



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

Équipe ambulatoire
symptômes comportementaux
et psychologiques de la démence (SCPD):
Les paramètres organisationnels

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 : 978-2-550-71697-6 (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

MEMBRES DU GROUPE ÉQUIPE AMBULATOIRE SCPD

D^r Arthur Amyot
D^{re} Élisabeth Azuelos
D^{re} Marie-Andrée Bruneau
D^r René Desautels
M^{me} Johanne Dubé
D^{re} Paule Hottin

D^{re} Michèle Houde
D^{re} Évelyne Keller
M^{me} Nicole Poulin
D^{re} Michelle Rochon
D^{re} Nathalie Shamlan
M. Philippe Voyer

RÉVISEURS

Travaux du groupe et paramètres généraux

D^{re} Élisabeth Azuelos
D^{re} Marie-Andrée Bruneau
M^{me} Annie Fortier
M^{me} Nicole Poulin
M. Philippe Voyer

Exigences de contenu des projets d'implantation ciblée

D^{re} Élisabeth Azuelos
D^r Howard Bergman
D^r Rémi 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

MEMBRES DE L'ÉQUIPE MINISTÉRIELLE D'IMPLANTATION ET DE SUIVI

D^r Howard Bergman
M. Pierre Bouchard
M. France Charles Fleury
M. Daniel Hétu

RÉDACTION ET MÉTHODE

M. France Charles Fleury

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 a joué un rôle de premier ordre en tant qu'expert membre de l'équipe ministérielle d'implantation et de suivi. Grâce à ces personnes, les connaissances tacites sur l'organisation des services cliniques deviennent explicites, accessibles et transposables, contribuant à cerner les connaissances sur les meilleures pratiques et, par conséquent, à l'amélioration des services offerts aux personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement et à leurs proches aidants.

AVANT-PROPOS

Le présent document rapporte les activités et les conclusions du groupe ministériel de travail sur les équipes ambulatoires affectées à la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Les auteurs décrivent la démarche suivie par les participants afin que le lecteur puisse apprécier la valeur des conclusions.

La démarche s'est amorcée à partir des recommandations du rapport sur la maladie d'Alzheimer et sur les maladies apparentées¹. Elle se clôt par l'énumération des paramètres organisationnels d'une équipe ambulatoire SCPD jugés les plus efficaces.

Le processus puise dans l'approche et les méthodes du transfert de connaissances, un choix motivé par deux raisons principales. D'abord, l'absence de littérature scientifique sur les effets des programmes d'équipe ambulatoire SCPD et l'absence d'un cadre de référence québécois incitaient à recourir aux meilleures connaissances disponibles, soit les pratiques actuelles et l'avis d'experts cliniques. De plus, le souci d'une implantation rapide et réussie motivait une telle démarche.

Le recours à un consensus appuyé sur des pratiques d'ici, reconnues par les pairs, accroît en effet les chances d'une application réussie des connaissances acquises à l'ensemble de la province. La réussite s'apprécie autant en matière d'implantation concrète que d'effets positifs. L'utilisation des informations publiées dans cet ouvrage devrait contribuer à l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services offerts aux personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement ainsi qu'à leurs proches aidants. Les travaux ont été réalisés en ce sens, guidés par un intérêt pratique et par le désir d'excellence.

¹ 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.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	i
Mise en contexte	1
Besoins populationnels	1
Mandat du comité d'experts et plan d'action ministériel.....	1
Recommandations spécifiques aux équipes ambulatoires SCPD.....	2
Mandat et activités du groupe de travail	4
Mandat du groupe.....	4
Démarche consensuelle fondée sur une recension des meilleures pratiques québécoises.....	4
Résultats des travaux	6
Tableau synthèse des similarités et des différences observées.....	6
Résultats du sondage sur les similarités et les différences observées.....	6
Paramètres généraux d'une Équipe ambulatoire SCPD de 2 ^e et 3 ^e lignes	7
Paramètres organisationnels : les exigences de contenu	9
1. Nom de l'équipe	10
2. Mandat	10
3. Activités du mandat.....	10
4. Clientèle cible	11
5. Critères d'admission concernant le référent et la situation géographique	11
6. Critères d'exclusion	11
7. Composition et particularités de l'équipe	12
8. Modalités de référence	12
9. Critères de priorité	12
10. Processus	13
11. Critères concernant le suivi	13
12. Communications avec le référent	13
13. Budget	13
14. Précisions sur les activités	13
15. Outils et batteries de tests	14
16. Rencontre d'équipe pour l'orientation de l'intervention.....	15
17. Test des interventions	15
18. Orientation des usagers.....	15
19. Motifs de référence vers d'autres services spécialisés	15
20. Indicateurs de qualité.....	15
21. Facteurs de réussite d'une équipe SCPD et éléments pour optimiser la pratique	16
Pratiques prometteuses de soutien à la 1 ^{re} ligne	18
Offre de services aux référents de 1 ^{re} ligne.....	18
Fonctionnement de l'équipe	18
Accès aux spécialistes de 3 ^e ligne	18
Conclusion : Une démarche originale et des résultats probants	19
Annexe 1 : Paramètres généraux entendus par consensus	20

