la plus importante d'invalidité chez les personnes âgées et engendrent actuellement des coûts de plus de 10,4 milliards de dollars par année. Sachant que pour le Canada la prévalence des TNCM est de 638 000 personnes atteintes en 2019 et passera à plus 987 000 de personnes en 2033, ces faits sont source d'une préoccupation majeure des gestionnaires et des intervenants de la santé et des services sociaux.

Avec le vieillissement accéléré de la population, cette problématique au Québec est aussi d'une ampleur importante. Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués de TNCM annuellement au Québec augmente rapidement. En 2008, près de 23 000 nouveaux cas ont été diagnostiqués. Le nombre de nouveaux diagnostics s'élèvera à plus de 45 500 en 2030. La prévalence croissante représente un défi de taille pour l'organisation des soins et des services à domicile et en CHSLD.

c. SCPD en CHSLD et RI-RTF

On compte au Québec, dans le continuum de l'hébergement de soins de longue durée, près de 40 000 places en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Environ 70 à 80 % des personnes âgées hébergées sont atteintes de TNCM. De plus, 90 % des personnes âgées avec un diagnostic de TNCM présenteront au cours de l'évolution de la maladie, des SCPD à des degrés divers.

De plus, au Québec, des ressources intermédiaires (RI) et des ressources de type familial (RTF) font partie du continuum de l'hébergement. Les établissements de santé et services sociaux sont responsables de la qualité des services et des soins offerts dans ces ressources. En 2019, on compte près de 9000 places destinées aux personnes âgées.

d. SCPD à domicile

Une personne âgée sur cinq (20 %) qui bénéficie des services à domicile a un diagnostic de TNCM. L'offre de soins et de services en soutien à domicile est en évolution, et ce, afin d'assurer une réponse adaptée au contexte actuel de la croissance démographique, du vieillissement de la population, ainsi qu'à la complexité des situations, dont la présence de SCPD.

Les SCPD altèrent la qualité de vie des personnes âgées et représentent un défi important pour les proches et les équipes de travail. À domicile, la présence des SCPD est associée au recours à l'urgence, à l'institutionnalisation, à l'épuisement et à la détresse des proches. Le soutien aux proches aidants est donc d'autant plus important.

e. La rencontre d'équipe SCPD en partenariat

La rencontre d'équipe est réalisée lorsque la personne âgée présente des SCPD qui entravent sa qualité de vie complique l'offre des soins et des services ou présente des éléments de dangerosité. Les SCPD que traitent les équipes sont jugés perturbateurs, dérangeants ou dangereux pour la personne âgée et son entourage.

Les objectifs de la rencontre d'équipe SCPD sont multiples :

- Synthétiser les informations essentielles concernant la personne âgée et la présentation des SCPD ;
- Structurer la discussion des intervenants avec proche aidant, et si possible la personne âgée, afin d'en arriver à une vision globale de la situation et de la présentation des SCPD ;
- Fixer des objectifs (des cibles) de diminution, voir l'extinction des SCPD et d'amélioration de la qualité de vie de la personne âgée et de son proche ;
- Sélectionner les interventions non pharmacologiques reconnues les plus adaptées, pertinentes et réalistes visant la diminution ou l'extinction des SCPD ;
- Sélectionner les interventions pharmacologiques reconnues les plus adaptées et pertinentes visant la diminution ou l'extinction des SCPD ;
- Répartir les interventions et les responsabilités entre les intervenants, selon les rôles et responsabilités de chacun, incluant le proche aidant, et si possible la personne âgée ;
- Constituer les outils de suivi du plan d'intervention SCPD.

L'AIS SCPD a pour objectifs de développer chez les résidents et les stagiaires la compétence de pratique collaborative en partenariat patient et l'expertise professionnelle dans le contexte clinique des SCPD.

À la fin de l'AIS SCPD, **le résident ou le stagiaire** est en mesure de :

- Identifier les usagers qui présentent des SCPD et dont la situation doit être discutée en équipe, incluant l'usager et ses proches ;
- Appliquer le processus clinique visant l'évaluation et le traitement des SCPD ;
- Utiliser de façon optimale les outils d'évaluation et d'intervention non pharmacologiques et pharmacologiques fondés sur les données probantes en matière de SCPD ;
- Collaborer de façon efficace avec les autres professionnels à l'évaluation et au suivi des SCPD, en s'assurant que chacun exerce son rôle de façon optimale (leadership) ;
- Travailler en partenariat avec les proches aidants, et si possible les personnes âgées, afin qu'ils contribuent de façon active à l'évaluation des SCPD et à la mise en œuvre du plan d'intervention, dans le respect de leurs désirs et conditions de vie, tout en leur apportant le soutien et les outils nécessaires

Les AIS se déroulent en quatre étapes soit :

