

Le **GTN-Outil de dépistage précoce de la démence**, adapté du DSQIID\*, peut servir au repérage précoce des adultes ayant une déficience intellectuelle chez qui on soupçonne des signes précoces d'un léger trouble cognitif ou de la démence ou qui peuvent présenter ces signes. Le GTN-ODPD n'est pas un instrument d'évaluation ou de diagnostic, mais plutôt un outil de dépistage administratif que les membres du personnel et les fournisseurs de soins de la famille peuvent utiliser pour noter le déclin fonctionnel et les problèmes de santé, ainsi que les renseignements utiles en vue d'une évaluation approfondie. L'outil fera également partie de l'évaluation cognitive obligatoire de la visite de bien-être annuelle pour les prestataires de Medicare en vertu de l'*Affordable Care Act*. Cet outil respecte l'Action 2.B du National Plan to Address Alzheimer's Disease des États-Unis.

Il est recommandé d'utiliser cet outil chaque année ou selon les indications pour les adultes d'au moins 40 ans présentant le syndrome de Down, et pour les autres personnes à risque ayant une déficience intellectuelle lorsqu'on soupçonne la présence d'un changement cognitif chez ces personnes. Le formulaire peut être rempli par quiconque connaît la personne (c'est-à-dire quelqu'un qui l'a connue pendant au moins six mois), comme un membre de la famille, un travailleur de soutien d'un organisme ou un spécialiste du comportement ou de la santé en ayant recours à l'information fournie par l'observation ou au dossier personnel de l'adulte.

Remplir le formulaire peut nécessiter de 15 à 60 minutes. Certains renseignements peuvent être tirés du dossier médical/de santé de la personne. Consultez le manuel du GTN-ODPD pour obtenir des directives supplémentaires ([www.aadmd.org/ntg/screening](http://www.aadmd.org/ntg/screening)).

(1) N° de dossier : \_\_\_\_\_ (2) Date: \_\_\_\_\_

Non de la personne: (3) Prénom \_\_\_\_\_ (4) Nom de famille: \_\_\_\_\_

(5) Date de naissance : \_\_\_\_\_ (6) Âge : \_\_\_\_\_

(7) Sexe:

<input type="checkbox"/>	Femme
<input type="checkbox"/>	Homme

(8) Meilleure description du niveau de déficience intellectuelle

<input type="checkbox"/>	Aucune déficience intellectuelle évidente
<input type="checkbox"/>	Limite (Q.I. 70-75)
<input type="checkbox"/>	Légère déficience intellectuelle (Q.I. 55-69)
<input type="checkbox"/>	Déficience intellectuelle modérée (Q.I. 40-54)
<input type="checkbox"/>	Déficience intellectuelle grave (Q.I. 25-39)
<input type="checkbox"/>	Déficience intellectuelle profonde (Q.I. 24 et moins)
<input type="checkbox"/>	Inconnue

(9) *État diagnostiqué* (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

<input type="checkbox"/>	Autisme
<input type="checkbox"/>	Paralysie cérébrale
<input type="checkbox"/>	Syndrome de Down
<input type="checkbox"/>	Syndrome de l'X fragile
<input type="checkbox"/>	Déficience intellectuelle
<input type="checkbox"/>	syndrome de Prader-Willi
<input type="checkbox"/>	Autre :

### Instructions:

Pour chaque bloc de questions, **cochez la réponse qui s'applique le mieux** à la personne ou à la situation

### Situation actuelle dans le ménage de la personne:

- Vit seule
- Vit avec son époux/épouse ou des amis
- Vit avec ses parents ou d'autres membres de la famille
- Vit avec un fournisseur de soins professionnel
- Vit dans un foyer de groupe communautaire, appartement, logement protégé, etc.
- Vit dans un logement pour aînés
- Vit dans un milieu résidentiel collectif
- Vit dans un établissement de soins prolongés
- Vit ailleurs : \_\_\_\_\_

<sup>(10)</sup> Caractérisation générale de la santé physique actuelle:

	Excellente
	Très bonne
	Bonne
	Assez bonne
	Faible

<sup>(11)</sup> Comparativement à il y a un an, sa santé physique actuelle est:

	Beaucoup mieux
	Plutôt mieux
	Presque la même
	Un peu moins bonne
	Pire

<sup>(12)</sup> Comparativement à il y a un an, sa santé mentale est :

	Beaucoup mieux
	Plutôt mieux
	Presque la même
	Un peu moins bonne
	Pire

<sup>(13)</sup> *États présents* (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

	Déficiência visuelle
	Aveugle (vision nulle ou très limitée)
	Vision corrigée par des lunettes
	Déficiência auditive
	Sourd (audition nulle ou très limitée)
	Audition corrigée par une prothèse auditive
	Mobilité réduite
	Aucune mobilité – utilise un fauteuil roulant
	Aucune mobilité – est déplacé à l'aide d'un fauteuil roulant

