



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

## **Cadre général de projet**

**Projets d'implantation ciblée en GMF  
pour rehausser l'accès aux services de santé  
et services sociaux avec le soutien  
des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes de services**

Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-71695-2 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014

## TABLE DES MATIÈRES

1. MISE EN CONTEXTE.....	1
a. Envergure de la problématique .....	1
b. Actions posées .....	1
2. NATURE DES PROJETS D'IMPLANTATION CIBLÉE.....	3
a. Les principes à considérer .....	3
b. Les objectifs visés .....	3
c. La stratégie et les modalités de déploiement préconisées : onze étapes .....	5
3. ÉVALUATION DES RÉSULTATS .....	6
a. Au sujet des résultats .....	6
b. Au sujet des processus et des structures.....	6
4. CONTRIBUTION RESPECTIVE DES PARTENAIRES.....	7
a. Ministère de la Santé et des Services sociaux.....	7
b. Agences de la santé et des services sociaux .....	7
c. Réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS).....	8
d. Groupe de médecine de famille, unité de médecine familiale et regroupements de médecins .....	8
e. Établissements du réseau de la santé et des services sociaux .....	8
f. Organismes communautaires .....	9
RAPPEL DES PRINCIPALES ÉTAPES.....	10
5. CONCLUSION .....	11

---

---

## 1. MISE EN CONTEXTE

### a. Envergure de la problématique

Au cours des dernières années, la question des troubles cognitifs liés au vieillissement s'est révélée être une préoccupation de plus en plus importante pour la communauté mondiale. En effet, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la *Alzheimer's disease international* annonçaient en avril 2012 que la démence doit être traitée prioritairement en matière de problème de santé.

Le Québec sera touché de façon toute particulière par l'augmentation du nombre de personnes âgées qui seront atteintes de troubles cognitifs liés au vieillissement. La maladie d'Alzheimer, par exemple, n'est pas partie prenante du vieillissement normal, mais sa prévalence augmente avec l'âge. En se basant sur les estimations produites en 2009 par l'Institut de la statistique du Québec<sup>1</sup>, l'évolution du nombre de cas prévalents<sup>2</sup> chez les 65 ans et plus passera à 115 195 en 2015, à 135 522 en 2020 et à 178 277 en 2030. De plus, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués augmente rapidement<sup>3</sup> : de près de 23 000 en 2008<sup>4</sup>, il s'élèvera à 29 655 en 2015, pour atteindre 45 795 cas en 2030. À ces nombres s'ajoutent les cas de démence rapportés chez les 45 à 64 ans, dont la prévalence relative touche 98,1 personnes par tranche de 100 000 habitants<sup>5</sup>. Au-delà des conséquences majeures pour la personne atteinte, les effets de la maladie se répercutent également de manière significative sur les proches qui assument la plupart du temps le rôle d'aidant.

La situation actuelle et appréhendée a donné naissance à une série d'actions initiées au ministère depuis quelques années.

### b. Actions posées

Un mandat a été confié par le ministre de la Santé et des Services sociaux à un groupe d'experts dirigé par le docteur Howard Bergman. Ce groupe devait lui proposer un plan d'action répondant aux problématiques observées. Il a déposé un rapport qui comprend sept actions prioritaires et 24 recommandations<sup>6</sup>.

À la suite du dépôt de ce rapport puis de son analyse par un groupe de travail ministériel, les recommandations soumises ont été retenues. Elles ont fait l'objet d'un ordonnancement en fonction des priorités dégagées de chacune des actions prioritaires identifiées. Un cadre budgétaire a par la suite été défini de façon à permettre l'actualisation progressive des actions retenues. Ces dernières visent à :

---

<sup>1</sup> Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056 – Édition 2009*. Les calculs se fondent sur le scénario de référence.

<sup>2</sup> Le taux de prévalence est calculé selon le ratio de 80/1000 habitants, tiré de : Étude canadienne sur la santé et le vieillissement (ÉCSV), « Méthodes d'étude et prévalence de la démence ». *Journal de l'Association médicale canadienne* 1994;150:899-913.

<sup>3</sup> Le taux d'incidence provient de : Canadian Study of Health and Aging Working Group, « The Incidence of Dementia in Canada ». *Neurology* 2000;55:66-73

<sup>4</sup> H. Bergman et coll., *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*. Santé et services sociaux Québec, 2009.

