

Table des matières

Déficits sensoriels et cognitifs

Déficit auditif_ Intervention clinique

Déficit auditif_ Recommandations

Déficit visuel_ Intervention clinique

Déficit visuel_ Recommandations

Déficit cognitif_ Intervention clinique

Déficit cognitif_ Recommandations



Déficits sensoriels et cognitifs

Le bilan propose des interventions cliniques pour les trois déficits suivants : 1) déficit auditif; 2) déficit visuel; 3) déficit cognitif. Ces interventions concernent principalement les personnes âgées de 65 ans et plus, vivant à domicile, et qui ne présentent pas de symptômes identifiés ni maladie préétablie liés à l'audition, à la vision ou aux fonctions cognitives.

Le bilan de santé se veut une occasion pour la personne de faire le point sur sa santé et son bien-être ainsi que sur les facteurs pouvant l'affecter. Le vieillissement normal s'accompagne de changement physiologique au plan auditif, visuel et cognitif. Dans ce contexte, les interventions proposées visent à aider les personnes âgées de 65 ans et plus à améliorer ou à maintenir leurs fonctions sensorielles et leur santé cognitive.

Les interventions permettent également d'identifier les personnes présentant des signes suggestifs d'une atteinte auditive ou visuelle ainsi que celles souffrant de déficits cognitifs incompatibles avec le vieillissement normal. Selon les conditions détectées, les personnes seront orientées, le cas échéant, vers les ressources appropriées, notamment afin de poursuivre l'investigation.



DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS

Déficit Auditif

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

Chez les adultes âgés de 65 ans et plus, [vérifier la présence d'un problème auditif](#)

Chez les personnes qui pensent avoir un problème auditif, poursuivre le dépistage des problèmes auditifs, soit :

- En utilisant un des tests suivants (tester les 2 oreilles)
 - Question chuchotée alors que l'examineur est hors du champ visuel de la personne
 - Friction des doigts ou tic-tac d'une montre près de l'oreille
- En complétant le [questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition](#)

Chez les personnes dont le dépistage des problèmes auditifs est positif, s'assurer d'utiliser des [stratégies de communication](#) adaptées à la condition de la personne

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- Chez tous les adultes :
 - Counseling bref, s'il y a lieu, sur la [prévention de la perte d'audition](#) due au bruit
- Chez les adultes âgés de 65 ans et plus se plaignant de diminution auditive et chez ceux qui entendent bien mais qui « n'ont plus l'oreille de leurs 20 ans » :
 - Counseling, s'il y a lieu, sur les [stratégies pour favoriser une bonne communication verbale](#)

Initier des mesures thérapeutiques (sans ordonnance collective)

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

- IPSPL
- Médecin

- Personnes âgées de 65 ans et plus présentant un problème auditif qui nécessite un diagnostic ou un traitement

[Ressources spécialisées](#)

- Audiologiste
- Centre de réadaptation en surdité

- Personnes âgées de 65 ans et plus présentant un problème auditif qui nécessite une évaluation auditive ou de l'aide

Suivi assuré par l'infirmière

(ne s'applique pas)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- SITE WEB. *Bruit et société* (information sur les conséquences du bruit notamment sur la santé et l'audition).
<http://www.bruitsociete.ca/fr-ca/accueil.aspx>
- SITE WEB. *Société canadienne de l'ouïe* (information sur les soins auditifs).
<http://www.chs.ca/fr/node/58>

Formations suggérées à l'infirmière

(ne s'applique pas)

Ressources utiles à l'infirmière

- GUIDE DE PRATIQUE. Caron H. *Guide du professionnel de la santé et de l'intervenant auprès de la personne âgée ou adulte ayant des problèmes d'audition*. Institut Raymond-Dewar; 2014. p. 1-59.
http://raymond-dewar.qc.ca/uploads/images/IRD/PDF/guide_du_professionnel_helene_caron.pdf
- OUTIL CLINIQUE. *Questionnaire de dépistage interactif - Questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition*. Institut Raymond-Dewar.
<http://raymond-dewar.qc.ca/questionnaire-de-depistage-difficultes-d-ecoute-d-audition/>
- SITE WEB. Voyage au centre de l'audition (Information aux professionnels sur l'audition et la presbycusie).
<http://www.cochlea.eu/pathologie/presbycusie>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Vérifier la présence d'un problème auditif

- Question de dépistage suggérée :
« Est-ce que vous ou vos proches avez remarqué des signes pouvant révéler que vous présentez des problèmes d'audition, par exemple faire répéter ou avoir de la difficulté à entendre lorsqu'il y a du bruit ambiant? »

Questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition « Entendez-vous bien? » :

- Validé scientifiquement
- Peut être complété par la personne elle-même ou avec la personne en clinique. Dans ce cas, l'infirmière doit lire la question telle quelle, sans essayer d'expliquer la question en d'autres mots ou de l'interpréter
 - Voir questionnaire ci-après ou accéder au questionnaire électronique interactif
<http://raymond-dewar.qc.ca/questionnaire-de-depistage-difficultes-d-ecoute-d-audition/>
- Interprétation des résultats : le résultat est positif si le total des points est supérieur à 14

Stratégies pour favoriser une bonne communication verbale

- Le professionnel – Approche auprès d'une personne dont le dépistage du déficit auditif est positif :
 - Se rapprocher de la personne et lui faire face pour permettre la lecture labiale
 - Annoncer le sujet de la conversation
 - Parler lentement et distinctement en utilisant des phrases courtes et simples
 - S'assurer que la personne a compris en lui posant des questions
 - Si la personne n'a pas compris, répétez; si le message demeure incompris, reformulez-le en utilisant d'autres mots (la perte des hautes fréquences liée à la presbycusie fait en sorte que certaines syllabes sont moins bien perçues)