<sup>(14)</sup> Événements de la vie importants survenus récemment [au cours de la dernière année] (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

	Décès d'un proche
	Changements dans le ménage, au travail ou au programme de jour
	Changements au niveau du personnel proche de la personne
	Nouveau compagnon de chambre/colocataire
	Maladie ou déficiência attribuable à un accident
	Effet indésirable d'un médicament ou surmédication
	Conflits interpersonnels
	Victimisation/violence
	Autre :

<sup>(15)</sup> Crises

	Apparition récente des crises
	Survenance à long terme des crises
	Crises à l'enfance n'ayant pas lieu à l'âge adulte
	Aucun historique de crises

**S'il existe un TLC ou une démence documentés, veuillez répondre aux questions 16, 17 et 18**

<sup>(16)</sup> **Historique du diagnostic**

Y a-t-il déjà eu un diagnostic de trouble léger de la cognition [TLC] ou de démence?

- [ ] Non  
[ ] Oui, un TLC

Date du diagnostic:

- [ ] Oui, la démence

Date du diagnostic :

Type de démence :

Diagnostic par:

- Gériatre  
 Neurologue  
 Médecin  
 Psychiatre  
 Psychologue  
 Autre:

<sup>(17)</sup> Date à laquelle l'apparition du TLC/démence a été signalée

[Quand la démence a-t-elle été soupçonnée]  
Notez l'année et le mois approximatifs :

<sup>(18)</sup> Commentaires/explications au sujet des soupçons concernant la démence:

[Cochez la colonne appropriée]

	A toujours été le cas	A toujours été le cas, mais s'est empiré	Nouveau symptôme au cours de la dernière année	Ne s'applique pas
<b><sup>(19)</sup> Activités de la vie quotidienne</b>				
A besoin d'aide pour se laver				
A besoin d'aide pour s'habiller				
S'habille de façon inappropriée (p. ex., à l'envers, de façon incomplète, ne prend pas en compte les températures)				
Se déshabille de façon inappropriée (p. ex. en public)				
A besoin d'aide pour manger (couper les aliments, bouchées, suffocation)				
A besoin d'aide pour utiliser la salle de bain (trouver la salle de bain, élimination et propreté)				
Incontinent (y compris des accidents occasionnels)				
<b><sup>(20)</sup> Langage et communication</b>				
N'amorce pas de conversations				
Ne trouve pas ses mots				
Ne suit pas des directives simples				
Semble être perdu pendant une conversation				
Ne lit pas				
N'écrit pas (y compris son propre nom)				
<b><sup>(21)</sup> Changements dans le cycle veille-sommeil</b>				
Sommeil excessif (dort plus)				
Sommeil insuffisant (dort moins)				
Se lève fréquemment le soir				
Est confus le soir				
Dort davantage pendant le jour que d'habitude				
Erre le soir				
Se lève plus tôt que d'habitude				
Dort plus tard que d'habitude				
<b><sup>(22)</sup> Ambulation</b>				
N'est pas sûr lorsqu'il marche par dessus de petites fissures, des lignes sur le sol, un revêtement à motif ou des surfaces inégales				
Marche de façon instable, perd l'équilibre				
Tombe				
A besoin d'aide pour marcher				

	A toujours été le cas	A toujours été le cas, mais s'est empiré	Nouveau symptôme au cours de la dernière année	Ne s'applique pas
<b><sup>(23)</sup> Mémoire</b>				
Ne reconnaît pas des personnes familières (personnel/proches/amis)				
Ne se souvient pas du nom de personnes familières				
Ne se souvient pas d'événements récents (au cours de la dernière semaine)				
Ne retrouve pas son chemin dans des endroits familiers				
Perd la notion du temps (heure, jour de la semaine, saisons)				
Perd ou égare des objets				
Place des objets familiers au mauvais endroit				
Éprouve des problèmes à imprimer ou à signer son propre nom				
Éprouve des problèmes à apprendre de nouvelles tâches ou le nom de nouvelles personnes				
<b><sup>(24)</sup> Comportement et affect</b>				
Erre				
Évite les activités sociales				
Évite les autres personnes				
A perdu intérêt dans les passe-temps et les activités				
Semble se retirer dans son propre monde				
Comportement obsessif ou répétitif				
Cache ou amasse des objets				
Ne sait pas quoi faire avec des objets familiers				
Impulsivité accrue (touche les autres, se dispute, prend des choses)				
Semble incertain, manque de confiance				
Semble anxieux, agité ou nerveux				
Semble déprimé				
Fait preuve de violence verbale				
Fait preuve d'agression physique				
Crises de colère, pleurs incontrôlables, cris				
Fait preuve de léthargie ou d'apathie				
Se parle à lui-même				
<b><sup>(25)</sup> Problèmes autodéclarés de l'adulte</b>				
Changements dans la capacité de faire des choses				
Entend des choses				
Voit des choses				
Changements au niveau des pensées				
Changements au niveau des intérêts				
Changements au niveau de la mémoire				
<b><sup>(26)</sup> Changements visibles importants observés par les autres</b>				
Au niveau de la démarche (p. ex., titube, tombe, marche de façon instable)				
Au niveau de la personnalité (p. ex., abattu lorsqu'il était extraverti)				
Au niveau de l'attitude amicale (p. ex., est maintenant insensible sur le plan social)				
Au niveau de l'attention (p. ex., rate des signaux, distrait)				
Au niveau du poids (p. ex., perte ou prise de poids)				
Au niveau des mouvements volontaires anormaux (tête, cou, extrémités, tronc)				