1. Préparation à la rencontre d'équipe SCPD
2. Réalisation de la rencontre d'équipe SCPD en partenariat avec la personne âgée ou son proche
3. Suivi du plan d'intervention SCPD
4. Auto-évaluation réflexive de l'équipe sur l'AIS SCPD

1.Préparation à la rencontre d'équipe SCPD

a. Préparer la personne âgée et son proche

Un proche aidant ressource, un membre de l'équipe, le résident ou le stagiaire explique au proche aidant, et si possible la personne âgée, l'objectif de la rencontre SCPD, qui y participera et comment se déroulera la rencontre. Lorsque le résident ou le stagiaire est appelé à préparer le proche aidant, et si possible la personne âgée, le superviseur s'assure que le résident ou le stagiaire adapte les consignes suivantes ;

- il crée un climat de confiance avec le proche aidant, et si possible la personne âgée et prend le temps de gérer l'anxiété de ceux-ci devant la tâche à réaliser ;
- il prend le temps de lire avec proche aidant, et si possible la personne âgée, le [dépliant](#) SCPD destiné aux usagers de son établissement. Si le dépliant n'existe pas dans le milieu de stage, les résidents ou les stagiaires pourront se le procurer dans la boîte à outils du DMFMU de l'Université de Montréal ;
- il remet le dépliant SCPD au proche ;
- il explique l'importance de bien communiquer. Il aide le proche aidant, et si possible la personne âgée à formuler les différentes observations sur les SCPD présentés par la personne âgée, à exprimer son vécu et à parler des expériences passées, des attentes et des objectifs ;
- il aide à faire le choix de 2 ou 3 attentes, besoins, préoccupations en regard des SCPD qui pourront être discutés avec l'équipe ;
- il évalue avec le proche aidant, et si possible la personne âgée, le désir et la capacité de s'impliquer dans la planification et la gestion des soins et services en regard des SCPD et de devenir ainsi un membre à part entière de l'équipe ;
- il informe le proche aidant, et si possible la personne âgée des différentes étapes reliées à l'observation, l'évaluation et aux différentes approches non pharmacologique et pharmacologique reliées aux SCPD. Ils discutent des rôles des différents membres de l'équipe.

Si pertinent, il demande au proche aidant, et si possible la personne âgée, quels sont les intervenants qu'elle souhaite voir participer à la réunion SCPD et si elle désire la présence d'un proche aidant ressource.

b. Préparation des résidents et des stagiaires

Une préparation rigoureuse est essentielle. Les superviseurs doivent s'assurer que les résidents et les stagiaires ont recueillis auprès du proche aidant, et si possible la personne âgée et des membres de l'équipe impliqués, les informations spécifiques à la présentation des SCPD.

Pour être en mesure de contribuer de façon significative et éclairée aux échanges qui se tiendront lors de la rencontre SCPD, les résidents et les stagiaires ont recueilli les informations suivantes et doivent en faire une synthèse au dossier de la personne âgée.

- La description du parcours de la personne âgée : l'histoire qui a conduit à requérir des soins et services au domicile ou à l'hébergement. Identifier les habitudes antérieures (auprès de proches, infirmière ou travailleur social) ;
- Les antécédents médicaux ou psychosociaux pertinents qui peuvent avoir une influence sur la présentation des SCPD ;
- Les évaluations relatives aux causes possibles des SCPD (bilan sanguin récent, profil de médicaments, douleurs, besoins compromis, etc.) à obtenir auprès du pharmacien, médecin, infirmière, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou auxiliaire, etc. ;
- Les choix, les volontés, les besoins, les préoccupations et les attentes du proche aidant, et si possible la personne âgée. Il est important d'ajuster les communications au niveau de littératie des personnes ;
- Lorsque la manifestation des SCPD est reliée à la dispensation des soins et des services, il est important que le résident ou le stagiaire puisse observer la personne âgée en situation de dispensation de soins. À titre d'exemple, lors des soins hygiène ou de l'administration des médicaments, être en mesure d'identifier l'approche utilisée par le personnel ;
- Le résident ou le stagiaire peut aussi compléter la cueillette de données auprès des membres de l'équipe ou à domicile. Il complète ou consulte les grilles d'observation des comportements utilisées à l'unité ou à domicile.

Le résident ou le stagiaire complète au besoin, ses recherches individuelles à l'aide de la littérature scientifique.