- La personne – Mesures à suggérer à la personne ayant une difficulté d’audition :
 - Éliminer le bruit ambiant (télévision, fenêtres, fermer portes au besoin)
 - Avertir son entourage qu’elle a des problèmes d’audition
 - Demander le sujet de la conversation
 - Si la personne n’a pas compris :
 - Dire ce qu’elle a compris (ne pas faire semblant d’avoir compris)
 - Demander de répéter lentement
 - Demander à son interlocuteur de s’exprimer en d’autres mots, d’écrire les mots clés (le problème d’audition lié à l’âge fait en sorte que certaines syllabes sont mal comprises)
- Pour faciliter la lecture sur les lèvres, l’interprétation des expressions et des gestes :
 - Se rapprocher de la personne qui lui parle (3-5 pieds ou 1-1,5 mètre) et se placer face à cette personne
 - Inviter son entourage à ne pas lui parler d’une autre pièce ou de dos
 - Porter attention à l’éclairage; être dos à la lumière et à la fenêtre
- Utiliser son (ses) aide(s) auditive(s)
- Se rappeler qu’il est plus difficile de comprendre quand on est fatigué, malade ou sous l’effet de médicaments

Prévention de la perte d’audition due au bruit

- Perte d’audition due au bruit (PADB) :
 - Parmi les principales causes de perte auditive
 - Peut survenir suite à une exposition unique à un bruit très fort (ex : explosion) ou, plus fréquemment, résulte du cumul d’une longue surexposition à des bruits moyens à forts (ex : machines industrielles, musique)
 - PADB est cumulative, permanente, et irréversible
 - Moyens de prévention : l’adoption d’habitudes d’écoute sécuritaires peut éviter un dommage à long terme
 - Les effets indirects du bruit sur la santé sont bien démontrés scientifiquement par ex. : augmentation du risque de maladie cardiovasculaire, effets négatifs sur l’humeur, le sommeil, le rendement, la lecture et la mémorisation
- Signes avant-coureurs d’exposition excessive (intensité ou durée) au bruit :
 - Tintement ou bourdonnement dans les oreilles
 - Impression « d’assourdissement » des sons
 - Difficulté à comprendre les paroles des personnes
 - Difficulté à suivre des conversations sur un bruit de fond
- Mesures préventives :
 - Baisser le volume des baladeurs numériques (ex : MP3, iPod), de la télévision, des autoradios, etc.
 - Porter des bouchons d’oreille aux concerts, aux épreuves sportives, en boîte de nuit et dans les milieux de travail bruyants
 - Porter des accessoires de protection pendant des activités telles que tonte de la pelouse, chasse, tir à la cible, etc. (se boucher les oreilles avec des mouchoirs en papier est inutile)
 - S’éloigner des sources de bruits très forts
 - Passer moins de temps dans les milieux bruyants et laisser ses oreilles se reposer

- Repos de l'oreille :
 - Un son fort présenté à l'oreille peut entraîner des dommages temporaires ou permanents
 - Repos sonore : temps, suite à une exposition, où nous ne sommes plus dans le bruit, ce qui permet aux cellules de l'oreille interne de retrouver un bon état de fonctionnement
 - Les expositions intenses prolongées et répétées peuvent entraîner des dommages permanents à l'oreille interne

Ressources spécialisées

- Services d'un(e) audiologiste :
 - Réseau public : accès limité avec listes d'attente variable, souvent de plusieurs mois
 - Réseau privé : multiplication des ressources ces dernières années. Coût estimé d'une consultation autour de 80 \$ (janvier 2015)
- Médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) :
 - Disponible pour consultation en clinique externe des hôpitaux ou en clinique privée
 - Délai de consultation court, autour de quelques semaines (décembre 2013)
 - Frais couverts par la RAMQ
 - Consultation en ORL exigée par la RAMQ pour attester que la surdité est permanente et qu'il n'y a pas de contre-indication médicale à l'utilisation de la prothèse auditive
- Institut Raymond-Dewar, centre de réadaptation spécialisé en surdité et en communication/région de Montréal et Laval
Services s'adressant aux personnes pour qui le problème d'audition a des impacts dans la vie quotidienne (autonomie, vie sociale, etc.)
 - Critères de référence :
 - Souffrir de surdité ou d'un trouble auditif (acouphène dérangeant, intolérance au son fort, etc.)
 - Fournir les résultats de l'audiogramme

QUESTIONNAIRE : « **ENTENDEZ-VOUS BIEN?** »

Pour chacune des questions suivantes, encerclez : **OUI - PARFOIS - NON**

1. Faites-vous répéter quand vous parlez avec une seule personne?
OUI — PARFOIS — NON
2. Avez-vous de la difficulté à comprendre quand plusieurs personnes parlent ensemble?
OUI — PARFOIS — NON
3. Avez-vous de la difficulté à comprendre quand vous ne voyez pas le visage de la personne qui parle?
OUI — PARFOIS — NON
4. Avez-vous de la difficulté à comprendre quand il y a du bruit autour de vous?
OUI — PARFOIS — NON
5. Trouvez-vous que les gens marmonnent ou ne parlent pas assez fort? (à la T.V., les amis, les médecins)
OUI — PARFOIS — NON
6. Trouvez-vous que les gens parlent trop vite? (à la T.V., les amis, les médecins)
OUI — PARFOIS — NON
7. Avez-vous de la difficulté à comprendre au téléphone?
OUI — PARFOIS — NON
8. Avez-vous de la difficulté à entendre couler l'eau du robinet ou du bain quand vous êtes dans une autre pièce?
OUI — PARFOIS — NON
9. Avez-vous de la difficulté à entendre la sonnerie du téléphone quand vous êtes dans une autre pièce ou dans la salle de bain?
OUI — PARFOIS — NON
10. Avez-vous de la difficulté à entendre la sonnerie de la porte?
OUI — PARFOIS — NON
11. Avez-vous de la difficulté à entendre lorsqu'on frappe à la porte?
OUI — PARFOIS — NON
12. Est-ce que votre famille, vos amis ou vos voisins vous font remarquer que vous mettez le volume de votre télévision ou de votre radio trop fort?
OUI — PARFOIS — NON
13. Avez-vous tendance à vous retirer des autres par crainte de ne pas les comprendre?
OUI — PARFOIS — NON
14. Préférez-vous vous retirer des activités en raison du bruit autour de vous? (ex. : salle à dîner, restaurant, fêtes de famille, bingo, etc.)
OUI — PARFOIS — NON

Pour la question 15, encerclez a, b, c ou d

15. Comment trouvez-vous votre audition?
- a) bonne audition
 - b) léger problème d'audition (difficultés d'écoute occasionnelles)
 - c) problème d'audition modéré (difficultés d'écoute fréquentes)
 - d) important problème d'audition (difficultés d'écoute habituelles; presque toujours)

