



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

Cahier des exigences structurelles et de contenu

**Projets d'implantation ciblée en GMF
pour rehausser l'accès aux services de santé
et services sociaux avec le soutien
des 2^e et 3^e 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 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 : 978-2-550-71696-9 (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

Le présent cahier précise les exigences structurelles et de contenu attendues des projets d'implantation ciblée. Il complète les informations énoncées dans le « Cadre général de projet » où sont énoncées les grandes lignes du déploiement.

Les projets visent le développement d'un modèle optimal de soins et de services à partir d'un groupe de médecins en 1^{re} ligne, en lien avec une clinique de mémoire et une équipe affectée à la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Ce modèle permettra un rehaussement de l'accès aux services de 1^{re} ligne grâce à des pratiques plus efficaces.

Afin d'y parvenir, des balises devaient être établies pour définir chacun des services et, ainsi, disposer de critères comparatifs. Une recherche en groupe de médecine de famille (GMF) a alors commencé au cours de l'été 2011. Des travaux sur les cliniques de mémoire et sur les équipes SCPD se sont amorcés dès octobre 2011 pour se terminer en mars 2012. La participation de cliniciens reconnus a permis de définir ces balises, soit des paramètres généraux d'organisation des services entendus par consensus. Ces paramètres ont ensuite servi à établir les exigences du présent cahier.

La rédaction des exigences structurelles et de contenu s'est déroulée en deux temps. Les aspects particuliers aux pratiques en GMF, en clinique de mémoire et en équipe SCPD ont d'abord été rédigés séparément. Ensuite, la lecture de ces aspects a permis de recouper cinq grandes exigences structurelles communes ou utiles aux trois services. Elles ont donc été extraites et placées au début du document. Des personnes ciblées ont également révisé l'ensemble du cahier. La liste, incluant les gens impliqués dans la rédaction des paramètres généraux en clinique de mémoire et en équipe SCPD de même que les réviseurs, est déposée à la dernière page.

Plus spécifiquement, les exigences de contenu pour les pratiques en GMF proviennent de la recherche menée par D^{re} Isabelle Vedel. Les recommandations tirées de son étude ont été traduites avec le souci de les rendre opérationnelles et mesurables, et ce, tout en conservant le sens. L'équipe ministérielle d'implantation et de suivi estime que ces exigences peuvent aussi s'appliquer à une unité de médecine de famille ou à un regroupement de médecins en 1^{re} ligne. Les exigences de contenu en clinique de mémoire et en équipe SCPD proviennent d'une recension des meilleures pratiques québécoises suivie d'un exercice consensuel avec des participants reconnus pour leurs pratiques dans les quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). Ils ont défini des paramètres généraux qui ont été eux aussi traduits de manière opérationnelle. Enfin, des réviseurs ont été individuellement interpellés pour valider les traductions opérationnelles, optimiser la clarté et s'assurer de la recevabilité des énoncés. Leurs commentaires ont été intégrés.

Les travaux réalisés à ce jour répondent à l'intention de mettre en place à court terme les projets d'implantation ciblée. Les exigences font consensus et s'avèrent suffisamment claires pour procéder même si les pratiques requises en GMF s'avèrent moins étoffées que celles des deux services spécialisés. Les projets permettront en effet de rendre plus explicites les rôles et processus, des informations d'ailleurs généralement moins connues au sujet de la 1^{re} ligne. Par conséquent, le contenu du cahier reflète une étape significative dans le développement des connaissances et pour l'implantation d'une offre accrue de services.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui se sont gracieusement impliquées dans le processus de transfert de connaissances en nous livrant leurs pratiques et leurs avis. Le docteur Howard Bergman y a joué un rôle de premier ordre en tant qu'expert membre de l'équipe ministérielle d'implantation et de suivi. Grâce à eux, les connaissances tacites sur l'organisation des services cliniques deviennent explicites, accessibles et transposables, contribuant au corpus de connaissances sur les meilleures pratiques. La mise en place de projets d'implantation ciblée suivie d'une évaluation contribuera à optimiser l'efficacité et la qualité des services offerts.

TABLE DES MATIÈRES

Exigences structurelles	1
Exigences de contenu propres à chacun des éléments de l'offre de services intégrés	2
A. Pratiques en GMF, UMF ou regroupement de médecins'.....	2
B. Pratiques en Clinique de mémoire.....	4
C. Pratiques en équipe SCPD.....	11
Membres des groupes de travail (RUIS) et réviseurs du présent cahier	17

TITRE DU PROJET : _____

Date de rédaction : _____

EXIGENCES STRUCTURELLES

Les exigences qui suivent sont requises¹ pour le bon fonctionnement du projet. Veuillez cocher celles qui reflètent ce dont vous disposez actuellement.

EXIGENCES STRUCTURELLES COMMUNES	REQUIS
1. Un ou plusieurs chargés de projet sont identifiés par territoire de réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS), selon les besoins, pour aider à structurer la démarche de changement et jouer le rôle d'agent facilitateur. Ces personnes doivent être réellement affectées au projet et consacrer au moins la majeure partie de leur temps à cette activité.	<input type="checkbox"/>
2. Une personne ayant un <i>leadership</i> clinique est identifiée dans chaque service participant, soit une personne reconnue par ses pairs pour son intérêt et son expertise dans la gestion des troubles cognitifs liés au vieillissement et qui s'investit comme agent de changement.	<input type="checkbox"/>
3. Les agences de la santé et des services sociaux (Agences), soutenues par les RUIS, s'assurent de la mise en place de corridors d'accès aux examens et aux tests nécessaires à l'établissement du diagnostic (ex. : imagerie cérébrale) pour les GMF, l'unité de médecine familiale (UMF) ou les regroupements de médecins.	<input type="checkbox"/>
4. Appuyées par les RUIS, les Agences s'assurent que des liens fonctionnels soient établis entre le GMF, l'UMF ou le regroupement de médecins, assise du projet de démonstration, et les autres services pour l'établissement du diagnostic, le traitement et le suivi des cas plus complexes. Pour ce faire, elles voient à ce que :	<input type="checkbox"/>
4.1. Les rôles et responsabilités des partenaires soient clairement définis et formalisés par des ententes : mandat et responsabilités des différents services.	<input type="checkbox"/>
4.2. Les liens fonctionnels entre les services soient précisément décrits entre les services, dont les procédures d'acheminement des demandes et des réponses.	<input type="checkbox"/>
4.3. Les critères de référence et de priorité pour les usagers dirigés vers les services spécialisés soient précisés.	<input type="checkbox"/>
4.4. Le partenariat établisse les mesures de soutien offertes par la 2 ^e ligne aux médecins en GMF ou regroupés de même qu'aux intervenants pivots et aux gestionnaires de cas en 1 ^{re} ligne.	<input type="checkbox"/>
4.5. Un système d'informations cliniques soit partagé entre les différents acteurs ² .	<input type="checkbox"/>
4.6. Le CSSS accorde une priorité au regard des grilles d'évaluation du niveau de risque et de besoin pour les usagers ayant des troubles cognitifs liés au vieillissement référés par le GMF ou le regroupement de médecins.	<input type="checkbox"/>
4.7. Il existe une possibilité d'hospitalisation planifiée pour des situations médico-sociales semi-urgentes qui requièrent un bref séjour, évitant ainsi le passage à l'urgence.	<input type="checkbox"/>
5. Les Agences, RUIS et services en implantation ciblée participent à la démarche d'évaluation des projets.	<input type="checkbox"/>

¹ Au moment de rédiger la lettre d'intention, il est possible que des éléments requis soient absents. Si le projet est choisi, les promoteurs du projet s'assureront que tous les éléments requis soient présents pour le début de l'implantation. Prévoyez alors les ressources requises pour ce faire.