[Marque la opción que corresponda]

	<sup>(27)</sup> États de santé chroniques*	Problema reciente (el año pasado)	Problema diagnosticado en los últimos 5 años	Problema continuado	Problema no presente
	<b>Os, joints et muscle</b>				
1	Arthrite				
2	Ostéoporose				
	<b>Cœur et circulation</b>				
3	Maladie du cœur				
4	Taux élevé de cholestérol				
5	Hypertension artérielle				
6	Hypotension artérielle				
7	Accident vasculaire cérébral				
	<b>Hormones</b>				
8	Diabète (type 1 ou 2)				
9	Maladie de la thyroïde				
	<b>Poumons/respiration</b>				
10	Asthme				
11	Bronchite chronique, emphysème				
12	Trouble du sommeil				
	<b>Santé mentale</b>				
13	Abus d'alcool ou d'autres drogues				
14	Trouble anxieux				
15	Trouble déficitaire de l'attention				
16	Trouble bipolaire				
17	Démence/Alzheimer				
18	Dépression				
19	Trouble de l'alimentation (anorexie, boulimie)				
20	Trouble obsessionnel-compulsif				
21	Schizophrénie				
22	Autre :				
	<b>Douleur/malaise</b>				
23	Douleur au dos				
24	Constipation				
25	Douleur aux pieds				
26	Douleur ou malaise au niveau du tube digestif				
27	Maux de tête				
28	Douleur au niveau des hanches/genoux				
29	Douleur au niveau du cou/des épaules				
	<b>Sens</b>				
30	Étourdissement/vertige				
31	Déficience auditive				
32	Déficience visuelle				
	<b>Autre</b>				
33	Cancer – type :				
34	Fatigue chronique				
35	Épilepsie/troubles épileptiques				
36	Brûlures d'estomac/reflux acide				
37	Incontinence urinaire				
38	Apnée du sommeil				
39	Tics/trouble du mouvement/spasticité				
40	Douleur au niveau des dents				

\*Éléments tirés du sondage Longitudinal Health and Intellectual Disability Survey (University of Illinois à Chicago)

<sup>(28)</sup> **Médicaments pris actuellement**

**Oui Non Indiquez-en le type**

- Traitement d'états chroniques
- Traitement de problèmes de santé mentale ou de comportement
- Traitement de douleur

Aux fins d'examen, joindre la liste des médicaments pris, la dose et la date à laquelle ils ont été prescrits

- La liste est jointe aux fins d'examen

<sup>(29)</sup> **Commentaires liés à d'autres changements visibles ou préoccupations:**

<sup>(30)</sup> **Prochaines étapes/recommandations**

- Parler au médecin traitant pour l'évaluation
- Examen interne par le personnel clinique
- Inclure dans l'examen annuel/la visite de bien-être annuelle
- Remplir à nouveau l'outil en \_\_\_\_\_ mois

**Renseignements sur le remplissage de l'outil**

<sup>(31)</sup> Date à laquelle l'outil est rempli	<sup>(32)</sup> Organisation/organisme
Nom de la personne qui remplit le formulaire	
Lien avec la personne (personnel, parent, évaluateur, etc.)	
Date(s) à laquelle l'outil a été rempli auparavant	

Indication de la source : Dérivé du DSQIID (\*Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities; Deb, S., 2007) tel qu'il a été adapté dans l'outil Southeast PA Dementia Screening Tool (DST) – avec l'aide de Carl V. Tyler, Jr., MD – et du sondage LHIDS (Longitudinal Health and Intellectual Disability Survey; Rimmer & Hsieh, 2010) et adapté à nouveau par le National Task Group on Intellectual Disabilities and Dementia Practices en tant qu'outil de dépistage précoce de la démence du groupe de travail national à utiliser aux États-Unis.