Le résident ou le stagiaire comprend que les SCPD sont souvent socialement déroutants et qu'ils engendrent souvent de la honte, des peurs et même de la culpabilité chez les proches.

c. Le processus clinique recommandé

Pour s'assurer d'une conformité aux bonnes pratiques du réseau de la santé et des services sociaux, les superviseurs, les résidents et les stagiaires sont référés aux documents du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) sur les SCPD, en plus des documents déjà existants dans le milieu de stage. À partir d'un consensus d'experts, ces documents proposent un processus clinique précis visant l'évaluation et traitement des SCPD en première ligne. Les outils adaptés et validés auprès de la population âgée du Québec sont également disponibles. Des références et des modes de réflexion sont proposés pour les approches non pharmacologiques. Les superviseurs avec les résidents et les stagiaires seront en mesure d'adapter et de personnaliser les interventions à la personne âgée selon sa situation de vie.

Ces documents ont été conçus pour les équipes des GMF. Cependant, la très grande majorité des connaissances mises en lumière sont aussi applicables auprès des personnes âgées vivant à domicile, en RTF, en RI et même en CHSLD.

- Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001073/>

- Outils d'observation et d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes psychologiques et comportementaux

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001083/>

- Approches non pharmacologiques visant le traitement des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence

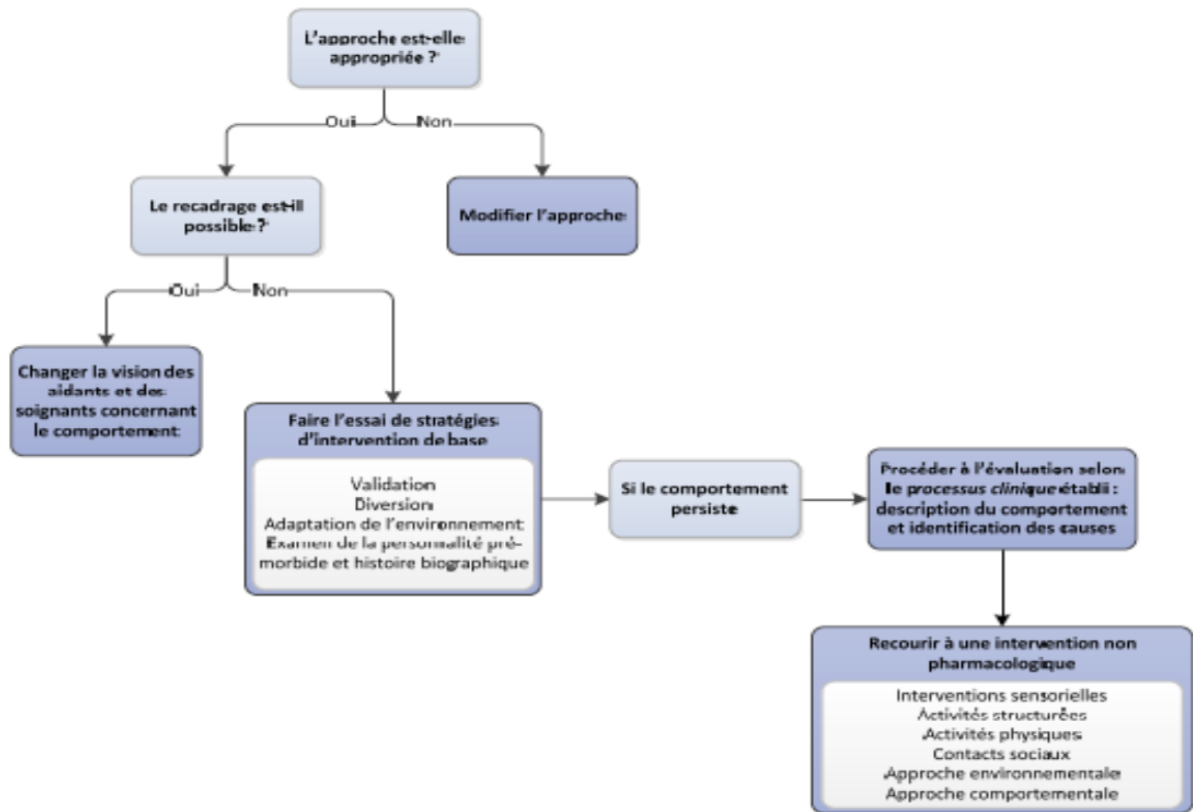
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001081/>

- Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001082/>

Dans certains cas, le résident ou le stagiaire doit procéder à une investigation plus approfondie de l'histoire de la personne âgée. Certains livres et films grand public permettent une meilleure compréhension du vécu des personnes âgées et des proches, en contexte de TNCM et de SCPD (voir référence).

Si le comportement n'engendre pas de détresse ni de dangerosité pour la personne âgée ou pour autrui, il importe que le superviseur, le résident ou le stagiaire travaille sur la perception des proches et des intervenants, de même que sur leurs propres malaises. En résumé, le résident ou le stagiaire doit aider l'équipe ou les proches à changer leur vision concernant le comportement manifesté par la personne âgée. Ainsi, pour mieux comprendre la démarche de recadrage, le résident ou le stagiaire sont invités à consulter.