² Il faut préconiser le déploiement d'un système d'informations déjà employé par certains services. Le logiciel du RSIPA semble le plus approprié.

EXIGENCES DE CONTENU PROPRES À CHACUN DES ÉLÉMENTS DE L'OFFRE DE SERVICES INTÉGRÉS

A. PRATIQUES EN GMF, UMF OU REGROUPEMENT DE MÉDECINS^{3,4}

Les projets doivent minimalement présenter les contenus requis⁵ énumérés dans le tableau suivant. Veuillez cocher les éléments qui reflètent ce dont vous disposez actuellement.

PRATIQUES EN GMF, UMF OU REGROUPEMENT DE MÉDECINS ⁶	REQUIS	SOUHAITÉ
1. Le groupe de médecins détermine des formations initiales et continues que les médecins et infirmières cliniciennes ⁷ auront suivies ou suivront pendant le projet au sujet des troubles cognitifs liés au vieillissement en préconisant une structure de mentorat.	<input type="checkbox"/>	
2. L'infirmière clinicienne assume un rôle d'intervenant pivot ⁸ avec les outils requis pour ce faire, dont des rencontres pour discussion de cas entre médecin et infirmière.	<input type="checkbox"/>	
3. Le groupe utilise des protocoles, des guides de pratiques cliniques, des formulaires et des outils d'évaluation (préconiser l'emploi ou l'adaptation de documents déjà existants).	<input type="checkbox"/>	
4. À propos de la mise en place d'interventions pour un cheminement optimal des personnes atteintes et de leurs proches aidants :		
4.1. Le processus comprend un repérage des personnes quant à leur état cognitif qui est réalisé par l'infirmière ou le médecin selon des critères établis.	<input type="checkbox"/>	
4.2. Le processus comprend une évaluation cognitive dans le but d'établir un diagnostic, évaluation réalisée par l'infirmière de GMF, puis par le médecin de famille. Il comprend également une référence au besoin en clinique spécialisée de mémoire pour les cas plus complexes.	<input type="checkbox"/>	
4.3. Le processus comprend l'explication du diagnostic à la personne atteinte et aux proches aidants par le médecin d'abord, puis par l'infirmière.	<input type="checkbox"/>	
4.4. Le processus comprend un échange avec l'utilisateur et son proche aidant pour éclairer sa décision sur le fait de prendre ou non une médication. Cet échange contient la transmission d'informations. Le cas échéant, le médecin amorce le traitement pharmacologique et voit à la rédaction des formulaires d'exceptions ⁹ , s'il y a lieu, pour les cas typiques. Il procède de la même manière pour les cas atypiques s'il estime disposer d'un soutien suffisant de la 2 ^e ligne lorsque requis.	<input type="checkbox"/>	
4.5. Le processus comprend le suivi systématique et proactif de l'utilisateur (suivi téléphonique ou visite) par une cogestion du médecin et de l'infirmière en établissant un calendrier de suivi. Le suivi porte notamment sur le traitement pharmacologique et sur l'évolution de l'utilisateur et des besoins de ses proches aidants.	<input type="checkbox"/>	

³ Les éléments de contenus s'inspirent de : 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.

⁴ Rappelons que le groupe de médecins en 1^{re} ligne représente le cœur des projets d'implantation ciblée.

⁵ Au moment de rédiger la lettre d'intention, il est possible que des éléments requis soient absents. Si le projet est choisi, les promoteurs du projet s'assureront que tous les éléments requis soient présents pour le début de l'implantation. Prévoyez alors les ressources requises pour ce faire.

⁶ Afin d'alléger le texte, la dénomination « GMF » dans le cahier des exigences inclut les groupes de médecine de famille, les unités de médecine familiale et les regroupements de médecins.

⁷ Le rôle attendu de coordination en tant qu'intervenante pivot pour des problématiques complexes requiert une formation universitaire de 1^{er} cycle.

⁸ Elle s'avère ainsi la personne responsable privilégiée pour les usagers, les proches aidants et les intervenants du réseau.

⁹ Le formulaire d'exception est rempli en réduisant au mieux le temps requis de la part des cliniciens pour ce faire.

PRATIQUES EN GMF, UMF OU REGROUPEMENT DE MÉDECINS ⁶	REQUIS	SOUHAITÉ
5. Orientation des usagers		
5.1. Les usagers et leurs proches sont dirigés vers des organismes communautaires spécifiques au moment jugé opportun. Ces organismes offrent information et soutien aux aidants.	<input type="checkbox"/>	
5.2. Les usagers et leurs proches sont dirigés vers des CLSC ou vers des intervenants de 1 ^{re} ligne, dont les pharmacies communautaires, si le besoin le justifie.	<input type="checkbox"/>	
6. Délai d'accès		
6.1. Le délai d'attente pour accéder au CT-SCAN est inférieur à 1 mois.		<input type="checkbox"/>
6.2. Le délai d'attente pour une consultation en clinique de mémoire est inférieur à 3 mois.		<input type="checkbox"/>
6.3. Le délai d'attente pour une consultation par une équipe SCPD pour les cas où le comportement compromet à court terme le maintien à domicile est inférieur à 1 mois.		<input type="checkbox"/>
7. Le groupe suit régulièrement les indicateurs suivants à l'aide d'un outil structuré		
7.1. Nombre de nouveaux cas évalués par année ayant des troubles cognitifs liés au vieillissement.	<input type="checkbox"/>	
7.2. Nombre d'usagers en attente d'une évaluation par la clinique de mémoire ou par une équipe SCPD.	<input type="checkbox"/>	
7.3. Délais moyens d'attente des usagers pour une évaluation en clinique de mémoire ou par une équipe SCPD.	<input type="checkbox"/>	
7.4. Proportion de cas référés en 2 ^e ligne pour des troubles cognitifs liés au vieillissement ¹⁰ .	<input type="checkbox"/>	
7.5. Nombre moyen de visites de suivi pour des usagers présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement.	<input type="checkbox"/>	
7.6. Satisfaction des usagers et des proches aidants.	<input type="checkbox"/>	
8. D'autres indicateurs pourraient être développés dont : nombre moyen de visites à l'urgence des usagers connus.		<input type="checkbox"/>

¹⁰ Nombre d'usagers référés en 2^e ligne pour des troubles cognitifs liés au vieillissement/nombre d'usagers ayant des troubles cognitifs liés au vieillissement diagnostiqués x 100.

B. PRATIQUES EN CLINIQUE DE MÉMOIRE¹¹

Les projets doivent minimalement présenter les contenus requis¹² énumérés dans le tableau suivant. Veuillez cocher les éléments qui reflètent ce dont vous disposez actuellement.