<sup>5</sup> RJ Harvey, M Skelton-Robinson et MN Rossor, « The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years ». *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74:1206-1209

<sup>6</sup> Le rapport est disponible à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-829-01W.pdf>.

- Rehausser l'accès aux services de santé et aux services sociaux de première ligne en GMF, UMF ou regroupement de médecins<sup>7</sup> par l'instauration de mesures de soutien concrètes apportées par les deuxième et troisième lignes qui prendront initialement la forme de projets d'implantation ciblée afin d'en tirer des enseignements applicables dans l'ensemble des régions du Québec (en zone urbaine, semi-urbaine et rurale);
- Développer et rendre accessibles des guides de pratique basés sur les données probantes;
- Développer et mettre en place des programmes d'enseignement et de formation pour les intervenants concernés;
- Développer des outils de communication requis pour les intervenants et pour le grand public;
- Permettre un séjour facilité lors d'une hospitalisation en soins aigus;
- Consolider progressivement la gamme de services destinés aux proches aidants en collaboration avec les organismes qui s'impliquent dans ce secteur d'activités, dont la fondation L'Appui aux aidants.

Plusieurs démarches sont en cours pour atteindre chacune de ces cibles. Toutefois, l'objet du présent document concerne uniquement la première cible, soit la réalisation de projets d'implantation ciblée visant une meilleure prise en charge des besoins des personnes atteintes et de leurs proches en première ligne, et ce, tout en assurant à ces intervenants un soutien adéquat des services de deuxième et de troisième lignes.

Divers travaux ont été réalisés afin d'identifier les pratiques à promouvoir dans le cadre des projets d'implantation ciblée. Dans un premier temps, une étude déposée en février 2012<sup>8</sup> rapporte les éléments qui paraissent essentiels pour l'organisation adéquate des services en GMF auprès des personnes atteintes et de leurs proches. Elle propose également certaines stratégies prometteuses ainsi que les obstacles perçus en lien avec la mise en place des services. Enfin, les auteurs présentent des pistes pour la mise sur pied des projets d'implantation ciblée.

Par ailleurs, compte tenu de l'importance particulière des structures de soutien à la première ligne que constituent les cliniques de mémoire/cognition et les équipes de soutien à la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), une revue de littérature et une recension de pratiques jugées exemplaires ont permis d'en circonscrire les mandats et responsabilités. L'implication de cliniciens actifs et réputés au Québec a permis de déterminer par consensus les structures à promouvoir en deuxième ligne. Un document de référence énonçant les paramètres généraux attendus en clinique de mémoire et en équipe SCPD a donc été produit.

Finalement, une intégration des principales composantes de ces trois structures de services (GMF - clinique de mémoire - équipe de gestion des SCPD) a été effectuée dans une optique de complémentarité et de cohérence. Le document faisant état de cette intégration, intitulé *Cahier des exigences structurelles et de contenu*, a par la suite fait l'objet d'une validation auprès des principaux experts concernés.

Les travaux préparatoires requis étant maintenant parachevés, la réalisation des projets d'implantation ciblée peut maintenant débiter.

---

<sup>7</sup> Afin d'alléger le texte, la dénomination « GMF » dans le présent cadre de projet inclut les groupes de médecine de famille, les unités de médecine familiale et les regroupements de médecins en première ligne.

<sup>8</sup> Vedel, Monette et Lapointe, *Portrait des interventions mises en place au sein des groupes de médecine de famille pour les patients avec des troubles cognitifs liés au vieillissement (TCV) (la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées)*, Solidage, 2012.

## 2. NATURE DES PROJETS D'IMPLANTATION CIBLÉE

Articulés en fonction des besoins cliniques des personnes atteintes et de leurs proches, en misant sur la première ligne comme base d'organisation des services, les projets d'implantation ciblée fondés sur les GMF, UMF ou regroupements de médecins en première ligne, se déploieront sur une durée de 24 mois et seront répartis sur le territoire québécois.

Conçus à partir des paramètres d'organisation évoqués plus haut, les projets doivent prévoir l'élaboration ou la consolidation d'un cadre d'intervention clinique qui permettra de répondre étroitement aux besoins des clientèles visées en matière d'accessibilité, de continuité et de qualité des services.

À la suite de la période d'expérimentation, les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles seront dégagées en vue d'une application élargie à l'ensemble du territoire québécois.