<http://capsulesscpd.ca/>



Source : M. Bourque et P. Voyer, 2013, p. 471 [5]. Le présent schéma a été adapté.

Si l'équipe de soins détermine que l'approche auprès de la personne âgée n'est pas adaptée, il faut modifier l'approche. À l'aide de l'arbre décisionnel, le superviseur guide le résident et le stagiaire par le questionnement suivant :

Est-il possible d'intervenir avec d'autres stratégies ?

De plus, l'INESSS propose pour les équipes de la première ligne des outils de repérage et d'appréciation des SCPD qui sont fort utiles en SAD. Les résidents et les stagiaires doivent connaître ces outils, dans le cadre de leur préparation à la rencontre SCPD.

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_DocumentSynthese_Reperage_diagnostic_annonce_suivi.pdf

Les superviseurs, médecin, pharmacien et infirmière, doivent faire connaître aux résidents et stagiaires le projet panquébécois intitulé Optimisation des pratiques, des usages, des soins et des services — Antipsychotiques (OPUS-AP) en déploiement dans les CHSLD du Québec. Ces derniers doivent s'approprier :

- L'état des connaissances actuelles lié à l'usage des antipsychotiques ;
- Connaître le processus de déprescription des antipsychotiques ;
- Comment exercer un leadership auprès des proches et de l'équipe.

<https://www.fcass-cfhi.ca/OurImpact/improvement-conversations/opus-ap>

Le superviseur doit observer directement le résident ou le stagiaire en interaction avec la personne âgée atteinte de TNCM et présentant des SCPD. Pour ce faire, il utilise la grille d'observation relationnelle SCPD. Par la suite, il doit donner une rétroaction au résident ou au stagiaire. La grille est disponible dans la boîte à outils.

<https://medfam.umontreal.ca/ressources/equipe-de-direction-du-departement/boite-a-outils-sapa/sapa/activites-interprofessionnelles-en-stage-clinique-ais/symptomes-comportementaux-et-psychologiques-lies-a-la-demence-scpd/>

2. Réalisation de la rencontre d'équipe SCPD en partenariat avec la personne âgée et son proche

La rencontre SCPD permet d'identifier des moyens pour diminuer les SCPD et ainsi améliorer la qualité de vie de la personne âgée.

C'est également l'occasion de soutenir le proche aidant dans l'accompagnement de la personne présentant des SCPD.

À domicile, la rencontre d'équipe SCPD en partenariat avec le proche aidant, et si possible la personne âgée est réalisée lorsque la personne âgée présente des SCPD qui entravent sa qualité de vie ou celle de son proche, compliquent l'offre des soins et des services ou présentent des éléments de dangerosité. La rencontre d'équipe SCPD à domicile sera tenue en présence de peu d'intervenants. Il revient à l'intervenant pivot, le proche aidant, et si possible la personne âgée d'établir la liste des participants à la rencontre SCPD.

En CHSLD, cette rencontre se tient environ 4 à 6 semaines après l'admission en même temps que la rencontre PII. Ce délai de quelques semaines permet à la personne âgée de s'adapter à son nouveau milieu de vie, et à l'équipe de bien observer la présentation des SCPD. La tenue de la rencontre SCPD se réalise également dès que la personne âgée présente des SCPD qui entravent sa qualité de vie compliquent l'offre des soins et des services ou présentent des éléments de dangerosité.

Alors que les professionnels détiennent des savoirs scientifiques et techniques, le proche aidant partenaire, quant à lui, possède des savoirs expérientiels de sa vie avec la personne âgée et de sa situation psychosociale.

Proche aidant et professionnels, en tant que partenaires, travaillent à améliorer le mieux-être de la personne âgée

Cette rencontre permet aussi l'exposition aux savoirs expérientiels du proche aidant, et si possible la personne âgée en matière de SCPD. Par exemple, qu'est-ce que le proche aidant a développé comme stratégie pour faire face aux comportements de fugue de la personne âgée, ou ses difficultés de sommeil. L'équipe a besoin de ces savoirs pour exercer son expertise de façon optimale.

a. Lorsque le résident ou le stagiaire anime la rencontre d'équipe SCPD

L'animateur (idéalement formé aux principes et à l'exercice du partenariat avec la personne âgée et son proche) parmi les intervenants présents doit assurer le bon déroulement de cette rencontre SCPD. Si le résident ou le stagiaire anime la rencontre, voici les points que le superviseur doit observer :