PRATIQUES EN CLINIQUE DE MÉMOIRE	REQUIS	SOUHAITÉ
1. Appellation : Le service porte le nom de « clinique de mémoire ».		<input type="checkbox"/>
2. Situation : La clinique est localisée dans un établissement public. Au regard du contexte local ou régional, elle peut aussi être située en cabinet (ex. : cabinet de neurologues, clinique associée), du moment qu'on y assure les mêmes niveaux d'activités cliniques et d'enseignement.	<input type="checkbox"/>	
3. Mandat		
3.1. Comme le précise l'offre de services, la clinique assume les mandats de :		
3.1.1. Soutenir les médecins et les équipes de 1 ^{re} ligne sur les plans du diagnostic et du traitement des troubles cognitifs liés au vieillissement.	<input type="checkbox"/>	
3.1.2. Procéder à l'évaluation diagnostique des troubles cognitifs liés au vieillissement pour des cas complexes (description en 6.1).	<input type="checkbox"/>	
3.1.3. Offrir de la formation continue aux intervenants de la 1 ^{re} ligne et aux partenaires de la 2 ^e ligne.	<input type="checkbox"/>	
3.1.4. Enseigner aux futurs diplômés.	<input type="checkbox"/>	
3.1.5. Participer à des protocoles de recherche subventionnée.		<input type="checkbox"/>
3.2. Comme le précise l'offre de services, les cliniciens de la clinique prennent en charge et assument un suivi conjoint avec les médecins de 1 ^{re} ligne pour les cas plus complexes.	<input type="checkbox"/>	
4. Activités du mandat		
4.1. La clinique réalise des activités diagnostiques, de traitement, d'information et de formation continue (formation aux cliniciens qui exercent déjà).	<input type="checkbox"/>	
4.2. La clinique effectue des activités d'enseignement (formation aux futurs diplômés) et de recherche.		<input type="checkbox"/>
4.3. Le diagnostic est établi à l'aide d'évaluations diagnostiques, de questions relatives au fonctionnement et à la condition psychosociale, des aspects de l'évaluation qui se reflètent dans les outils et formulaires.	<input type="checkbox"/>	
5. Territoire couvert		
5.1. La clinique dessert un territoire régional ou suprarégional.	<input type="checkbox"/>	
5.2. La clinique est associée à un ou des GMF clairement définis ¹³ .	<input type="checkbox"/>	
5.3. Si requis, la clinique recourt à la télésanté pour que le service soit assuré sur l'ensemble de son territoire.		<input type="checkbox"/>

¹¹ Les éléments de contenu s'inspirent de : Équipe ministérielle d'implantation et de suivi - Troubles cognitifs liés au vieillissement, *Paramètres généraux des cliniques de mémoire, MSSS, 13 mars 2012*. Ces paramètres proviennent d'une recension de pratiques québécoises suivie d'une démarche consensuelle d'experts. Ils reflètent les pratiques en 2^e et 3^e lignes.

¹² Au moment de rédiger la lettre d'intention, il est possible que des éléments requis soient absents. Si le projet est choisi, les promoteurs du projet s'assureront que tous les éléments requis soient présents pour le début de l'implantation. Prévoyez alors les ressources requises pour ce faire.

¹³ Bien que l'association entre GMF et clinique de mémoire doive être définie pour des raisons cliniques d'efficience, elle ne s'avère pas restrictive aux personnes du territoire visé.

PRATIQUES EN CLINIQUE DE MÉMOIRE	REQUIS	SOUHAITÉ
6. Clientèle cible		
6.1. À la lumière des motifs de consultation, la clinique reçoit majoritairement des cas complexes de personnes qui présentent des troubles cognitifs, dont la condition nécessite une expertise spécialisée ou pour lesquels le médecin de 1 ^{re} ligne demande une précision diagnostique : présentation atypique de la maladie, démence incertaine au stade précoce, tableau clinique de démence chez des personnes plus jeunes ou dépistage génétique indiqué.	<input type="checkbox"/>	
6.2. À la lumière des motifs de consultation, les personnes référées présentent des problèmes pour lesquels le médecin de 1 ^{re} ligne a besoin de soutien au sujet du diagnostic, du traitement et, parfois, de la prise en charge.		<input type="checkbox"/>
6.3. À la lumière des motifs de consultation, l'usager ou sa famille désirent participer à des recherches diagnostiques ou thérapeutiques.		<input type="checkbox"/>
7. Critères d'exclusion : À la lumière des profils des usagers inscrits, la clinique ne reçoit pas les usagers ayant des conditions telles que des pathologies psychiatriques instables et des abus actif d'alcool ou de substance illicite.	<input type="checkbox"/>	
8. Composition de l'équipe : L'équipe se compose minimalement de :		
8.1. Médecin qui a reçu la formation pour diagnostiquer et traiter les troubles cognitifs, particulièrement la maladie d'Alzheimer et les autres démences : médecin de famille, neurologue, gériatre, psychiatre ou gériopsychiatre	<input type="checkbox"/>	
8.2. Infirmière ¹⁴	<input type="checkbox"/>	
8.3. Neuropsychologue	<input type="checkbox"/>	
8.4. Personne assumant un soutien administratif	<input type="checkbox"/>	
9. Rôles et responsabilités spécifiques de l'infirmière, du neuropsychologue et de l'agent administratif		
9.1. La description de tâches de l'infirmière inclut :		
9.1.1. Rôle de coordination, incluant les liens avec l'infirmière du GMF.	<input type="checkbox"/>	
9.1.2. Triage des références.	<input type="checkbox"/>	
9.1.3. Évaluation qui précède la visite médicale, incluant la liste à jour de la médication.	<input type="checkbox"/>	
9.1.4. Identification des besoins de suivi et de soutien.	<input type="checkbox"/>	
9.1.5. Contribution à l'évaluation de l'état mental (cognition, dépression, anxiété, sommeil) incluant l'administration des tests cognitifs.	<input type="checkbox"/>	
9.1.6. Counselling lié au diagnostic.	<input type="checkbox"/>	
9.1.7. Réponse aux appels des usagers et de leurs proches aidants de même que des intervenants du réseau pour des questions cliniques.	<input type="checkbox"/>	
9.1.8. Consignation au dossier des informations cliniques nécessaires au suivi en soins infirmiers.	<input type="checkbox"/>	
9.1.9. Participation à l'enseignement de l'usager et de ses proches aidants à la suite du diagnostic.	<input type="checkbox"/>	
9.1.10. Suivi des effets, bénéfiques ou indésirables, de la médication prescrite en clinique.	<input type="checkbox"/>	
9.1.11. Intervention lors de crise.	<input type="checkbox"/>	
9.1.12. Références vers les intervenants et les ressources requises de 1 ^{re} et 2 ^e lignes ainsi que vers les organismes communautaires partenaires.	<input type="checkbox"/>	

¹⁴ Les activités attendues de l'infirmière correspondent principalement au profil des activités d'une infirmière clinicienne.