Compilation des résultats au questionnaire

Pour les questions de 1 à 14 inclusivement, chaque « oui » vaut 4 points, chaque « parfois » vaut 2 points et chaque « non » vaut 0 point

Pour la question 15, a) vaut 0 point, b) 2 points, c) 3 points, d) 4 points

Résultat positif : score supérieur à 14



DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT AUDITIF

INTERVENTION CLINIQUE : Détection du déficit auditif

CMQ/DSP-ASSS-MTL, 2014 [1]

- Le USPSTF (2012) ne recommande pas le dépistage systématique. Le dépistage pour la population symptomatique de plus de 50 ans peut se faire par une question sur l'audition ou par différents tests (voir ci-bas recommandations du USPSTF)
- À tout âge il est important de s'assurer de la protection contre les bruits environnants

USPSTF, 2012 [3]

- Données insuffisantes pour évaluer s'il y a davantage de bénéfices ou d'inconvénients à dépister le déficit auditif chez les adultes asymptomatiques âgés de 50 ans et plus. Cette recommandation ne s'applique pas aux personnes qui consultent en raison d'un problème auditif perçu ou en raison de symptômes cognitifs ou affectifs pouvant être reliés à une perte d'audition. Ces personnes devraient bénéficier d'une évaluation de leur audition et recevoir un traitement en conséquence
- Données probantes démontrent la fiabilité et la justesse des outils de dépistage pour objectiver un problème auditif
- Tests de dépistage qui peuvent être utilisés pour dépister le déficit auditif :
 - Question chuchotée alors que l'examineur est hors du champ visuel de la personne
 - Friction des doigts ou le tic-tac d'une montre près de l'oreille
 - Question sur l'audition ou questionnaire détaillé

CMFC, 2010 [2]

- Dépistage des problèmes auditifs recommandé pour la population âgée de 65 ans et plus
- Tests de dépistage suggérés présentent un niveau élevé de sensibilité pour détecter les pertes auditives :
 - Question chuchotée alors que l'examineur est hors du champ visuel de la personne
 - Audioscope
 - Demander au patient s'il présente des difficultés auditives
- Preuves suffisantes sur la protection de l'ouïe et les programmes de contrôle anti-bruit mais absence de données sur l'impact du counseling offert en milieu clinique

INSTITUT RAYMOND-DEWAR, CENTRE DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉ EN SURDITÉ ET EN COMMUNICATION [4] [5]

- Questionnaire de dépistage (2007) des difficultés d'écoute et d'audition « Entendez-vous bien? »
 - Validé scientifiquement
 - À compléter par la personne elle-même ou avec l'aide d'un professionnel en clinique

DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT AUDITIF

INTERVENTION CLINIQUE : Détection du déficit auditif

Intervention proposée dans le bilan de santé

Chez les adultes âgés de 18 à 64 ans

- L'infirmière ne questionne pas à ce sujet
- Elle réfère à l'IPSPL ou au médecin répondant les personnes qui se plaignent d'une diminution de leur audition

Chez les adultes âgés de 65 ans et plus

- L'infirmière pose la question :
- « *Est-ce que vous ou vos proches avez remarqué des signes pouvant révéler que vous présentez des problèmes d'audition, par exemple faire répéter ou avoir de la difficulté à entendre lorsqu'il y a du bruit ambiant?* »
- Elle offre le dépistage aux personnes qui répondent oui à la question ci-haut :
 - Dépistage à l'aide de tests : question chuchotée alors que l'examineur est hors du champ visuel de la personne ou friction des doigts ou tic-tac d'une montre près de l'oreille
 - Dépistage à l'aide du questionnaire « Entendez-vous bien ? »
- L'infirmière dirige vers le médecin répondant ou l'IPSPL, les personnes dont le dépistage est positif afin de poursuivre l'évaluation
- Elle offre le counseling aux personnes qui se plaignent de diminution auditive et à celles qui entendent bien mais qui « n'ont plus l'oreille de leurs 20 ans »
 - Counseling sur les stratégies pour favoriser une bonne communication verbale

Chez tous les adultes

- L'infirmière offre le counseling sur la prévention de la perte d'audition due au bruit

Justification de l'intervention proposée

- Les organismes d'experts consultés ne recommandent pas le dépistage systématique du déficit auditif chez les adultes asymptomatiques âgés de 50 ans et plus. Le dépistage des problèmes auditifs est recommandé chez les adultes âgés de 65 ans et plus par le Collège des médecins de famille du Canada. Le bilan de santé cible les adultes âgés de 65 ans et plus considérant l'augmentation du taux de prévalence des problèmes d'audition dans ce groupe d'âge, et le fait que plusieurs personnes ignorent qu'elles ont un problème d'audition ou bien n'en parlent pas parce que « c'est normal avec l'âge ». L'intervention proposée vise à détecter les personnes présentant des problèmes d'audition à l'aide d'une question
- La question porte sur la présence de signes évocateurs de presbycusie, soit la baisse de perception des sons aigus et les problèmes de compréhension dans le bruit
- Un dépistage sera offert aux personnes ainsi détectées, soit à l'aide de tests de dépistage ou à l'aide du questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition conçu par l'Institut Raymond-Dewar et validé scientifiquement. Il y a consensus parmi les experts concernant les tests de dépistage recommandés
- Le Collège des médecins du Québec et le Collège des médecins de famille du Canada abordent la protection de l'ouïe contre les bruits environnants. Avec les données de la littérature à l'effet qu'en plus du vieillissement, le bruit contribue dans une proportion croissante à la perte auditive chez les adultes, un counseling en prévention de la perte d'audition due au bruit (PADB) est intégré à l'intervention du bilan de santé
- Étant donné les nombreux impacts reconnus de la perte auditive sur le bien-être des personnes, un counseling sur les stratégies de communication [5] sera offert aux adultes de 65 ans et plus présentant des difficultés auditives

DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT AUDITIF

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. Moyer VA on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Hearing Loss in Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2012;157(9):655-661.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/711/adultheears/pdf>
4. Institut Raymond-Dewar. *Questionnaire de dépistage interactif - Questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition*.
<http://raymond-dewar.qc.ca/questionnaire-de-depistage-difficultes-d-ecoute-d-audition/>
5. Caron H. Guide du professionnel de la santé et de l'intervenant auprès de la personne aînée ou adulte ayant des problèmes d'audition. Montréal, Qc : Institut Raymond-Dewar, Fondation Surdité et Groupe Forget, Audioproth sistes; 2014. p. 1-59.
http://raymond-dewar.qc.ca/uploads/images/IRD/PDF/guide_du_professionnel_helene_caron.pdf



DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS

Déficit visuel

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

Chez les adultes âgés de 65 ans et plus, vérifier si la personne :

- A eu un examen ophtalmologique, effectué par un optométriste ou un ophtalmologiste, dans les 2 dernières années
- A noté des difficultés visuelles. Si oui, vérifier si :
 - La personne bénéficie d'un suivi régulier de sa condition visuelle par un optométriste ou un ophtalmologiste

Sa condition visuelle est stable ou évolue (s'améliore ou se détériore)

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus qui n'ont pas eu d'examen visuel dans les 2 dernières années :

- Vérifier les connaissances que possède la personne sur les avantages d'avoir un [examen ophtalmologique périodique](#) et compléter l'information au besoin
- Les informer que les [services optométriques](#) sont sans frais pour les personnes âgées de 65 ans et plus, admissibles au régime d'assurance maladie du Québec

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus qui présentent un problème visuel

- Explorer les liens entre leur condition visuelle et leur autonomie fonctionnelle et [conseiller](#) au besoin

Initier des mesures thérapeutiques (sans ordonnance collective)

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Optométriste | <ul style="list-style-type: none">▪ Personnes dont le dernier examen ophtalmologique date de plus de 2 ans▪ Personnes avec des difficultés visuelles non évaluées ou évolutives, qui ne constituent pas une urgence ophtalmologique |
| <input type="checkbox"/> IPSPL <input type="checkbox"/> Médecin | <ul style="list-style-type: none">▪ Personnes avec un problème oculaire nécessitant un diagnostic médical |

Suivi assuré par l'infirmière

(ne s'applique pas)

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

- Le tabagisme est un facteur de risque associé à la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) – les fumeurs sont deux à trois fois plus susceptibles de développer une DMLA (voir **Tabagisme**)
- Les difficultés visuelles sont un facteur qui peut contribuer à un risque accru de chutes chez les personnes âgées (voir **Chutes**)
- L'adaptation du domicile chez les personnes âgées présentant des difficultés visuelles importantes peut réduire le risque de chutes (voir **Chutes**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- PAGES WEB. *Des yeux en santé* (conseils en santé visuelle). Institut national canadien pour les aveugles (INCA). <http://www.cnib.ca/fr/vos-yeux/sante-visuelle/yeux-en-sante/Pages/default.aspx>
- PAGES WEB. *Maladies oculaires* (informations sur les maladies oculaires les plus fréquentes liées au vieillissement). Institut national canadien pour les aveugles (INCA). <http://www.cnib.ca/fr/vos-yeux/maladies-oculaires/Pages/default.aspx>
- PAGES WEB. *Information sur la santé visuelle* (informations sur la santé et les maladies oculaires). Société canadienne d'ophtalmologie. <http://www.cos-sco.ca/information-sur-la-sante-visuelle/>
- PAGES WEB. *Santé visuelle*. Fondation des maladies de l'œil; 2012. <http://www.fondationdesmaladiesdeloeil.org/fr/sante-visuelle.php>
- PAGES WEB. *Déficience visuelle, information grand public* (Informations sur les cataractes, la dégénérescence maculaire liée à l'âge, le glaucome, etc.). Institut Nazareth et Louis Braille. <http://www.inlb.qc.ca/grand-public/deficience-visuelle/cataractes/>

Formations suggérées à l'infirmière

(ne s'applique pas)

Ressources utiles à l'infirmière

- PAGES WEB. *L'optométriste en tant que ressource de première ligne en santé*. Ordre des optométristes du Québec. <https://www.oog.org/collaboration-interprofessionnelle/optometriste-en-tant-que-ressource-de-premiere-ligne-en-sante>
- PAGES WEB. *L'optométriste en tant que ressource de première ligne en santé*. (informations sur les services couverts par la RAMQ). Régie d'assurance maladie du Québec, gouvernement du Québec. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/services-optometriques.aspx>
- GUIDE DE PRATIQUE. Comité d'experts du Guide de pratique clinique. *Guide de pratique clinique factuelle de la Société canadienne d'ophtalmologie pour l'examen oculaire périodique chez les adultes au Canada*. Can J Ophthalmol 2007; 42 : 158-163. <http://www.cos-sco.ca/guides-de-pratique-clinique/>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Examen ophtalmologique périodique

- L'examen périodique permet de :
 - Évaluer le changement de la vision associé à l'âge (presbytie) et de déterminer la correction nécessaire
 - Détecter précocement des pathologies oculaires, souvent silencieuses :
 - Cataractes (opacité du cristallin)
 - Glaucome (élévation graduelle de la pression intraoculaire)
 - Dégénérescence maculaire (changements dégénératifs de la vision centrale)
 - Rétinopathie diabétique (atteinte vasculaire ou autre de la rétine)
 - Orienter, le cas échéant, les personnes vers un ophtalmologiste pour le diagnostic et le traitement des pathologies détectées. En général, le traitement permet d'améliorer la vision ou de limiter les répercussions sur celle-ci

Services optométriques

- Les services couverts par la RAMQ pour les personnes âgées de 65 ans et plus incluent :
 - Examen de l'appareil ophtalmologique
 - Évaluation de la vision des couleurs, des champs visuels, des mouvements des yeux et de leur adaptation à la lumière
 - Prescription de lunettes ou de lentilles cornéennes
 - Référence à un autre professionnel de la santé (par ex. un ophtalmologiste)
- Les personnes âgées de 65 ans et plus ont droit à un seul examen complet et à une seule évaluation de la vision des couleurs par année civile

Counseling aux personnes avec des difficultés visuelles

- Quelques conseils aux personnes en situation de perte de vision liée à l'âge :
 - Éclairer l'environnement : à mesure que les yeux vieillissent, il faut davantage de lumière
 - Diminuer l'éblouissement : un bon éclairage uniforme peut aider, mais l'éblouissement nuit; éviter les changements brusques d'éclairage
 - Augmenter les contrastes : des objets de couleurs similaires, placés les uns à côté des autres, deviennent difficiles à différencier avec l'âge. Le fort contraste des couleurs aide à mieux voir