- accueillir la personne âgée ou son proche chaleureusement et lui propose de s'asseoir de telle façon qu'il soit dans son champ de vision pour être attentif à ses réactions verbales et non verbales ;
- présenter l'objectif de la rencontre SCPD et demande aux participants de se présenter ;
- rappeler les règles de fonctionnement (temps alloué, étapes, droit de parole, responsable de prendre les notes, etc.) ;
- inviter le proche aidant, et si possible la personne âgée à exprimer ses besoins, ses préoccupations, ses choix, ses volontés, ses observations et ses attentes ;
- inviter le médecin à présenter la liste des problèmes de santé qui pourraient avoir une incidence sur les SCPD ;
- demander à tour de rôle à chacun des intervenants de présenter les informations pertinentes sur la présentation des SCPD et sur les stratégies les plus efficaces ;
- soutenir l'équipe, y compris le proche aidant, et si possible la personne âgée, dans la formulation des approches non pharmacologiques à mettre à l'essai afin de diminuer ou d'éliminer les SCPD ; les approches et les stratégies sont axées sur le mieux-être, la qualité de vie de la personne âgée, sur la prévention et la sécurité de tous ;
- inviter le pharmacien et le médecin à présenter les approches pharmacologiques généralement de façon temporaire ;
- s'assurer de la bonne compréhension du proche aidant, et si possible la personne âgée des éléments discutés et que les décisions prises avec elle lui conviennent (éviter les acronymes) ;
- permettre d'établir en équipe les interventions qui seront mises en place. Il est important de limiter les interventions sur une cause ou un comportement, à la fois. Donc il faut déterminer un ordre de priorité, s'il y a lieu ;
- s'assurer de la répartition optimale des tâches et des responsabilités à faire, y compris celles de la personne âgée ou le plus souvent du proche, en lien avec les approches et stratégies retenues ;
- préciser la date de la révision du plan SCPD et de la prochaine rencontre, s'il y a lieu ;
- formuler une synthèse en résumant l'information partagée, tout en faisant ressortir les forces et les compétences de la personne âgée et de son proche ;
- favoriser, si nécessaire, un arbitrage harmonieux entre les points de vue de la personne âgée, son proche et ceux des différents intervenants, en s'assurant de l'application des valeurs de respect, d'ouverture, d'égalité et d'équité.

Finalement, l'animateur s'assure que le plan est rédigé et qu'il sera déposé au dossier. (Voir formulaires de plans d'intervention utilisés dans le milieu de stage, tel que :

Le Plan d'intervention 24 h/24 et 7jours/7 ;

Plan SCPD, un Plan de travail pour le personnel au chevet PAB et ASSS ;

Au SAD, le plan SCPD, une copie du plan d'intervention reste à domicile.

b. La personne âgée et le proche

Il faut favoriser la participation de la personne âgée qui présente des SCPD en tout temps. Cependant avec ces personnes, il faut toujours tenir compte de la gravité des atteintes. Il ne faut pas que sa participation engendre des manifestations anxieuses ou une exacerbation d'autres symptômes. Le proche est plus fréquemment mis à contribution lors des rencontres SCPD.

Comprenant ce qu'est une rencontre SCPD, le proche :

- transmet des observations qui peuvent être utiles à l'élaboration du plan SCPD ;
- partage avec les autres membres de l'équipe, les conditions de vie particulières qui font en sorte que le plan SCPD proposé demeure réaliste ;
- exprime quelques objectifs, désirs, attentes ou besoins en lien avec la diminution des SCPD ;
- identifie et fait valoir ses compétences propres dans l'application quotidienne des mesures qui sont discutées en rencontre ;
- mets à profit les compétences des intervenants présents à la rencontre SCPD et comprends comment il peut collaborer ;
- prends sa place lors de la rencontre d'équipe SCPD : intervient dans la discussion afin d'exprimer son point de vue ou partager ses observations, au même titre que les intervenants souvent familiers à ces discussions d'équipe.

c. Le proche aidant ressource

Accueille la personne âgée ou son proche, les accompagne à la table de réunion d'équipe et s'assoit près d'eux.

S'abstient d'intervenir à la place de la personne âgée ou de son proche. Dans la plupart des cas, le proche aidant ressource demeurera silencieux tout au long de la rencontre SCPD.

Le proche aidant ressource n'intervient au cours de la réunion que pour rappeler un point qualifié d'important lors de la rencontre préparatoire et qui passerait sous silence durant la réunion d'équipe.

S'il arrive que l'un ou l'autre membre de l'équipe interpelle le proche aidant ressource, c'est avec la plus grande prudence que ce dernier rappellera que sa présence n'est justifiée à cette réunion que pour accompagner et faciliter l'expression de la personne âgée ou son proche.

En aucun cas, il ne devrait se permettre d'évaluer ni l'état de la personne âgée ou de son proche, ni les décisions prises de concert avec eux.

d. Le résident ou le stagiaire

Le résident ou le stagiaire doit pouvoir témoigner, lors de cette rencontre, de la rigueur de sa préparation. Son expertise s'appuie sur une démarche de cueillette de données, d'observations, d'analyse et d'évaluation spécifiques à sa profession et conforme aux normes des meilleures pratiques.