PRATIQUES EN CLINIQUE DE MÉMOIRE	REQUIS	SOUHAITÉ
9.2. La description de tâches du neuropsychologue consiste principalement à :		
9.2.1. Répondre à des demandes ciblées d'évaluation.	<input type="checkbox"/>	
9.2.2. Préciser les atteintes cognitives.	<input type="checkbox"/>	
9.3. L'agent administratif, notamment :		
9.3.1. S'assure que les demandes de références sont complètes.	<input type="checkbox"/>	
9.3.2. Gère les rendez-vous et la grille horaire.	<input type="checkbox"/>	
9.3.3. Confirme les rendez-vous auprès des usagers et du proche aidant identifié.	<input type="checkbox"/>	
9.3.4. Gère les rendez-vous pour les examens complémentaires à faire et retourne les rapports aux médecins et aux professionnels identifiés.	<input type="checkbox"/>	
9.3.5. Entre à l'ordinateur les données nominales et administratives.	<input type="checkbox"/>	
9.4. Les attentes envers la neuropsychologie sont ciblées et précisées. Elles favorisent une réduction des délais pour la réception des résultats d'évaluation.	<input type="checkbox"/>	
9.5. Une révision des rôles de l'infirmière permet d'optimiser le temps consacré à l'évaluation qui précède la visite médicale, au suivi de l'observance thérapeutique médicamenteuse et aux informations transmises à la suite de l'émission du diagnostic.	<input type="checkbox"/>	
10. Modalités de référence		
10.1. Les références proviennent d'un médecin omnipraticien ou spécialiste ¹⁵ .	<input type="checkbox"/>	
10.2. La clinique dispose d'un guichet d'accès.	<input type="checkbox"/>	
10.3. La clinique possède un formulaire de référence pour les médecins qui requièrent une consultation.		<input type="checkbox"/>
10.4. Le formulaire de référence comprend minimalement des informations sur ¹⁶ :		
10.4.1. Les plaintes cognitives, l'histoire médicale et une liste des médicaments.	<input type="checkbox"/>	
10.4.2. Une personne responsable avec ses coordonnées.	<input type="checkbox"/>	
10.4.3. Les impacts fonctionnels et les atteintes au niveau du comportement.		<input type="checkbox"/>
11. Critères de priorité		
11.1. Un niveau de priorité est émis au regard de la demande du référent.	<input type="checkbox"/>	
11.2. Le niveau de priorité est influencé par des critères clairement établis, dont :	<input type="checkbox"/>	
11.2.1. La progression rapide ou atypique de la maladie.	<input type="checkbox"/>	
11.2.2. Un réseau social déficient ou absent.	<input type="checkbox"/>	
11.2.3. La présence d'éléments de risque tels la conduite automobile, les aspects légaux, financiers, sociaux ou médicaux.	<input type="checkbox"/>	
11.3. Le délai maximal d'attente pour une priorité de niveau 1 est d'un mois.		<input type="checkbox"/>
11.4. La clinique emploie une liste d'attente pondérée qui assure une priorisation rigoureuse et équitable.		<input type="checkbox"/>

¹⁵ À la lumière des règles de l'art, le spécialiste qui réfère en clinique de mémoire doit informer le médecin de famille et s'assurer de son accord, puisque ce dernier devra procéder au suivi.

¹⁶ Il est recommandé de produire un formulaire qui se limite à une page où apparaissent également les critères de priorité. Cela tend à faciliter le travail des référents et à optimiser les chances qu'il soit dûment rempli.

PRATIQUES EN CLINIQUE DE MÉMOIRE	REQUIS	SOUHAITÉ
12. Critères concernant le suivi d'un même usager		
12.1. Le processus comprend un suivi minimal d'une visite auprès du médecin et une relance téléphonique, au besoin, faite par l'infirmière.	<input type="checkbox"/>	
12.2. Le processus précise les critères qui déterminent le nombre et la fréquence des suivis, dont le degré d'inquiétude et les besoins d'enseignement de l'usager et de ses proches, la phase dans le traitement pharmacologique, la réponse du patient au traitement et le moment de réception des tests diagnostiques.	<input type="checkbox"/>	
12.3. La clinique propose un suivi prolongé dans les cas suivants :		
12.3.1. Cas complexes qui présentent plusieurs problèmes, en collaboration avec le médecin traitant de 1 ^{re} ligne.	<input type="checkbox"/>	
12.3.2. Patients orphelins en attendant d'identifier un médecin de 1 ^{re} ligne.		<input type="checkbox"/>
12.3.3. Personnes inscrites dans les programmes de recherche.		<input type="checkbox"/>
12.4. Le suivi prolongé se fait de préférence en 1 ^{re} ligne. Dans le cas contraire, le choix de poursuivre le suivi en clinique est justifié au dossier.		<input type="checkbox"/>
13. Communication au référent		
13.1. Une note est envoyée au médecin référent après l'évaluation initiale en clinique.	<input type="checkbox"/>	
13.2. Une note est envoyée au médecin référent après chaque visite médicale.		<input type="checkbox"/>
13.3. Une note est envoyée au médecin référent s'il y a des modifications dans le traitement.	<input type="checkbox"/>	
13.4. Une feuille sommaire est envoyée après l'évaluation initiale, à la place des notes, qui précise le diagnostic, les actions posées, le traitement, la fréquence et les motifs du suivi.		<input type="checkbox"/>
13.5. Les informations transmises au référent sont informatisées.		<input type="checkbox"/>
13.6. Les informations transmises au référent contiennent des recommandations pour le suivi.		<input type="checkbox"/>
14. Provenance du budget principal : La clinique dispose d'un budget spécifique et récurrent provenant du réseau de la santé.	<input type="checkbox"/>	
15. Équipements disponibles		
15.1. La clinique dispose d'équipements diagnostiques ou possède un accès rapide à de tels équipements.	<input type="checkbox"/>	
15.2. Une base de données est accessible pour assurer le suivi efficace des usagers.	<input type="checkbox"/>	
15.3. Une base de données est disponible dans le cadre des activités de recherche.		<input type="checkbox"/>
15.4. La tâche de saisir les informations dans la base de données est assignée en évitant le plus possible de réduire le temps consacré aux activités cliniques.	<input type="checkbox"/>	
16. Délai d'accès aux procédures diagnostiques		
16.1. Le délai d'attente pour accéder au CT-SCAN est inférieur à 1 mois.		<input type="checkbox"/>
16.2. Le délai d'attente pour accéder au PET-SCAN est inférieur à 3 mois.		<input type="checkbox"/>
16.3. Le délai d'attente pour accéder à l'IRM est inférieur à 2 mois.		<input type="checkbox"/>
17. Utilisation des biomarqueurs : Les recommandations de la Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD) ¹⁷ sont appliquées.	<input type="checkbox"/>	

¹⁷ Des précisions seront apportées au cours des ans à la lumière de l'évolution des connaissances scientifiques, notamment à la suite d'une rencontre canadienne de consensus au printemps 2012.

PRATIQUES EN CLINIQUE DE MÉMOIRE	REQUIS	SOUHAITÉ
18. Utilisation des équipements diagnostiques		
18.1. Selon la condition des usagers référés en clinique de mémoire, ces derniers pourront recourir à l'imagerie de base demandée par le médecin référent ou un médecin de la clinique.	<input type="checkbox"/>	
18.2. L'imagerie spécialisée (PET-SCAN et IRM) est réservée à des cas particuliers. Cette pratique respecte les conclusions de la Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD) ¹⁸ .	<input type="checkbox"/>	
19. Rencontre d'équipe pour l'orientation de l'intervention		
19.1. Les activités de la clinique reflètent une approche interdisciplinaire ¹⁹ .	<input type="checkbox"/>	
19.2. Des rencontres d'équipe ont lieu au moins une fois par mois afin de discuter des cas complexes.	<input type="checkbox"/>	
19.3. Les rencontres d'équipe permettent d'établir un consensus qui est consigné au dossier dans un endroit spécifique.	<input type="checkbox"/>	
19.4. Le consensus établi en rencontre d'équipe est consigné au dossier dans un outil spécifique.		<input type="checkbox"/>
20. Orientation des usagers		
20.1. Les usagers et leurs proches sont dirigés vers des organismes communautaires spécifiques dès que le diagnostic est confirmé. Ces organismes offrent information et soutien aux aidants.	<input type="checkbox"/>	
20.2. Les usagers et leurs proches sont dirigés vers des CLSC ou vers des intervenants de 1 ^{re} ligne, dont les pharmacies communautaires, si le besoin le justifie.	<input type="checkbox"/>	
21. Assurance qualité		
21.1. Une assurance de qualité s'effectue régulièrement à l'aide d'audits internes et externes à propos des :		
21.1.1. Processus : évaluation initiale, diagnostic, interventions et suivi, intégration des soins.	<input type="checkbox"/>	
21.1.2. Structures : ressources et organisation de la clinique.	<input type="checkbox"/>	
21.1.3. Résultats : activités de la clinique, satisfaction des usagers et réponse aux besoins.	<input type="checkbox"/>	
22. Indicateurs de suivi		
22.1. La clinique suit régulièrement les indicateurs suivants à l'aide d'un outil structuré :		
22.1.1. Délai moyen d'attente.	<input type="checkbox"/>	
22.1.2. Délai d'attente réel par priorité accordée.	<input type="checkbox"/>	
22.1.3. Nombre d'usagers en attente.	<input type="checkbox"/>	
22.1.4. Nombre de nouveaux cas évalués par année.	<input type="checkbox"/>	
22.1.5. Proportion des nouvelles références au regard de la provenance (1 ^{re} ou 2 ^e ligne).	<input type="checkbox"/>	
22.1.6. Nombre moyen de visites par période donnée.	<input type="checkbox"/>	
22.1.7. Délais d'accès au plateau technique.	<input type="checkbox"/>	