MISE EN CONTEXTE

Besoins populationnels

En 2008, plus de 100 000 Québécois étaient atteints de la maladie d'Alzheimer². En se basant sur les estimations produites en 2009 par l'Institut de la statistique du Québec³, l'évolution du nombre de cas prévalents⁴ 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 rapidement⁵ : de près de 23 000 en 2008⁶, il s'élèvera à 29 655 en 2015, pour atteindre 45 795 cas en 2030⁷. 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 habitants⁸.

À la lumière de telles projections, une réalité que partagent d'ailleurs les autres pays à revenus élevés⁹, des actions concrètes doivent être posées. Celles-ci viseront à consolider l'offre de services à court et long termes.

Mandat du comité d'experts et plan d'action ministériel

Au regard de l'importance démographique actuelle et à venir de la maladie, de ses répercussions sur la personne comme sur ses proches aidants ainsi que de son impact sur le réseau de la santé et des services sociaux, un comité d'experts a été mandaté en 2007. Présidé par le docteur Howard Bergman, ce comité devait émettre des recommandations pour améliorer les services actuels et pour répondre efficacement à la croissance projetée des personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. Le rapport déposé en 2009 fait état de sept actions prioritaires assorties de recommandations.

Les recommandations ont permis ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de développer une stratégie visant la bonification et l'adaptation des services aux besoins des personnes atteintes de troubles cognitifs liés au vieillissement. Cette stratégie s'est actualisée à compter de l'année financière 2012-2013. Il prévoit des mesures inspirées directement des conclusions du comité d'experts. Les cinq mesures préconisées sont présentées au Tableau 1.

² 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.

³ 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.

⁴ 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.

⁵ 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

⁶ H. Bergman et coll., 2009.

⁷ Institut de la statistique du Québec, Édition 2009

⁸ 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

⁹ Organisation mondiale de la santé, *The global burden of disease: 2004 update (2008)*. [En ligne : http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part4.pdf].

TABLEAU 1 : MESURES PRÉCONISÉES DANS LE CADRE DE LA STRATÉGIE

Mesure 1	Rehausser l'accès aux services de santé et de services sociaux de 1 ^{re} , 2 ^e et 3 ^e lignes en préconisant l'instauration de mesures de soutien concrètes à la première ligne médicale et la mise en place de projets d'implantation ciblée (PIC) déployés sur les territoires des RUIS afin d'en tirer des enseignements applicables pour l'ensemble du Québec.
Mesure 2	Développer et rendre accessibles des guides de pratique.
Mesure 3	Mettre en place des programmes d'enseignement et de formation.
Mesure 4	Mettre en place les outils de communication requis.
Mesure 5	Consolider l'offre de services destinée aux proches aidants.

La première mesure souligne l'instauration de modalités concrètes de soutien à la 1^{re} ligne. Parmi celles-ci se trouvent les équipes ambulatoires SCPD.