En préparation à la rencontre SCPD, le résident ou le stagiaire doit consulter les documents produits par le MSSS ou l'INESSS et connaître les documents existants dans son milieu de stage.

Le résident ou le stagiaire en pharmacie doivent aussi consulter le document sur les approches pharmacologiques visant le traitement des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence et en discuter avec le proche aidant, et si possible la personne âgée et les membres de l'équipe.

Le résident ou le stagiaire pourra, lors de la rencontre SCPD, entendre, explorer et tenir compte des compétences des autres professionnels, le proche aidant, et si possible la personne âgée et collaborer avec eux.

e. Le superviseur

Le superviseur est présent à la rencontre. Il s'assoit en retrait, pour bien observer le résident ou le stagiaire. Ses observations porteront en autres sur :

- le niveau de préparation du résident ou du stagiaire ;
- la capacité de travailler en partenariat avec la personne âgée ou son proche (prendre en compte le vécu expérientiel, chercher l'avis du proche aidant, et si possible la personne âgée, les faire participer aux réflexions et décisions, susciter leur collaboration pour le suivi, etc.)
- la qualité de la communication avec la personne âgée ou son proche, l'adaptation au niveau de littératie, la validation de la compréhension et l'accueil fait aux émotions ;
- la compréhension adéquate des différents rôles et responsabilités des membres de l'équipe ;
- la capacité du résident ou stagiaire à travailler en collaboration avec les membres de l'équipe, le proche aidant, et si possible la personne âgée ;
- le leadership exercé pendant la rencontre, dont les bonnes interventions au bon moment ;
- les informations transmises pendant la rencontre (complètes et pertinentes) ;
- le chemin parcouru dans l'acquisition des connaissances en lien avec les SCPD ;

- l'acquisition des connaissances liées à l'usage approprié des médicaments, dont les antipsychotiques.

À noter que le superviseur n'intervient habituellement pas durant la rencontre sauf si des éléments essentiels n'auraient pas été abordés.

f. Rétroaction sur la rencontre d'équipe SCPD avec tous les participants

Lorsque la rencontre d'équipe SCPD est terminée, un retour réflexif de l'équipe comprenant le proche aidant, et si possible la personne âgée, le résident ou le stagiaire est réalisé afin de développer les habiletés de tous aux pratiques collaboratives en partenariat et d'intégrer les connaissances de base sur les SCPD. Cet exercice doit se faire avec la plus grande humilité et dans le seul but de proposer un lieu réflexif de rétroaction productive, d'apprentissage et d'amélioration continue.

Le retour réflexif à la fin de la réunion a pour but d'améliorer la qualité du processus et de favoriser le développement des membres de l'équipe sur les pratiques collaboratives en partenariat avec la personne âgée et son proche.

Voici les attentes pour l'animateur du retour réflexif de la rencontre SCPD :

- il doit vérifier auprès du proche aidant, et si possible la personne âgée s'ils conviennent de participer à cet échange et s'ils en comprennent le sens.
- il accorde une attention spéciale au proche aidant, et si possible la personne âgée quant à ce genre de rétroaction sur le fonctionnement d'une équipe en réunion ;
- il lui rappelle que dans une perspective de partenariat, les autres membres de l'équipe ont besoin de son point de vue, afin de mieux adapter leurs interventions, améliorer leurs pratiques et modes de communication.
- il précise le temps imparti à la séance de rétroaction dès le départ (maximum 10 à 15 minutes) ;
- il invite chacun à partager son expérience vécue lors de la rencontre d'équipe SCPD et de sa préparation avec les trois questions suivantes :
 1. De quelle façon le déroulement de la réunion vous a-t-elle permis de répondre aux besoins/attentes de la personne âgée ou de son proche en matière de SCPD ?
 2. Quels éléments nouveaux avez-vous appris en travaillant ensemble et qui favorisent une meilleure compréhension des SCPD de la personne âgée (conséquences de la co-construction) ?
 3. Comment peut-on améliorer la prochaine rencontre d'équipe SCPD ?

- il s'assure que tous les participants se sont exprimés.

Lors de cette rétroaction, chacun exprime ses réactions en utilisant le « je » et évite de porter des jugements. Les accusations ou procès d'intention sont exclus de la discussion. À la place, il peut être intéressant de demander à clarifier ce qu'une personne vise par telle ou telle intervention, plutôt que de qualifier cette intervention.

3. Suivi du plan SCPD

À cette étape, le résident ou le stagiaire, son superviseur, les membres de l'équipe, le proche aidant, et si possible la personne âgée, s'il y a lieu, sont mis à contribution dans la mise en place des approches, des stratégies et des interventions identifiées lors de la rencontre SCPD.