¹⁸ *Idem* à la note précédente.

¹⁹ L'interdisciplinarité se définit comme la « mise en commun des outils et des savoirs de plusieurs disciplines pour approcher un problème, un thème, ou un objet de recherche ». Centrée sur le client, l'apprentissage et l'autonomie, elle requiert un dialogue, des échanges de connaissances, d'analyses et de méthodes entre des disciplines, sur les bases d'une définition collective des problèmes (Agence de Montréal, *Sommaire des concepts et des modalités d'application de l'interdisciplinarité en première ligne – Perspective canadienne et internationale*, 2010, p.13).

PRATIQUES EN CLINIQUE DE MÉMOIRE	REQUIS	SOUHAITÉ
22.1.8. Délai moyen d'attente en neuropsychologie ou par priorité.	<input type="checkbox"/>	
22.1.9. Satisfaction des usagers et des proches.	<input type="checkbox"/>	
22.1.10. Satisfaction des référents.	<input type="checkbox"/>	
22.2. D'autres indicateurs pourraient être développés, dont : Délais d'accès aux services de 1 ^{re} ligne selon les besoins identifiés.		<input type="checkbox"/>
23. Facteurs de réussite d'une pratique en clinique de mémoire et éléments pour optimiser la pratique		
23.1. Elle s'inscrit dans une gamme de services complémentaires (ambulatoires gériatriques et autres spécialités).		<input type="checkbox"/>
23.2. La clinique a accès facilement aux services d'autres disciplines à partir d'un processus établi.		<input type="checkbox"/>
23.3. Si la clinique assume des activités de 3 ^e ligne, elle offre également le service spécialisé de 2 ^e ligne.		<input type="checkbox"/>
23.4. Les membres participent à des activités régulières d'échanges avec des acteurs provenant d'autres cliniques.		<input type="checkbox"/>
23.5. La direction de l'organisation s'engage au soutien des activités de la clinique.	<input type="checkbox"/>	
23.6. L'infirmière et le médecin peuvent être aisément joints au besoin.	<input type="checkbox"/>	

PARAMÈTRES SUPPLÉMENTAIRES PROPRES À UNE CLINIQUE DE MÉMOIRE DE 3 ^e LIGNE	REQUIS	SOUHAITÉ
1. Le mandat spécifique aux activités de 3 ^e ligne comprend :		
1.1. Soutenir les cliniques de mémoire locales ou régionales pour les cas très complexes.	<input type="checkbox"/>	
1.2. Procéder à l'évaluation diagnostique des troubles cognitifs liés au vieillissement pour des cas très complexes ou pour une maladie précoce.	<input type="checkbox"/>	
1.3. Soutenir les médecins et équipes de 2 ^e ligne.	<input type="checkbox"/>	
1.4. Participer à la création et à la présentation de programmes de formation, notamment auprès de professionnels des cliniques de mémoire locales ou régionales.		<input type="checkbox"/>
1.5. Assurer la compatibilité ²⁰ et la qualité de la démarche et des approches des cliniques de mémoire locales ou régionales sur le territoire du RUIS.		<input type="checkbox"/>
1.6. Aider les agences régionales à assurer une couverture territoriale de services, y compris la mise en place de la télésanté.	<input type="checkbox"/>	
1.7. Assumer le <i>leadership</i> du développement de la recherche sur le territoire du RUIS.	<input type="checkbox"/>	
1.8. Réaliser des activités de recherche (participation ou initiation).	<input type="checkbox"/>	
1.9. Élaborer, à partir d'un mandat provincial, des guides de pratique, des outils d'intervention et un site Web avec portail pour les cliniciens.		<input type="checkbox"/>
1.10. Participer à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention dans le domaine de la maladie d'Alzheimer et des maladies connexes.		<input type="checkbox"/>
2. Territoire couvert		
2.1. En 3 ^e ligne, la clinique dessert le territoire d'un RUIS.	<input type="checkbox"/>	
3. Équipements disponibles		
3.1. Une clinique de 3 ^e ligne accède dans un court délai à :		
3.1.1. IRM.	<input type="checkbox"/>	
3.1.2. PET-SCAN dans le cadre des activités de recherche.	<input type="checkbox"/>	
3.1.3. Ponction lombaire dans le cadre des activités de recherche.	<input type="checkbox"/>	
4. Autres		
4.1. Une clinique de 3 ^e ligne est en mesure de réaliser sur place ou à proximité la ponction lombaire.	<input type="checkbox"/>	
4.2. Les membres de l'équipe sont inscrits dans le circuit international de recherche.	<input type="checkbox"/>	

²⁰ Entendons par « compatibilité » l'accord entre les différentes lignes de services quant aux mandats et responsabilités sur un même territoire.

C. PRATIQUES EN ÉQUIPE SCPD²¹

Les projets doivent minimalement présenter les contenus requis²² énumérés dans le prochain tableau. Veuillez cocher les éléments qui reflètent ce dont vous disposez actuellement.

PRATIQUES EN ÉQUIPE SCPD	REQUIS	SOUHAITÉ
1. Nom de l'équipe²³		
1.1. Le nom de l'équipe reflète des services destinés à des personnes âgées présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.		<input type="checkbox"/>
1.2. Le nom de l'équipe intègre l'idée de services ambulatoires.		<input type="checkbox"/>
2. Mandat : Comme le précise l'offre de services, l'équipe assume les mandats suivants²⁴ :		
2.1. Offrir des services spécialisés en matière d'évaluation et d'intervention auprès de la personne de même que des services de soutien adressés aux proches.	<input type="checkbox"/>	
2.2. Assumer les responsabilités d'un service de consultation participative ²⁵ .	<input type="checkbox"/>	
2.3. Être accessible aux médecins en cabinet privé ou regroupés en GMF, aux équipes de CLSC et aux centres d'hébergement pour les SCPD persistants, modérés ou graves.	<input type="checkbox"/>	
2.4. Améliorer la condition de l'aîné et accroître la capacité du milieu clinique à faire face à la situation.	<input type="checkbox"/>	
2.5. Contribuer à prolonger le maintien à domicile des personnes résidentes dans leur milieu de vie.	<input type="checkbox"/>	
2.6. Évaluer et poser un diagnostic de la personne présentant des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la maladie dans le milieu de vie de la personne atteinte.	<input type="checkbox"/>	
2.7. Élaborer, avec l'équipe traitante en 1 ^{re} ligne, un plan d'intervention individualisé biopsychosocial, environnemental et pharmacologique.	<input type="checkbox"/>	
2.8. Contribuer à l'implantation du plan d'intervention en offrant soit du coaching clinique soit de la formation et de l'éducation aux équipes locales de première ligne.	<input type="checkbox"/>	
2.9. Intervenir directement lors de problématiques gériatriques complexes relatives aux symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence.	<input type="checkbox"/>	
3. Activités du mandat		
3.1. L'équipe réalise des activités d'évaluation et de diagnostic; de traitement ²⁶ et soins ²⁷ à brève échéance avec accompagnement des intervenants de 1 ^{re} ligne; d'information aux proches aidants; de formation continue et de coaching.	<input type="checkbox"/>	

²¹ Les éléments de contenu sont inspirés de : Équipe ministérielle d'implantation et de suivi - Troubles cognitifs liés au vieillissement, *Paramètres généraux des équipes SCPD, MSSS, 13 mars 2012*. Ces paramètres proviennent d'une recension de pratiques québécoises suivie d'une démarche consensuelle d'experts.