La récurrence du financement attribué aux projets d'implantation ciblée sera considérée à la suite d'une évaluation positive des résultats obtenus et de l'analyse économique qui complétera l'exercice.

### a. Les principes à considérer

***Sur le plan clinique, les projets d'implantation ciblée sont :***

- centrés sur l'accessibilité, la continuité et la qualité des services à développer/consolider en réponse aux besoins cliniques de la clientèle à desservir;
- appuyés sur les évidences scientifiques, les meilleures pratiques reconnues et les consensus d'experts;
- conçus de façon à favoriser l'implication des cliniciens lors des diverses étapes du processus clinique.

***Sur le plan organisationnel, les projets d'implantation ciblée sont :***

- intégrés de façon maximale aux structures et aux modalités déjà déployées sans chercher à définir une organisation de services uniquement centrée sur la maladie d'Alzheimer;
- déployés en fonction d'une approche hiérarchisée sur une base populationnelle visant à couvrir ultimement l'ensemble du territoire québécois;
- articulés de façon à favoriser l'interdépendance des diverses parties impliquées en fonction des rôles et responsabilités propres (ASSS – RUIS – établissements – GMF).

### b. Les objectifs visés

Le déploiement de projets d'implantation ciblée vise une meilleure réponse aux besoins des personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement qui se traduit en deux objectifs généraux :

- Rehausser l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à la population québécoise en tenant compte :
  - des besoins particuliers des personnes atteintes et de leurs proches,
  - des particularités géodémographiques du territoire québécois;
- Mettre en place une offre de services intégrée et hiérarchisée dans diverses régions du Québec en fonction des paramètres définis d'organisation.

Plus spécifiquement, les projets ciblent différents objectifs.

### ***Au plan de la pratique clinique***

- Permettre un soutien accru aux médecins et aux autres cliniciens en première ligne par le biais d'un arrimage plus étroit avec les services de deuxième et de troisième lignes en cliniques de mémoires et équipes SCPD, favorisant ainsi le développement de pratiques correspondant aux besoins longitudinaux des clientèles desservies.
- Identifier les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles à promouvoir en vue d'une application élargie.
- Promouvoir le développement d'une pratique professionnelle basée sur les données probantes et sur les meilleures pratiques reconnues.
- Favoriser l'émergence et la consolidation d'une pratique clinique polyvalente dans un contexte d'interdisciplinarité.

### ***Au plan de l'organisation des services***

- Développer une vision globale et intégrée de l'organisation de services en fonction des besoins de la clientèle et de meilleures pratiques définies qui rallient autour d'objectifs communs les acteurs qui s'impliquent tout au long du continuum de services.
- Identifier les éléments facilitateurs et contraignants associés aux structures, aux processus et aux stratégies de développement mis en lumière à partir de l'évaluation des projets.
- Favoriser la transposition progressive de la vision globale et intégrée dans la pratique à partir d'une stratégie flexible et adaptée aux réalités des différentes régions.
- Contribuer à renforcer progressivement, de façon systématique et concertée, chacun des maillons de la chaîne de services dans une optique de continuum de services.
- Favoriser un arrimage plus étroit des secteurs d'activités de la santé publique à ceux des soins et services afin de cibler plus précisément les interventions nécessaires et de mieux évaluer les résultats des actions initiées sur la santé des populations.

### ***Au plan de l'assurance-qualité et de l'amélioration continue***

- Identifier les moyens et les stratégies nécessaires pour instaurer des mesures d'assurance-qualité et d'amélioration continue de la performance qui sont propres à l'organisation des services et qui prévoient des cibles d'amélioration concrètes assorties d'indicateurs.
- Définir des seuils qui permettraient d'établir des standards minimaux de qualité.
- Contribuer à identifier des avenues à développer en matière de transfert de connaissances (formation et enseignement) ainsi que de recherche clinique et évaluative.