Urgence ophtalmologique

- Principaux symptômes ou signes associés à des conditions nécessitant une consultation urgente :
 - Changement soudain, partiel ou total, de la vision, même s'il est transitoire : baisse ou perte de la vision, amputation du champ visuel, distorsion, diplopie, halos, éclairs
 - Douleur oculaire importante



DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT VISUEL

INTERVENTION CLINIQUE : Détection du déficit visuel

CMQ/DSP-ASSS-MTL, 2014 [1]

- Se base sur les recommandations de la Société canadienne d'ophtalmologie émises en 2007 [3]
- Pour toute personne asymptomatique présentant un faible risque, un examen ophtalmologique de routine est recommandé :
 - à un intervalle de 10 ans pour les personnes de 19-40 ans
 - de 5 ans, pour les 41-55 ans
 - de 3 ans, pour les 56-65 ans
 - de 2 ans, pour les plus de 65 ans

CMFC, 2010 [2]

- Dépistage de la diminution de l'acuité visuelle recommandé chez les personnes âgées de 65 ans et plus, à l'aide du test de Snellen

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'OPHTALMOLOGIE, 2007 [3]

- Chez les adultes asymptomatiques présentant un faible risque de déficit visuel, un examen oculaire périodique est recommandé
- Intervalle du dépistage par groupe d'âge :
 - 19-40 ans : 10 ans (consensus)
 - 41-55 ans : 5 ans (consensus)
 - 56-65 ans : 3 ans (consensus)
 - 65 ans et plus : 2 ans (niveau 1)
- Force des recommandations :
 - Consensus : pas de données disponibles - consensus du comité d'experts
 - Niveau 1 : évaluation des données consultées répond aux 5 critères du comité d'experts

DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT VISUEL

INTERVENTION CLINIQUE : Détection du déficit visuel

USPSTF, 2009 [4]

En cours de révision (2015)

Recommandation sur le dépistage en première ligne d'une atteinte de l'acuité visuelle reliée aux troubles de la réfraction oculaire non corrigés, aux cataractes et à la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), chez les personnes âgées de 65 ans et plus, sans symptômes oculaires

- Les preuves actuelles sont insuffisantes pour déterminer le rapport avantages/inconvénients du dépistage systématique d'une atteinte de l'acuité visuelle chez les personnes âgées :
 - Il existe peu de preuves directes que le dépistage de l'atteinte de l'acuité visuelle permet d'améliorer les impacts sur l'autonomie
 - Le traitement précoce des erreurs de réfraction, des cataractes, et la DMLA permet d'améliorer ou de prévenir la perte d'acuité visuelle (preuves acceptables de l'efficacité de cette mesure)
 - Certaines études montrent que la correction immédiate des erreurs de réfraction à l'aide de lunettes est associée à une amélioration à court terme de la qualité de vie liée à la vision si on la compare à un traitement différé
 - Certaines études montrent que la chirurgie de la cataracte améliore la qualité de vie liée à la vision
 - Les inconvénients potentiels du traitement précoce des erreurs de réfraction, des cataractes et la DMLA sont faibles (risque légèrement accru de chutes après une correction de la réfraction; complications liées à la chirurgie de la cataracte; complications liées au traitement de la DMLA)
- Précision des tests de dépistage :
 - Questionner la personne sur la présence d'un déficit visuel est moins efficace que les tests d'acuité visuelle (ex. test de Snellen qui est l'examen usuel de dépistage) ou un examen ophtalmique
 - Les tests d'acuité visuelle ne permettent pas de poser un diagnostic des causes sous-jacentes à un trouble visuel telles que la dégénérescence maculaire liée à l'âge et les cataractes

USPSTF, 2013 [5]

Recommandation sur le dépistage en première ligne du glaucome à angle ouvert (GAO), chez les adultes sans symptômes oculaires

- Les preuves sont insuffisantes actuellement pour déterminer le rapport avantages/inconvénients du dépistage systématique :
 - Les outils disponibles en première ligne n'ont pas la précision suffisante pour détecter le glaucome
 - Il existe des traitements efficaces pour réduire la pression intraoculaire associée au GAO (médication, laser, chirurgie) ainsi que les déficits du champ visuel qui lui sont associés; toutefois le degré d'efficacité à réduire les incapacités fonctionnelles liées à la vision est incertain
 - L'évolution du glaucome est hétérogène; il est difficile de distinguer les personnes présentant un glaucome dont l'évolution sera lente avec peu de conséquences et celui dont l'évolution sera rapide avec une atteinte importante de la vision (il existe donc la possibilité de surdiagnostic et de surtraitement). Les personnes âgées et les personnes d'origine afro-américaine seraient plus à risque de présenter une évolution rapide
 - Les inconvénients sont variables selon le traitement (faibles avec la médication; plus importants avec la chirurgie)

DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT VISUEL

INTERVENTION CLINIQUE : Détection du déficit visuel

Intervention suggérée dans le bilan de santé

- Chez les adultes âgés de 65 ans et plus, l'infirmière vérifie si la personne :
 - A eu un examen oculovisuel, effectué par un optométriste ou un ophtalmologiste, dans les 2 dernières années
 - A noté des difficultés visuelles
 - Si oui, l'infirmière vérifie si la personne bénéficie d'un suivi régulier de sa condition visuelle par un optométriste ou un ophtalmologiste et si sa condition visuelle est stable ou évolue
- Chez les personnes âgées de 65 ans et plus qui n'ont pas eu d'examen visuel dans les 2 dernières années, l'infirmière :
 - Leur propose de consulter un optométriste afin de bénéficier d'un examen oculovisuel complet
 - Les informe que les services optométriques sont sans frais pour les personnes âgées de 65 ans et plus, admissibles au régime d'assurance maladie du Québec
- L'infirmière dirige les personnes ayant des problèmes visuels nécessitant un diagnostic médical vers un médecin ou une IPSPL