²² Au moment de rédiger la lettre d'intention, il est possible que des éléments requis soient absents. Si le projet est choisi, les promoteurs du projet s'assureront que tous les éléments requis soient présents pour le début de l'implantation. Prévoyez alors les ressources requises pour ce faire.

²³ Les services décrits ici pourraient se retrouver dans le cadre des activités d'une équipe ambulatoire de psychogériatrie, de gérontopsychiatrie ou de services ambulatoires de gériatrie.

²⁴ En 2^e ligne, pour assurer la couverture de grands territoires et l'efficacité du service, l'équipe peut favoriser la téléconsultation : « tenue de consultations médicales à distance (vidéo interactive) entre des médecins ou d'autres professionnels de la santé dans le but de recueillir un avis de traitement ou de diagnostic pour un cas précis, ou lorsqu'un deuxième avis est nécessaire », Grand dictionnaire terminologique, Office québécois de la langue française, accédé le 26 avril 2012.

²⁵ Service de consultation participative : la consultation se fait dans un contexte où le référent est activement impliqué.

²⁶ « Ensemble de moyens [...] mis en œuvre pour combattre la maladie », Grand dictionnaire terminologique, Office québécois de la langue française, accédé le 1^{er} mars 2012.

²⁷ « Ensemble des actes médicaux, infirmiers, paramédicaux ou périmédicaux qui sont dispensés par un médecin, une infirmière ou tout autre professionnel de la santé, dans un but préventif ou curatif ». *Idem*.

PRATIQUES EN ÉQUIPE SCPD	REQUIS	SOUHAITÉ
3.2. L'équipe réalise des activités d'enseignement et de recherche subventionnée (pour les établissements ayant une affiliation universitaire).		<input type="checkbox"/>
4. Clientèle cible		
4.1. Les personnes référées présentent des problèmes pour lesquels les équipes de 1 ^{re} ligne requièrent du soutien au sujet du diagnostic, du traitement ou de la prise en charge.	<input type="checkbox"/>	
4.2. Les personnes inscrites présentent des symptômes comportementaux et psychologiques complexes suspectés d'être associés à la démence ou aux troubles cognitifs.	<input type="checkbox"/>	
4.3. Les personnes inscrites ont un diagnostic de démence ou de trouble cognitif associé à des manifestations psychiatriques.	<input type="checkbox"/>	
4.4. Les interventions non pharmacologiques et pharmacologiques effectuées en 1 ^{re} ligne auprès des personnes inscrites ne sont pas parvenues à résoudre la situation problématique (pathologies réfractaires ou complexes).	<input type="checkbox"/>	
4.5. Les personnes inscrites ont une situation qui revêt un potentiel de risque sur les plans physique et psychosocial.	<input type="checkbox"/>	
5. Critères d'admission concernant le référent et la situation géographique		
5.1. Les services sont accessibles aux médecins, aux programmes PALV (Programme service Perte d'autonomie liée au vieillissement) et aux centres d'hébergement.	<input type="checkbox"/>	
5.2. Un médecin traitant s'implique dans la demande de référence.	<input type="checkbox"/>	
5.3. L'utilisateur habite à domicile, en résidence privée, en ressource intermédiaire d'hébergement ou en hébergement.	<input type="checkbox"/>	
5.4. L'utilisateur réside idéalement sur le territoire visé par l'offre de services.		<input type="checkbox"/>
6. Critères d'exclusion		
6.1. À la lumière des profils des usagers inscrits, les équipes ne reçoivent pas des usagers qui ont des conditions telles : problème actif d'alcoolisme ou de toxicomanie primaire, profil de santé mentale en l'absence de problématique liée au vieillissement, diagnostic de déficience intellectuelle en l'absence de problématique liée au vieillissement, traumatisme crânio-cérébral en l'absence de problématique liée au vieillissement ou statut de soins palliatifs.		<input type="checkbox"/>
6.2. À la lumière des profils des usagers inscrits, l'équipe ne reçoit pas d'utilisateurs qui nécessitent uniquement une expertise légale, CSST ou Assurances.		<input type="checkbox"/>
7. Composition et particularités de l'équipe		
7.1. L'équipe de base se compose de :		
7.1.1. Médecin compétent ²⁸ dans le diagnostic et le traitement des SCPD (gérontopsiatre, gériatre ou omnipraticien) : il peut être actif au sein même de l'équipe ou être le médecin traitant.	<input type="checkbox"/>	
7.1.2. Infirmière clinicienne.	<input type="checkbox"/>	
7.1.3. Clinicien psychosocial, membre actif au sein même de l'équipe ou intervenant désigné du CLSC.	<input type="checkbox"/>	
7.1.4. Personnel en soutien administratif.	<input type="checkbox"/>	

²⁸ Compétence : « Savoir-agir résultant de la mobilisation et de l'utilisation efficaces d'un ensemble de ressources internes ou externes [...] dans un contexte professionnel », Grand dictionnaire terminologique, Office québécois de la langue française, accédé le 26 avril 2012.