**c. La stratégie et les modalités de déploiement préconisées : onze étapes**

1. Sollicitation des agences en vue du dépôt de lettres d'intention provenant d'organismes situés sur leur territoire en tenant compte des paramètres d'organisation définis, précisant :
  - les partenaires du projet et leur engagement,
  - la nature du projet envisagé (objectifs généraux et spécifiques),
  - les clientèles ciblées et le territoire couvert,
  - les principales étapes préconisées de réalisation,
  - le budget annuel jugé nécessaire et sa répartition sommaire.
2. Analyse préliminaire par les agences des lettres d'intention et transmission au MSSS des lettres répondant aux besoins du territoire en identifiant l'ordre de priorité retenu, le cas échéant.
3. Mise sur pied par le MSSS d'un groupe de soutien à l'implantation animé par le MSSS et composé de représentants du MSSS, de partenaires qui s'impliquent provenant des Agences et des RUIS ainsi que d'experts du domaine.
4. Analyse et sélection des lettres d'intention par le groupe de soutien à l'implantation à partir de critères prédéfinis, puis invitation aux promoteurs des lettres d'intention retenus de déposer un projet complet.
5. Mise en place des fonctions de chargés de projet au sein des RUIS afin de soutenir la préparation des projets d'implantation ciblée menés dans leur bassin de desserte et identification des contenus de formation à développer.
6. Analyse des projets soumis et sélection finale des projets retenus par le groupe de soutien à l'implantation ministériel;
7. Attribution des moyens requis (financiers et autres) pour la réalisation des projets d'implantation ciblée s'échelonnant sur une période de deux ans.
8. Analyse, suivi et ajustement progressif des structures de services définies à partir de l'évaluation des résultats effectuée après 6, 12 et 18 mois.
9. Production du rapport d'évaluation de l'ensemble de la démarche à l'issue de la période de deux ans.
10. Consolidation progressive de l'offre de services sur l'ensemble du territoire québécois à partir des enseignements dégagés des projets d'implantation ciblée.
11. Instauration de mesures d'assurance-qualité et d'amélioration continue de l'offre de services.



### 3. ÉVALUATION DES RÉSULTATS

Les projets retenus feront l'objet d'une évaluation dans le cadre d'une recherche subventionnée par le Fonds de recherche du Québec — Santé (FRQS). Dirigée par une équipe externe, cette évaluation permettra de produire des rapports d'étape tous les six mois et un rapport final après deux ans.

L'évaluation se concentrera sur l'efficacité et l'efficience des services rendus d'un point de vue clinique et d'un point de vue économique. Les aspects étudiés seront développés à partir des objectifs visés énumérés précédemment. Ils refléteront notamment :

#### a. Au sujet des résultats

- Le degré de satisfaction de la clientèle desservie au regard du service en soi et de la continuité de l'intervention;
- Le degré de satisfaction des cliniciens qui s'impliquent dans les services ciblés, dont le soutien perçu par les médecins de première ligne au regard de leurs collègues en deuxième ligne;
- La perception des acteurs au sujet de l'efficacité de leurs interventions;
- Les ajustements à promouvoir pour améliorer l'offre de services en GMF, en clinique de mémoire et en équipe SCPD, de même que la continuité entre les services;
- Les coûts induits par les projets;
- Une projection de la couverture clinique requise pour un territoire donné;
- Les meilleures pratiques en contextes urbain, semi-urbain et rural;
- Les impacts observés sur le niveau de fréquentation des services d'urgence.

#### b. Au sujet des processus et des structures

- Les écarts entre, d'une part, les processus et structures prescrits dans le Cahier des exigences et, d'autre part, les processus et structures observés dans les projets;
- Les processus et les structures qui facilitent et qui contraignent l'efficacité du service;
- La présence de données scientifiques communes partagées entre les différents acteurs concernés;
- Les outils utiles pour la planification des services provenant de la Santé publique;
- Les indicateurs de résultats les plus pertinents pour l'appréciation de l'efficience et de la qualité des services rendus;
- La mise en lumière des modalités de fonctionnement des pratiques originales dont les effets s'avèrent probants.

#### 4. CONTRIBUTION RESPECTIVE DES PARTENAIRES

Afin de faciliter la réalisation des projets d'implantation ciblée, des mesures de soutien sont prévues de la part des diverses parties interpellées dans une optique de complémentarité et en fonction de leurs responsabilités respectives.