Justification de l'intervention proposée

- Les recommandations sur le dépistage systématique varient selon les organismes; l'incertitude repose principalement sur :
 - Le peu (ou l'absence) de preuves directes quant à l'efficacité du dépistage
 - Les tests de dépistage utilisés en première ligne ne sont pas très précis pour détecter les conditions associées à l'atteinte visuelle (autres que les erreurs de réfraction)
- Nous avons opté pour un dépistage ciblant les personnes âgées de 65 ans et plus :
 - L'incidence des pathologies visuelles est plus élevée à partir de 65 ans [3] ou chez les personnes âgées [3] [4] [5]
 - Il existe des preuves que le traitement précoce de plusieurs problèmes visuels peut améliorer la qualité de vie liée à la vision, améliorer l'acuité visuelle et retarder, diminuer ou même prévenir la perte d'acuité visuelle [4]
 - Pour la plupart des traitements, les inconvénients sont faibles
- L'examen oculovisuel effectué par un optométriste est la méthode de dépistage retenue :
 - Examen ophtalmique est la méthode la plus efficace pour détecter les conditions associées à une perte d'acuité visuelle [3] [4]
 - Examen est accessible étant donné qu'il est sans frais pour les personnes âgées de 65 ans et plus
- Si une pathologie est détectée par l'optométriste, ce dernier est en mesure de diriger la personne vers un ophtalmologiste (utilisation judicieuse des ressources médicales spécialisées qui sont limitées)

DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT VISUEL

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. Comité d'experts du Guide de pratique clinique de la Société canadienne d'ophtalmologie : Delpero W, Beiko G, Casey R, Ells A, Kertes P, et al. Guide de pratique clinique factuelle de la Société canadienne d'ophtalmologie pour l'examen oculaire périodique chez les adultes au Canada. Can J Ophthalmol 2007;42:158-63.
<http://www.cos-sco.ca/guides-de-pratique-clinique/>
4. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Impaired Visual Acuity in Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2009;151:37-43.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/785/viseldrs/pdf>
5. Moyer VA, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Glaucoma: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2013:1-6.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/596/glaucomafinalrs/pdf>



DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS

Déficit cognitif

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

Chez les adultes âgés de 65 ans et plus qui évoquent spontanément des inquiétudes à l'égard de leurs habiletés cognitives comme la mémoire, le langage (ex. chercher ses mots) ou le jugement (difficulté à organiser ses activités quotidiennes) :

- Vérifier l'[ampleur et l'évolution des changements cognitifs](#) et les répercussions sur les activités de la vie quotidienne

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

Chez les adultes âgés de 65 ans et plus qui évoquent spontanément des inquiétudes à l'égard de leurs habiletés cognitives :

- Explorer les connaissances que possède la personne sur les [facteurs de risque et de protection](#) associés à la détérioration des facultés cognitives et compléter l'information au besoin
- Vérifier si la personne souhaiterait avoir une évaluation plus poussée de ses fonctions cognitives

Initier des mesures thérapeutiques (sans ordonnance collective)

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> IPSPL <input type="checkbox"/> Médecin | <ul style="list-style-type: none">▪ Personnes qui ont noté des changements dans leurs habiletés cognitives et qui désirent une évaluation plus poussée▪ Personnes qui rapportent une atteinte des fonctions cognitives ayant des répercussions sur leur vie quotidienne, ou une évolution rapide, afin de préciser l'étiologie |
| <input type="checkbox"/> Centre d'éducation pour la santé (CES) <input type="checkbox"/> Centre d'abandon du tabagisme (CAT) <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation en toxicomanie | <ul style="list-style-type: none">▪ Personnes ayant besoin d'un soutien pour changer une habitude de vie |

Suivi assuré par l'infirmière

- Offrir, le cas échéant, un rendez-vous de suivi, notamment pour prodiguer des conseils appropriés en matière de maintien et d'adoption de saines habitudes de vie

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

- Certains facteurs peuvent contribuer aux difficultés cognitives :
 - Tabagisme, consommation excessive d'alcool, consommation inappropriée de médicaments (voir **Habitudes de vie**)
 - Hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie (voir **Santé cardiométabolique**)
 - Dépression (voir **Humeur dépressive**)
 - Troubles visuels ou auditifs (voir **Déficits sensoriels**)
- Les difficultés cognitives sont un facteur qui peut contribuer au risque accru de chutes chez les personnes âgées (voir **Chutes**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- BROCHURE. *Faites travailler vos méninges! Trucs et astuces pour les aînés*. Institut universitaire gériatrique de Montréal; 2009. p. 1-24.
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5180_memoire_fr.pdf
- BROCHURE. *Get those grey cells working! Tips and tricks for seniors*. Institut universitaire gériatrique de Montréal; 2009. p. 1-24.
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5180_memoire_en.pdf
- PAGES WEB. *Cyboulot^{MD}* (activités pour garder le cerveau en santé). Société Alzheimer du Canada; 2014.
<http://www.alzheimer.ca/fr/Living-with-dementia/BrainBooster>
- PAGES WEB. *La santé du cerveau*. Société Alzheimer du Canada.
<http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/About-the-brain/Brain-health>
- PAGES WEB. *La maladie d'Alzheimer - Moyens préventifs*. Société Alzheimer Montréal.
http://www.alzheimermontreal.ca/maladie/moyens_preventifs.php
- BROCHURE. *Profitez de la vie- Soyez actif ! Trucs et astuces pour les aînés*. Kino-Québec; 2014. p. 1-36.
http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/brochure_soyez_actif_webs.pdf
- BROCHURE. *Enjoy life...Stay active! Tips and tricks for seniors*. Kino-Québec; 2009. p. 1-36.
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5177_physique_en.pdf
- BROCHURE. *Bien s'alimenter, pour vieillir en santé. Trucs et astuces pour les aînés*. Institut universitaire gériatrique de Montréal; 2009. p. 1-24.
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5178_nutrition_fr.pdf
- BROCHURE. *Eating well, growing old healthy. Tips and tricks for seniors*. Institut universitaire gériatrique de Montréal; 2009. p. 1-24.
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5178_nutrition_en.pdf

Formations suggérées à l'infirmière

(ne s'applique pas)

Ressources utiles à l'infirmière

- SITE WEB. *Institut universitaire de gériatrie de Montréal : Centre de recherche – recherche santé et vieillissement* (outils, résultats de recherche, conférences).
<http://www.criugm.qc.ca/>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Ampleur et évolution des changements cognitifs