PRATIQUES EN ÉQUIPE SCPD	REQUIS	SOUHAITÉ
7.2. L'équipe s'adjoit les services de médecins spécialistes (gériatre, gérontopsychiatre, psychiatre ou neurologue) ou d'autres membres paramédicaux dont principalement ergothérapeute, neuropsychologue, pharmacien et psychoéducateur.		<input type="checkbox"/>
7.3. L'équipe possède une expertise tant au niveau clinique qu'au niveau du transfert des connaissances de pointe.	<input type="checkbox"/>	
7.4. Les membres de l'équipe ont des expériences et des expertises diversifiées et complémentaires.		<input type="checkbox"/>
8. Modalités de référence		
8.1. Un formulaire de référence est envoyé par le référent à l'équipe.	<input type="checkbox"/>	
8.2. Un intervenant de 1 ^{re} ligne est toujours présent dans le dossier.	<input type="checkbox"/>	
8.3. Les modalités et critères de références sont explicites et connus des référents.	<input type="checkbox"/>	
9. Critères de priorité		
9.1. Le niveau de priorité émis par l'équipe est établi à la lumière de la demande du référent.	<input type="checkbox"/>	
9.2. Le niveau de priorité est influencé par des critères clairement établis, dont :		
9.2.1. Fréquence, gravité et persistance des troubles de comportement.	<input type="checkbox"/>	
9.2.2. Degré de risque dans le milieu de vie.	<input type="checkbox"/>	
9.2.3. Degré d'épuisement du proche aidant.	<input type="checkbox"/>	
9.2.4. Clientèle pour laquelle les informations médicales pertinentes ont été transmises.	<input type="checkbox"/>	
9.3. L'équipe dispose d'une liste d'attente pondérée qui assure une priorisation rigoureuse, constante et équitable.		<input type="checkbox"/>
10. Processus		
10.1. Le processus de soins comprend une évaluation par un membre de l'équipe, une discussion en équipe, l'évaluation si nécessaire par d'autres membres, l'essai des interventions, la présentation du plan d'interventions au référent et aux cliniciens concernés de la 1 ^{re} ligne.	<input type="checkbox"/>	
10.2. Un membre de l'équipe assume la responsabilité du triage et de la priorité des références, au besoin, avec un autre membre de l'équipe.	<input type="checkbox"/>	
10.3. Le processus comprend initialement un échange téléphonique avec le référent à la suite de la réception de la référence. Cet échange sert à préciser le besoin et à déterminer le niveau de priorité.	<input type="checkbox"/>	
10.4. Le processus préconise une évaluation dans le milieu de vie de l'utilisateur.	<input type="checkbox"/>	
10.5. Lors de la présentation du plan d'intervention au référent, l'équipe s'assure de l'applicabilité du plan et de la compétence du référent pour ce faire. Au besoin, elle ajuste son plan et offre le soutien nécessaire au développement des compétences.	<input type="checkbox"/>	
10.6. Une relance est faite après un certain temps, auprès du référent, pour vérifier l'efficacité du traitement.	<input type="checkbox"/>	
11. Critères concernant le suivi		
11.1. L'équipe assure un suivi, à court et moyen termes, jusqu'à la stabilisation de la situation problématique et une prise en charge adéquate par la 1 ^{re} ligne.	<input type="checkbox"/>	
11.2. Le suivi se fait conjointement avec le référent.	<input type="checkbox"/>	
11.3. L'équipe n'assume pas la prise en charge des usagers référés, une responsabilité qui incombe à la 1 ^{re} ligne.	<input type="checkbox"/>	

PRATIQUES EN ÉQUIPE SCPD	REQUIS	SOUHAITÉ
12. Communications avec le référent		
12.1. Le référent reçoit par écrit l'évaluation et les recommandations de l'équipe.	<input type="checkbox"/>	
12.2. Les communications avec le référent sont régulières tout au long du processus : lors de la collecte de données, de la présentation du plan d'intervention, des échanges sur l'applicabilité du plan, du soutien au développement des compétences et du congé.	<input type="checkbox"/>	
13. Budget : Le budget provient des ressources de l'établissement public.	<input type="checkbox"/>	
14. Précisions sur les activités		
14.1. Les activités de l'équipe se fondent sur des données probantes, dont les références sont explicites.	<input type="checkbox"/>	
14.2. Évaluation et diagnostic :		
14.2.1. Un membre de l'équipe procède à une collecte de données auprès de l'utilisateur, du proche aidant, du dossier médical et des cliniciens qui s'impliquent déjà.	<input type="checkbox"/>	
14.2.2. L'évaluation comprend une rubrique sur les attentes de la personne et de son proche aidant.	<input type="checkbox"/>	
14.3. Traitement, soins et accompagnement :		
14.3.1. L'équipe propose une intervention en équipe interdisciplinaire ou réalisée par un seul professionnel selon les besoins évalués.	<input type="checkbox"/>	
14.3.2. Le traitement considère d'abord l'approche non pharmacologique, puis l'approche pharmacologique de la gestion des SCPD.	<input type="checkbox"/>	
14.3.3. L'équipe s'assure que les proches aidants soient orientés vers des ressources qui offrent de l'information, de l'enseignement sur la maladie et du soutien lorsque requis.	<input type="checkbox"/>	
14.3.4. L'équipe s'associe au référent et à l'équipe de soins de 1 ^{re} ligne pour la validation et l'actualisation des recommandations.	<input type="checkbox"/>	
14.4. Formation et information		
14.4.1. La formation continue offerte à la 1 ^{re} ligne s'effectue à l'aide des discussions de cas, des présentations des plans d'intervention et des démonstrations d'interventions in vivo.	<input type="checkbox"/>	
14.4.2. L'équipe propose, en plus à la 1 ^{re} ligne, des périodes déterminées de consultation et d'échanges sur des cas complexes.	<input type="checkbox"/>	
14.4.3. L'équipe dispose d'un programme de formation pour les partenaires : aidants, médecin de famille et intervenants du réseau.		<input type="checkbox"/>
14.4.4. Les membres de l'équipe s'impliquent dans la formation des futurs cliniciens et dans le perfectionnement.		<input type="checkbox"/>
15. Outils et batteries de tests		
15.1. L'équipe dispose d'une échelle d'observation et d'analyse des comportements liés à la démence.	<input type="checkbox"/>	
15.2. L'équipe possède des outils systématiques pour la collecte de données qui couvrent les dimensions biopsychosociale, environnementale et pharmacologique.	<input type="checkbox"/>	
15.3. L'équipe recourt au besoin à des outils et batteries de tests standardisés, dont :	<input type="checkbox"/>	
15.3.1. Le MMSE.		<input type="checkbox"/>
15.3.2. Le MoCA.		<input type="checkbox"/>
15.3.3. Le CMAI (<i>Cohen Mansfield Agitation inventory</i>).		<input type="checkbox"/>

PRATIQUES EN ÉQUIPE SCPD	REQUIS	SOUHAITÉ
15.3.4. Le NPI (<i>Neuropsychiatric Inventory</i>).		<input type="checkbox"/>
15.3.5. Une échelle de dépression.		<input type="checkbox"/>
15.3.6. Une grille d'évaluation des risques.		<input type="checkbox"/>
15.3.7. Une échelle d'épuisement des aidants.		<input type="checkbox"/>
15.3.8. Une grille de repérage du délirium.		<input type="checkbox"/>
16. Rencontre d'équipe pour l'orientation de l'intervention		
16.1. L'équipe recourt à une approche collaborative interdisciplinaire.	<input type="checkbox"/>	
16.2. Un plan d'interventions est élaboré avec le référent et les cliniciens concernés pour chaque usager et révisé en partenariat à la lumière des résultats obtenus.	<input type="checkbox"/>	
16.3. Des rencontres d'équipe ont lieu régulièrement pour des discussions de cas, pour établir les plans d'interventions et pour faire les suivis des cas actifs.	<input type="checkbox"/>	
16.4. Le plan d'intervention est discuté avec l'usager, si pertinent, et ses proches aidants.	<input type="checkbox"/>	
16.5. Le rôle des intervenants de 1 ^{re} ligne est explicite quant à leur responsabilité de prise en charge de la personne référée.	<input type="checkbox"/>	
17. Test des interventions		
17.1. L'efficacité et la faisabilité des interventions auprès de l'usager sont vérifiées tout au long de l'évaluation.	<input type="checkbox"/>	
18. Orientation des usagers		
18.1. L'équipe procède, au besoin, à l'orientation des personnes vers d'autres services spécialisés.	<input type="checkbox"/>	
19. Motifs de référence vers d'autres services spécialisés		
19.1. Le recours principal à d'autres services spécialisés concerne un besoin d'expertise en psychiatrie ou gériopsychiatrie. L'équipe dispose d'ententes formelles pour accéder à ces services spécialisés.	<input type="checkbox"/>	
19.2. Il peut être également motivé par un besoin d'expertise en gériatrie ou en neurologie. L'équipe dispose d'ententes formelles pour accéder à ces services spécialisés.		<input type="checkbox"/>
20. Indicateurs de qualité		
20.1. Le service suit régulièrement les indicateurs suivants à l'aide d'un outil structuré :		
20.1.1. Nombre de nouveaux usagers par année.	<input type="checkbox"/>	
20.1.2. Provenance des références par type de référent.	<input type="checkbox"/>	
20.1.3. Délais d'attente par niveau de priorité.	<input type="checkbox"/>	
20.2. Le service doit également porter attention à des indicateurs de résultats dont :		
20.2.1. Réduction de la fréquence et de la gravité des SCPD observée à l'aide d'un outil quantitatif standardisé.	<input type="checkbox"/>	
20.2.2. Satisfaction de la clientèle (usager et proche aidant).	<input type="checkbox"/>	
20.2.3. Satisfaction des référents.	<input type="checkbox"/>	
20.2.4. Satisfaction des partenaires de soins et de services.	<input type="checkbox"/>	
20.2.5. Effets sur les hospitalisations ou sur les visites à l'urgence.		<input type="checkbox"/>