##### a. Ministère de la Santé et des Services sociaux

- Planifier dans son ensemble la démarche de réalisation des projets d'implantation ciblée en assurant la vision d'ensemble et la cohérence des diverses actions posées. Dans cette optique, le MSSS assure la mise sur pied d'un groupe de soutien à l'implantation composé de représentants du MSSS, des partenaires impliqués des Agences et des RUIS ainsi que d'experts du domaine. En plus de procéder à la sélection initiale des projets, ce groupe suivra l'évolution des travaux en proposant au MSSS les ajustements nécessaires au besoin. Il pourra également se pencher sur les préoccupations qui lui sont formulées par les promoteurs des projets d'implantation ciblée par les chargés de projets.
- Soutenir financièrement la réalisation des projets à partir d'un budget initial de 5 M\$. Ce soutien devrait normalement se traduire par l'attribution d'un montant maximal de 250 000 \$ par projet à répartir entre les promoteurs en fonction des besoins prioritaires identifiés pour assurer le fonctionnement des projets d'implantation ciblée. Les frais administratifs ne pourront excéder 15 % des montants attribués à la réalisation des projets.
- Créer et mettre à jour un portail Web à caractère informationnel et transactionnel (forum) visant à faciliter la réalisation des projets.
  - Le volet informationnel comprendra :
    - la version la plus récente des documents nécessaires pour la préparation des projets d'implantation ciblée;
    - divers outils de nature clinique ou administrative visant à faciliter le fonctionnement des services.
  - Le volet transactionnel permettra aux personnes qui s'y inscriront :
    - d'être avisées de l'ajout ou de la mise à jour de l'information;
    - de participer à une éventuelle communauté axée sur le partage d'informations au regard de l'évolution des projets d'implantation ciblée.
  - L'accès à ce forum pourra être assuré par l'envoi d'une demande en ce sens à l'adresse suivante : [daniel.hetu@msss.gouv.qc.ca](mailto:daniel.hetu@msss.gouv.qc.ca).
- Créer un espace de rencontre permettant l'échange entre les promoteurs et les autres parties prenantes portant sur l'évolution des projets à partir de la production des rapports d'évaluation semestriels.

##### b. Agences de la santé et des services sociaux

- Commencer le démarrage des activités nécessaires à la mise en place progressive des projets d'implantation ciblée sur son territoire.
- Assurer l'organisation des services sur son territoire en matière de structures et favoriser l'instauration de processus cliniques appropriés.
- Au regard des ressources à caractère suprarégional qu'elles accueillent et de la responsabilité indirecte qu'elles détiennent face aux territoires desservis par les RUIS, assurer le soutien nécessaire au déploiement des services dans ces territoires en assurant les concertations nécessaires avec les autres agences concernées par l'offre de services.

- En collaboration avec les RUIS situés sur leur territoire, identifier les entités susceptibles de participer au développement de projets d’implantation ciblée en tenant compte des paramètres d’organisation définis à ce sujet et de la capacité des entités pressenties d’assumer rapidement les rôles prévus.
- Assurer la répartition budgétaire en fonction des besoins prioritaires définis ainsi que le suivi des activités des projets.
- Assurer une représentation au groupe de soutien à l’implantation.

**c. Réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS)**

- En vertu des responsabilités entendues, les RUIS doivent assurer un soutien en vue du rehaussement de la pratique clinique des intervenants qui s’impliquent dans les projets d’implantation ciblée à l’aide des apports suivants :
  - expertise d’appoint dans le cadre d’activités cliniques ponctuelles;
  - soutien en matière d’enseignement et de formation;
  - promotion des meilleures pratiques définies, notamment en lien avec la prise en charge en première ligne de personnes présentant des morbidités multiples;
  - promotion de la recherche clinique et évaluative par le biais, entre autres, du suivi et du monitoring d’activités cliniques en première ligne.
- Déployer un ou des chargés de projet dans chacun des RUIS afin de faciliter la préparation et d’assurer un soutien clinico-administratif à la réalisation des projets d’implantation ciblée déployés sur leur territoire. Des responsabilités communes à l’ensemble des chargés de projet sont définies tout en laissant place à des adaptations en fonction des besoins spécifiques des régions. Le temps de chargé de projet alloué à chacun des RUIS sera défini en fonction des volumes d’activités sur chacun des territoires de RUIS. Ces fonctions seront instaurées pour un maximum de 24 mois, soit la durée prévue pour les projets d’implantation ciblée.
- En collaboration avec l’agence, les RUIS doivent identifier les entités susceptibles de participer au développement de projets d’implantation ciblée en tenant compte des paramètres d’organisation définis à ce sujet et de la capacité des entités pressenties d’assumer rapidement les rôles prévus.