S'il y a lieu, le résident ou le stagiaire, s'assure d'informer l'équipe de soin travaillant en lien direct avec la personne âgée des approches, des stratégies et des interventions choisies et décrites au plan SCPD.

Identifier les éléments qui requièrent un suivi particulier à titre d'exemple désinhibition sexuelle ;

Transmettre les directives précises à l'équipe de soins ;

Informers l'équipe des changements de médication ;

Il est parfois nécessaire de créer en équipe des outils de suivi adaptés au cas particulier et au milieu pouvant être utilisés par tous.

Ne pas oublier d'éviter le dédoublement des interventions.

Le résident ou le stagiaire doit documenter les résultats observés au dossier médical.

Le résident ou le stagiaire se rend disponible aux membres de l'équipe incluant la personne âgée (si possible) et le proche.

Le résident ou le stagiaire participe à la révision du plan d'intervention SCPD selon l'échéance prévue. Il sera préparé, aura utilisé les outils d'évaluation recommandés, afin de valider l'efficacité des approches, des stratégies et des interventions pharmacologiques mises en place.

Il est important pour les résidents et les stagiaires impliqués dans le suivi d'un plan SCPD, d'établir au préalable entre eux la meilleure façon de fonctionner et de l'adapter à leur milieu, selon les moments de présence de chacun.

4. Auto-évaluation réflexive sur l'AIS SCPD

a. Auto-évaluation réflexive des résidents et des stagiaires sur l'AIS SCPD

Après la rencontre SCPD et le retour réflexif de l'équipe, le résident ou le stagiaire remplit le formulaire d'auto-évaluation réflexive à l'AIS SCPD, spécifique à sa profession.

Il échange avec son superviseur de stage sur les différents items de celle-ci et identifie les habiletés qu'il voudrait développer davantage lors de la poursuite de son stage.

Le rôle des superviseurs lors de l'évaluation :

- il fait un retour sur la rencontre d'équipe SCPD avec le stagiaire : lui demander ses commentaires, ce qu'il a observé et appris ;
- il donne une rétroaction concernant la note synthèse rédigée au dossier de la rencontre SCPD, ;
- il demande au stagiaire de suivre l'évolution des SCPD de la personne âgée chaque fois qu'il est présent à l'UFCI-U ;
- il aide le résident ou le stagiaire à identifier les éléments sur lesquels il doit approfondir ses connaissances (les TNCM, l'analyse des comportements, les médicaments, son approche relationnelle avec la personne âgée présentant des SCPD, etc.) ;
- il aide le résident ou le stagiaire à fixer ses objectifs d'amélioration pour les prochaines rencontres d'équipe SCPD et son approche relationnelle avec les personnes âgées présentant des SCPD ;
- il discute avec le résident ou le stagiaire de la possibilité de faire une réunion d'équipe SCPD dans d'autres contextes cliniques : GMF-U, GMF, R. I., hospitalisation, UCDG, URFI, etc.

b. Auto-évaluation réflexive de la personne âgée et du proche sur l'AIS SCPD

Après la rencontre d'équipe SCPD et du retour réflexif de l'équipe, le proche aidant, et si possible la personne âgée peut, s'il le souhaite, réfléchir avec le proche aidant ressource ou un professionnel de l'équipe sur son rôle de partenaire avec le résident ou le stagiaire et les intervenants de l'équipe. Ceci permet lui permet de développer ses habiletés de partenaire et d'identifier l'aide dont il aura besoin, le cas échéant.

ANNEXE 1 : DÉFINITION DES TERMES

Approche de base

Elle consiste à adapter les stratégies de communication verbale et non verbale, l'environnement physique ou social et le rythme des soins aux besoins et déficits cognitifs d'une personne qui présente un trouble neurocognitif majeur (TNCM). Cette approche inclut notamment les principes de communication de base et des stratégies telles que la validation, la diversion, l'écoute active adaptée, la stratégie décisionnelle, le toucher et la gestion du refus. (INESS, 2017)

Co-construction

Mode de collaboration entre usagers et professionnels, fondé sur la complémentarité des expertises et des savoirs expérientiels de chacun et sur un leadership partagé, en vue de réaliser une activité conjointe à partir d'une compréhension commune de la finalité visée et de la démarche à employer.

Expertise de vivre avec la maladie (savoirs expérientiels de l'usager)

Ensemble des savoirs tirés des situations vécues avec la maladie, qui ont eu un impact pour l'usager, tant sur ses façons de prendre soin de lui, d'interagir avec les intervenants, que sur sa manière d'utiliser les services de santé et les services sociaux.

Littératie

La littératie réfère à l'ensemble des habiletés nécessaires pour trouver, comprendre, utiliser et communiquer l'information dans différents domaines.