- Les répercussions du vieillissement normal du cerveau varient énormément d'une personne à l'autre :
 - Pour la majorité des personnes âgées, en bonne santé, le déclin est souvent léger, n'interfère pas avec la vie quotidienne, et n'est pas forcément le début d'une démence
- Avec l'âge, le cerveau se modifie : certaines zones importantes pour la mémoire sont particulièrement touchées (hippocampe du lobe temporal et lobe frontal) :
 - Parmi les fonctions cognitives qui déclinent avec l'âge, c'est souvent la mémoire qui est mentionnée
- La plasticité cérébrale se maintient durant toute la vie :
 - Les tâches accomplies par des circuits détériorés peuvent être prises en charge par des circuits alternatifs
 - Les tâches auparavant accomplies quasi automatiquement vont être accomplies moins efficacement par ces circuits alternatifs, d'où le ralentissement de certaines fonctions cognitives
- Les éléments de la mémoire pouvant être affectés par le vieillissement du cerveau :
 - Perturbation de la mémoire épisodique (il faut faire davantage d'effort et être plus attentif pour retenir certains détails)
 - Perturbation de la mémoire de travail combinée à un ralentissement du traitement de l'information (l'information « disparaît » de la mémoire de travail avant qu'elle ne soit stockée dans la mémoire à long terme)
 - Capacité de récupération des données est aussi affectée (« mot sur le bout de la langue »)
 - Moins grande capacité à concentrer l'attention sur les informations pertinentes dans un ensemble de données (être distrait par des détails inutiles)
 - Diminution de la capacité générale de raisonnement, particulièrement lorsque cela implique de traiter une nouvelle information (le raisonnement basé sur des informations apprises antérieurement est moins affecté)
 - Certains éléments de la mémoire restent stables pouvant même s'améliorer, par exemple, les connaissances, la sagesse et la capacité à apprendre de nouvelles procédures ou à exécuter des tâches pour lesquelles on a développé une expertise
- Chez certaines personnes, les problèmes de mémoire vont être plus importants et vont évoluer vers une démence (de type Alzheimer, vasculaire, mixte, ou autre)
- Trouble cognitif léger (TCL): dégradation cognitive dont l'ampleur est « intermédiaire » entre le vieillissement cognitif normal et la démence
 - Il a été déterminé que les personnes avec un TCL ont un risque accru de développer une démence, ce qui fait que chez certaines d'entre elles il s'agirait d'un signe précurseur d'une démence
 - Les personnes atteintes d'un TCL développent parfois la maladie d'Alzheimer (10 à 15 % des TCL évoluent vers une démence de type Alzheimer chaque année, soit environ 10 fois plus que chez les autres personnes âgées), particulièrement lorsque leur mémoire est affectée. Mais plusieurs personnes atteintes d'un TCL ne développeront pas de démence

- Certains éléments peuvent suggérer que les perturbations des fonctions cognitives ne sont pas le résultat du vieillissement normal du cerveau :
 - Une évolution rapide
 - Des oublis **fréquents**, particulièrement s'ils concernent des événements **très récents et/ou significatifs**
 - Des troubles du langage (autrement que chercher parfois ses mots)
 - Des changements de comportement (agressivité, passivité)
 - Des symptômes ou des signes suggestifs d'une pathologie associée (hypothyroïdie, dépression, maladies vasculaires, consommation abusive chronique d'alcool, etc.)

Facteurs de risque et de protection

- **Facteurs de risque** (qui augmentent le risque de développer une maladie entraînant des déficits cognitifs) :
 - Âge - après 65 ans, augmentation exponentielle du risque
 - Sexe - deux fois plus de femmes que d'hommes développent la maladie d'Alzheimer, en particulier après l'âge de 75 ans (peut être en partie le résultat d'une plus grande longévité des femmes)
 - Faible niveau de scolarité
 - Facteurs vasculaires - hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé, diabète type 2
 - Déficiences sensorielles : impact sur la saisie correcte des stimuli du monde extérieur, sur la stimulation cognitive et les loisirs (par ex : impact des problèmes de vision sur la lecture et impact de la presbycousie sur la participation à des activités sociales)
 - Traumatismes crâniens
 - Dépression
 - Habitudes de vie - liens avec maladie d'Alzheimer :
 - Degré d'activité physique nul ou faible
 - Alimentation riche en matières grasses
 - Tabagisme
 - Consommation d'alcool à risque
- **Facteurs de protection** (facteurs qui réduisent le risque de développer une maladie entraînant des déficits cognitifs) :
 - Habitudes de vie - liens avec maladie d'Alzheimer :
 - Pratique d'activité physique régulière
 - Alimentation comprenant une consommation accrue de poisson et une diminution des matières grasses
 - Cessation tabagique
 - Consommation modérée de vin
 - Activités intellectuellement stimulantes (par ex : lecture et mots croisés)
 - Activités de loisirs (par ex : tricot, visite d'amis)



DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT COGNITIF

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du déficit cognitif

CMQ/DSP-ASSS-MTL, 2014 [1]

- Le récent consensus canadien (2012) admet la nécessité d'évaluer cliniquement la fonction cognitive dès lors qu'un déficit cognitif est noté par un proche, un intervenant, un aidant naturel ou par le patient lui-même
- Le dépistage génétique prédictif, accompagné d'un counseling adéquat, peut être offert lorsqu'une prédisposition familiale a été découverte
- La démence est souvent précédée d'un prodrome identifiable nommé déficit cognitif léger (DCL). Le *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) (www.mocatest.org), le *Mini-Mental State Examination* ou le Test de Folstein peuvent être utilisés

CMFC, 2010 [2]

- Il est recommandé d'évaluer les fonctions cognitives lorsque des préoccupations sont soulevées par les proches ou proches-aidants de la personne. Ces préoccupations doivent être prises au sérieux. Dans un tel cas, il est indiqué d'offrir une évaluation des fonctions cognitives et un suivi adéquat (recommandation A)
- Les difficultés de mémoire soulevées par la personne, ses proches ou ses proches-aidants devraient être évaluées et un suivi offert pour l'évaluation de la progression (recommandation B)

Comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer, 2009 [3]

- Recommandations en prévention primaire de la maladie d'Alzheimer – tirées du Consensus canadien 2007
- Évaluation et prise en charge des facteurs de risque :
 - Caractéristiques liées à la personne : âge, sexe, ...
 - Facteurs vasculaires : hypertension artérielle, (...), cholestérol élevé, (...), diabète type 2
 - Habitudes de vie : activité physique, activité intellectuelle, saine alimentation, (...), consommation de vin, tabagisme
 - Antécédents : niveau de scolarité, dépression, etc.

DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT COGNITIF

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du déficit cognitif

USPSTF, 2014 [4]

- Recommandations concernent le dépistage systématique en soins de première ligne parmi la population adulte, âgée de 65 ans et plus, vivant à domicile et qui ne présente aucun signe et symptôme d'atteinte cognitive
- Facteurs de risque de développer un déficit cognitif :
 - L'âge est le facteur de risque le plus important
 - Les autres facteurs de risque comprennent : risques cardiovasculaires (ex : diabète, tabagisme, hypercholestérolémie et hypertension), traumatisme crânien, difficultés d'apprentissage (syndrome de Down), dépression, abus d'alcool, personne âgée frêle, faible scolarité, peu/pas de réseau social et n'avoir jamais été marié
 - Facteurs associés à un risque plus faible de démence : un apport suffisant en acide folique; un apport faible en gras saturés; une consommation élevée de fruits et de légumes; une consommation modérée d'alcool; la pratique d'activités cognitives; la pratique d'activités physiques
- Test de dépistage : Questionnaire validé - le plus fréquemment utilisé en clinique : *Mini Mental State Examination*. Sensibilité et spécificité de ce test sont suffisamment élevées pour qu'il puisse être utilisé en clinique
- Les données sont insuffisantes pour déterminer s'il y a davantage de bénéfices ou d'inconvénients à dépister le déficit cognitif
 - Les preuves directes sont insuffisantes en qui concerne :
 - Les avantages du dépistage systématique des déficits cognitifs (y compris l'absence d'études ayant évalué l'impact du dépistage sur la prise de décision, la planification par les patients, les cliniciens ou les aidants)
 - Les inconvénients du dépistage systématique (faux positif, stigmatisation, etc.)
 - La revue des données actuelles concernant l'identification précoce et le traitement précoce des déficits cognitifs est à l'effet que :
 - Traitement pharmacologique de la démence légère à modérée amène une légère amélioration des performances cognitives mais dont l'impact clinique sur la fonction cognitive globale est incertaine; le traitement comporte des effets indésirables dont certains pouvant être sérieux (atteinte du système nerveux central, bradycardie et syncope)
 - Interventions non pharmacologiques (activité physique, stimulation intellectuelle, éducation auprès des aidants) peuvent apporter de bénéfices (plutôt faibles); elles n'ont pas d'effets indésirables
- Même si les données sont insuffisantes pour justifier un dépistage systématique, les cliniciens doivent demeurer alertes à détecter les symptômes et les signes précoces compatibles avec un déficit cognitif et les évaluer adéquatement, notamment pour les raisons suivantes :
 - Aider les personnes à établir un diagnostic et décider du traitement (y compris le traitement des causes réversibles de démence et des comorbidités associées)
 - Permettre aux cliniciens d'anticiper les difficultés que pourraient avoir les personnes à comprendre et à adhérer à un traitement
 - Aider les personnes, leurs aidants, leurs proches à anticiper et à planifier lors d'éventuels problèmes qui pourraient apparaître suite à la détérioration des fonctions cognitives

DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT COGNITIF

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du déficit cognitif

Intervention proposée dans le bilan de santé

- Les recommandations s'adressent aux personnes âgées de 65 ans et plus, vivant à domicile et ne présentant aucun signe et symptôme d'atteinte cognitive.
- Chez les adultes âgés de 65 ans et plus qui évoquent spontanément des inquiétudes à l'égard de leurs habiletés cognitives comme la mémoire, le langage ou le jugement, l'infirmière:
 - Vérifie l'ampleur et l'évolution des changements cognitifs et les répercussions sur les activités de la vie quotidienne
 - Explore les connaissances que possède la personne sur les facteurs de risque et de protection associés à la détérioration des facultés cognitives et complète l'information au besoin
 - Vérifie si la personne souhaite avoir une évaluation plus poussée de ses fonctions cognitives
- L'infirmière oriente vers le médecin ou l'IPSP, les personnes :
 - Qui ont noté des changements dans leurs habiletés cognitives et qui désirent une évaluation plus poussée
 - Qui présentent des changements dans leurs fonctions cognitives qui ne semblent pas compatibles avec des changements associés au vieillissement normal

Justification de l'approche proposée

- L'approche suggérée dans le bilan de santé se réfère aux recommandations émises par l'ensemble des organismes :
 - Le dépistage systématique n'est pas recommandé
 - L'évaluation des personnes qui mentionnent des difficultés cognitives est recommandée :
 - Les personnes qui le désirent seront orientées vers le médecin ou l'IPSP pour une investigation
 - Les personnes ayant des symptômes ou des signes qui pourraient suggérer la présence d'une démence seront orientées à des fins d'évaluation, de diagnostic et, le cas échéant, de traitement (notamment des causes réversibles de démence et des comorbidités associées)
- Un nombre grandissant d'études confirment l'influence de facteurs qui augmentent le risque de développer une démence ainsi que des facteurs, notamment les saines habitudes de vie, qui protègent contre le risque de développer une démence de type Alzheimer ou une maladie apparentée
 - Le bilan de santé prévoit l'évaluation des habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme, consommation d'alcool); l'estimation du risque cardiométabolique (excès de poids, hypertension artérielle, diabète et dyslipidémie); ainsi que la détection de l'humeur dépressive. Selon les situations, les personnes pourront bénéficier d'un counseling et seront orientées vers les ressources appropriées
 - Le counseling bref sera offert aux personnes âgées de 65 ans et plus qui évoquent des inquiétudes au plan cognitif afin de les soutenir dans leur processus de changement en vue de favoriser un vieillissement normal et la santé cognitive



DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT COGNITIF

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. Bergman H, Arcand M, Bureau C, Chertkow H, Ducharme F, Joannette Y, et al. Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence - Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer. Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec; 2009. p. 1-62.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-829-01W.pdf>
4. Moyer VA on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2014;160:791-7.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/930291/0000605-201406030-00007.pdf>