**d. Groupe de médecine de famille, unité de médecine familiale et regroupements de médecins**

- Agissant à titre de maître d’œuvre des projets d’implantation ciblée, les cliniciens qui s’impliquent dans ces structures assurent l’identification des besoins de soutien à la pratique en première ligne en préconisant par la suite l’établissement de liens cliniques fluides avec leurs partenaires de première, deuxième et troisième lignes.
- Participer à la définition des corridors de service, des modalités de communication et de monitoring.

**e. Établissements du réseau de la santé et des services sociaux**

Centres de santé et des services sociaux

- Contribuer au développement d’une stratégie visant à soutenir la mise en place progressive des services visés par les projets d’implantation ciblée tout en contribuant au fonctionnement optimal de ses diverses composantes.
- Contribuer à établir la concertation nécessaire à la consolidation et au développement des ressources requises par les personnes visées.

- Promouvoir l’instauration de critères harmonisés applicables aux diverses étapes et aux lieux d’intervention afin d’assurer la fluidité des interventions effectuées auprès de la clientèle.
- Favoriser et soutenir la complémentarité entre les GMF et les regroupements de médecins qui s’impliquent dans un même projet d’implantation ciblée par le biais de diverses mesures visant le rehaussement de l’accessibilité et la continuité des divers services à offrir aux personnes atteintes de troubles cognitifs et à leurs proches.
- Collaborer étroitement à la mise sur pied et au déploiement des projets d’implantation ciblée avec leurs partenaires des GMF et des regroupements de médecins situés sur leur territoire.

#### Établissements de deuxième et de troisième lignes

- Favoriser le soutien aux services de première ligne par la mise à contribution, le cas échéant, des services spécialisés que constituent notamment les cliniques de mémoire ainsi que les équipes de soutien à la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence en fonction des paramètres d’organisation définis pour chacun.
- Participer à la définition des corridors de service, des modalités de communication et de monitoring.

#### **f. Organismes communautaires**

- Collaborer à la mise en place de l’offre de services par l’apport complémentaire des services relevant de leur secteur d’activité en matière de soutien aux proches aidants, dont l’information, la formation et le répit.

## RAPPEL DES PRINCIPALES ÉTAPES

PRINCIPALES ÉTAPES
Analyse préliminaire par les agences des lettres d'intention et transmission au MSSS des lettres retenues à cette étape
Mise sur pied par le MSSS d'un groupe de soutien à l'implantation
Analyse et sélection des lettres d'intention par le groupe de soutien à l'implantation à partir de critères prédéfinis et invitation aux promoteurs des lettres d'intention retenues de déposer un projet complet
Mise en place des fonctions de chargés de projet au sein des RUIS afin de soutenir la préparation des projets d'implantation ciblée menés dans leur bassin de desserte
Dépôt des projets
Analyse des projets soumis et sélection finale des projets retenus par le groupe de soutien à l'implantation ministériel
Attribution des moyens requis à la réalisation de projets d'implantation ciblée d'approche intégrée pour une période de deux ans
Analyse, suivi et ajustement progressif des structures de services définies à partir de l'évaluation des résultats effectuée après 6, 12, 18 mois
Production du rapport d'évaluation de l'ensemble de la démarche à l'issue de la période de deux ans
Consolidation progressive de l'offre de services sur l'ensemble du territoire québécois à partir des enseignements dégagés des projets d'implantation ciblée
Instauration de mesures d'assurance qualité et d'amélioration continue de l'offre de services

## 5. CONCLUSION

Conscient de l'importance de soutenir l'organisation des services pour la clientèle présentant des problématiques cognitives liées au vieillissement, le ministère de la Santé et des Services sociaux veut doter le réseau d'une infrastructure de services intégrés. De tels services doivent pouvoir s'adapter aux besoins particuliers des personnes atteintes et de leurs proches, et ce, tout en étant efficaces.

Pour ce faire, le ministère préconise la mise en place initiale de projets inspirés par les meilleures pratiques et l'avis d'experts québécois. Ainsi, les services pourront être bonifiés ou créés à partir des connaissances probantes. Une telle approche permettra de proposer, dans un court délai, une offre accrue de services en matière d'accès, de qualité et d'équité. Enfin, les apprentissages réalisés grâce à l'évaluation des projets permettront encore une bonification des services dispensés aux personnes présentant des déficits cognitifs liés au vieillissement.