PRATIQUES EN ÉQUIPE SCPD	REQUIS	SOUHAITÉ
21. Facteurs de réussite d'une équipe SCPD et éléments pour optimiser la pratique		
21.1. L'équipe entretient des liens étroits avec des services spécialisés pour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées au sein d'une même organisation ou à l'aide de corridors de services.		<input type="checkbox"/>
21.2. La direction de l'organisation s'engage à soutenir les activités de l'équipe.	<input type="checkbox"/>	
21.3. Les membres participent à des activités régulières d'échanges avec des acteurs provenant d'autres équipes SCPD.	<input type="checkbox"/>	
21.4. L'organisation préconise l'ouverture de postes professionnels qui couvrent différents services de gériatrie.		<input type="checkbox"/>
21.5. L'équipe peut référer des usagers à une unité d'évaluation et d'intervention pour des personnes qui nécessitent une observation 24h/24, les modalités de référence et de priorités étant entendues avec l'unité.		<input type="checkbox"/>

Paramètres supplémentaires propres à une équipe SCPD de 3 ^e ligne		
1. Le mandat spécifique aux activités de 3 ^e ligne comprend :		
1.1. Appuyer les équipes SCPD ambulatoires locales pour les cas très complexes.	<input type="checkbox"/>	
1.2. Offrir des activités de formation continue aux équipes SCPD ambulatoires locales.	<input type="checkbox"/>	
1.3. Assurer la compatibilité ²⁹ , la qualité de la démarche et des approches des équipes SCPD ambulatoires sur le territoire du RUIS.	<input type="checkbox"/>	
1.4. Aider les agences régionales à assurer une couverture territoriale de services, y compris la mise en place de la télésanté.	<input type="checkbox"/>	
1.5. Assumer le <i>leadership</i> du développement de la recherche sur le territoire du RUIS dans le domaine des SCPD.	<input type="checkbox"/>	
1.6. Élaborer, à partir d'un mandat provincial, des guides de pratique, des outils d'intervention et un site Web avec un portail pour les cliniciens.		<input type="checkbox"/>
1.7. Participer au développement des programmes de formation.	<input type="checkbox"/>	
1.8. Participer à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention dans le domaine des SCPD.		<input type="checkbox"/>
1.9. Appuyer et accompagner les équipes de 2 ^e ligne durant leur implantation.	<input type="checkbox"/>	
1.10. Proposer des services de télésanté ³⁰ en soutien et formation à des établissements dépourvus de services surspécialisés sur leur territoire.	<input type="checkbox"/>	
2. Équipe		
2.1. L'équipe comprend un médecin spécialiste (gériatre, gérontopsychiatre, psychiatre, neurologue).	<input type="checkbox"/>	
3. Précision sur les activités		
3.1. L'instabilité et la complexité de la problématique peuvent justifier des rencontres et suivis réguliers à long terme jusqu'à 18 mois.	<input type="checkbox"/>	

²⁹ Entendons par « compatibilité » l'accord entre les différentes lignes de services quant aux mandats et responsabilités sur un même territoire.

³⁰ Télésanté : « Utilisation des technologies de l'information et de la communication pour le transfert et l'échange à distance de données en matière de santé, que ce soit à des fins éducatives, de traitement, de recherche, de gestion ou de formation », Grand dictionnaire terminologique, Office québécois de la langue française, accédé le 26 avril 2012.

MEMBRES DES GROUPES DE TRAVAIL ET RÉVISEURS DU PRÉSENT CAHIER

Groupe clinique de mémoire

D^{re} Elizabeth Azuelos, RUIS de l'Université de Montréal
D^r Yves Bacher, RUIS de l'Université McGill
D^r Christian Bocti, RUIS de l'Université de Sherbrooke
D^r Rémi W. Bouchard, RUIS de l'Université Laval
D^{re} Lucie Boucher, RUIS de l'Université de Montréal
D^{re} Céline Chayer RUIS de l'Université de Montréal
D^r Howard Chertkow, RUIS de l'Université McGill
D^{re} Marie-Pierre Fortin, RUIS de l'Université Laval
D^r Serge Gauthier, RUIS de l'Université McGill
D^{re} Michèle Houde, RUIS de l'Université Laval
D^{re} Marie-Jeanne Kergoat RUIS de l'Université de Montréal
M^{me} Karine Labarre, RUIS de l'Université Laval
D^r Guy Lacombe, RUIS de l'Université de Sherbrooke
D^r Fadi Massoud RUIS de l'Université de Montréal
D^r Ziad Nasreddine, RUIS de l'Université de Sherbrooke
D^r Claude Patry, RUIS de l'Université Laval
D^r Stéphane Poulin, RUIS de l'Université Laval
D^r Alain Robillard RUIS de l'Université de Montréal
D^{re} Nathalie Shamlan RUIS de l'Université de Montréal
D^r Louis Verret, RUIS de l'Université Laval
D^r Howard Bergman, équipe ministérielle
M. Daniel Héту, équipe ministérielle
M. France Charles Fleury, équipe ministérielle

Groupe équipe SCPD

D^r Georges Aird, RUIS de l'Université de Montréal
D^r Arthur Amyot, RUIS de l'Université de Montréal
D^{re} Éizabeth Azuelos, RUIS de l'Université de Montréal
D^{re} Marie-Andrée Bruneau, RUIS de l'Université de Montréal
D^r René Desautels, RUIS de l'Université McGill
D^r Michel Élie, RUIS de l'Université McGill
D^r Pierre Étienne, RUIS de l'Université McGill
D^{re} Paule Hottin, RUIS de l'Université de Sherbrooke
D^{re} Michèle Houde, RUIS de l'Université Laval
D^{re} Évelyne Keller et son équipe, RUIS de l'Université Laval
M^{me} Nicole Poulin RUIS de l'Université de Montréal
D^r Stéphane Poulin, RUIS de l'Université Laval
D^{re} Nathalie Shamlan RUIS de l'Université de Montréal
D^r Jean-François Trudel, RUIS de l'Université de Sherbrooke
M. Philippe Voyer, RUIS de l'Université Laval
D^r Howard Bergman, équipe ministérielle
M. Daniel Héту, équipe ministérielle
M. France Charles Fleury, équipe ministérielle

Réviseurs

D^{re} Élisabeth Azuelos
D^r Howard Bergman
D^r Rémi W. Bouchard
M^{me} Louise Dugal
D^r Pierre Durand
D^{re} Suzanne Gosselin
D^r Claude Patry
M^{me} Josée Pelletier
D^{re} Isabelle Vedel
M. Philippe Voyer