Littératie en santé

La littératie en santé est la capacité pour des individus de repérer, comprendre, évaluer et communiquer de l'information pour être capables de composer avec les divers contextes de santé afin de promouvoir la santé tout au long de leur vie. La littératie en santé est aussi la capacité d'une personne à identifier son besoin d'information, à obtenir cette information et à l'utiliser pour prendre des décisions éclairées en lien avec sa santé.

Partenariat patient en santé et services sociaux

Relation de collaboration égalitaire entre les partenaires que sont le patient, ses proches aidants et les intervenants, les gestionnaires et les décideurs des services de santé et des services sociaux.

Cette relation s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages qui favorise l'auto-détermination du patient (choix de santé libres et éclairés) et l'atteinte de résultats optimaux en fonction du contexte spécifique du patient.

Fondée sur la complémentarité des savoirs de toutes les parties, cette relation consiste pour les partenaires à planifier, à coordonner les actions et à intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie du patient.

Le partenariat s'exerce aussitôt qu'un intervenant entre en relation avec le patient et que s'installe entre eux une relation de collaboration, de reconnaissance mutuelle des savoirs, avec le souci d'une habilitation progressive du patient à prendre sa situation de santé en main. En ce sens, patient et intervenant forment une équipe.

Pratique collaborative

Processus dynamique d'interactions sous forme d'échanges d'information, d'éducation, de prise de décisions partagées. Pratique qui interpelle toute l'équipe de soins et de services engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisés, intégrés et continus. Les objectifs visés sont d'orienter l'organisation des soins et des services autour du projet de vie de l'utilisateur et de favoriser l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé.

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

Les SCPD englobent les symptômes de perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement qui apparaissent fréquemment chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs. Parmi ces troubles, on retrouve notamment, les hallucinations, les illusions, les idées délirantes, l'anxiété et la dépression, ou encore l'errance, l'agitation verbale et motrice, les comportements agressifs ou la résistance aux soins.

Trouble neurocognitif majeur

Les troubles neurocognitifs majeurs (TNM) correspondent à une nouvelle nomenclature proposée qui réfère à la démence, délirium, troubles amnésiques et autres troubles cognitifs. Les TNM sont généralement dus à la maladie d'Alzheimer, aux maladies vasculaires cérébrales, la maladie à corps de Lewy, à la maladie de Parkinson ou la démence frontotemporale. Il existe aussi des TNM dus à d'autres affections médicales ou d'étiologies multiples. (DSM 5)

RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association. (2013). DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd. rév. ; traduit par M.-A. Crocq et J.-D. Guelfi). Paris, France : Elsevier Masson.

Dre Paule Lebel (2017, mai) Les Unités de formation clinique interprofessionnelle (UCFI) en soins à domicile en partenariat avec les usagers et leurs proches : pour des soins à domicile accessibles, de qualité et performants. Communication au Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile des aînées. Palais des congrès, Montréal.

Édith Fournier (2007). La mère d'Édith, L'Alzheimer en trait d'union : Édition de l'homme

Marité Villeneuve (2005). Je veux rentrer chez moi, récit d'un accompagnement : Fides

Édith Fournier (2007). J'ai commencé mon éternité, survivre au déclin de l'autre : Édition de l'homme

Marie-Claude Breton, Gabriel Carpentier, Gaëlle Gernigon, Geneviève Robitaille, Sybille Saury et Annie Tessier (2017). Usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Repéré sur le site de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) : URL

Groupe d'experts sur la santé de la population (2016) Prévalence et coûts financiers des maladies cognitives au Canada, Société Alzheimer du Canada : URL

Direction générale des services sociaux (2016) Cadre de référence Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial., Gouvernement du Québec URL

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux (2014) Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Bibliothèque et Archives Canada,

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux (2014). Outils d'observation et d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes psychologiques et comportementaux, Bibliothèque et Archives Canada,

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux (2014). Approches non pharmacologiques visant le traitement des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence. Bibliothèque et Archives Canada,

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux (2014). Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence. Bibliothèque et Archives Canada,

La maladie d'Alzheimer (MA) et les autres troubles neurocognitifs (TNC) : Document synthèse : repérage, diagnostic, annonce et suivi. (Mise à jour 2017). Repéré sur le site de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Caroline Colette et Geneviève Robitaille (2015). Repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs. Repéré sur le site de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) : URL

Richard EYRE. (Producteur) (2001). Iris, long métrage, Britannique

Ignacio Ferreras (producteur) (2013) La tête en l'air. Animation, Espagnol

Yan England (Réalisateur) (2011) court métrage, Québécois

Roger Frappier et Félize Frappier (producteurs), Mathieu Roy (réalisateur) et Mathieu Roy et Michael Ramsay (scénaristes). (2013) L'autre maison, Drame, Québec, Max Film.