Recommandations spécifiques aux équipes ambulatoires SCPD

Le rapport du comité d'experts formule deux recommandations spécifiques à propos des équipes ambulatoires SCPD¹⁰. Il est d'abord recommandé que « le CSSS¹¹, ou un groupe de CSSS en collaboration avec l'Agence¹², mette sur pied une équipe ambulatoire, affectée aux SCPD modérés et graves ». Les services de cette équipe devraient respecter les balises suivantes :

- Accessibilité aux GMF¹³, aux centres de soutien Alzheimer (CSA), aux programmes PALV et à l'ensemble des ressources d'hébergement, y compris les ressources d'hébergement privé et les CHSLD;
- Désignation par le CSSS d'une équipe existante (équipe de gérontopsychiatrie, de gériatrie, etc.) ou création d'une nouvelle équipe en fonction des ressources de la région;
- Lorsque la prise en charge des SCPD dits courants est assumée par les équipes de 1^{re} ligne, disponibilité d'une formation adéquate pour les professionnels et les aidants;
- Les conditions de succès :
 - Des ressources humaines bien formées et possédant l'expertise nécessaire,
 - Un mode de rémunération adapté pour les médecins membres de l'équipe,
 - La disponibilité et la flexibilité des ressources nécessaires de même qu'un fonctionnement souple permettant de répondre aux besoins rapidement et en temps opportun,
 - Une démarche et des approches reconnues, fondées sur des faits probants, ainsi que des normes et des indicateurs de qualité permettant l'analyse comparative des équipes SCPD ambulatoires,
 - Des mécanismes et des critères explicites et harmonisés d'orientation à cette équipe, bien connus des professionnels de la santé;

¹⁰ Bergman et coll. , 2009, 24-26.

¹¹ CSSS : Centre de santé et de services sociaux.

¹² Agence ou ASSS : Agence de la santé et des services sociaux.

¹³ GMF : Groupe de médecine de famille.

- Le mandat :
 - Évaluer et poser un diagnostic de la personne présentant des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la maladie, et ce, dans le milieu de vie de la personne atteinte,
 - Élaborer, avec l'équipe traitante, un plan d'intervention individualisé pharmacologique, psychosocial et environnemental,
 - 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,
 - Assurer un suivi, à court et moyen termes, jusqu'à la stabilisation de la situation problématique;
- L'équipe¹⁴ :
 - Un médecin expert dans le diagnostic et le traitement de SCPD (gérontopsychiatre, gériatre, omnipraticien),
 - Une infirmière,
 - Un clinicien psychosocial,
 - Un coordonnateur.

De plus, il est recommandé que chaque RUIS se dote d'une équipe spécialisée de gérontopsychiatrie présentant les particularités énumérées plus bas.

- Le mandat :
 - Appuyer les équipes SCPD ambulatoires locales pour les cas très complexes;
 - Offrir des activités de formation continue aux équipes SCPD ambulatoires locales;
 - Assurer la compatibilité et la qualité de la démarche et des approches des équipes SCPD ambulatoires locales sur le territoire du RUIS;
 - Aider les Agences régionales à assurer la couverture des services professionnels des équipes SCPD locales et régionales, y inclut la mise en place de la télésanté sur le territoire du RUIS;
 - Assumer le *leadership* du développement de la recherche sur le territoire du RUIS;
 - Élaborer, selon un mandat ministériel, des guides de pratique, des outils d'intervention, un site Web avec portail pour les cliniciens;
 - Participer au développement des programmes de formation;
 - Participer à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention dans le domaine des SCPD.

Afin de décrire de manière opérationnelle les recommandations, un groupe de travail a été constitué. Celui-ci est composé de cliniciens reconnus pour leurs pratiques. Considérant les faiblesses identifiées dans la littérature scientifique par l'INESSS¹⁵, le MSSS a opté pour une approche de transfert des connaissances sur les bases d'une recension des meilleures pratiques québécoises.

¹⁴ En tenant compte des besoins et des effectifs professionnels disponibles dans la région, on déterminera le nombre de professionnels nécessaires (médecin, infirmière, clinicien psychosocial, etc.).

¹⁵ C. Collette et J.-M. Lance, *Services spécialisés destinés aux personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer*, Institut national d'excellence en santé et services sociaux, INESSS, présentation faite le 29 septembre 2011.

MANDAT ET ACTIVITÉS DU GROUPE DE TRAVAIL

Mandat du groupe

Les membres du groupe de travail sur la définition opérationnelle des équipes ambulatoires SCPD avaient le mandat de transmettre aux délégués ministériels et aux responsables du dossier leurs expériences cliniques et organisationnelles. Les activités devaient permettre de statuer sur un modèle commun qui pourrait répondre aux attentes suggérées dans le rapport Alzheimer.

Les participants visaient plus particulièrement trois objectifs :

- Recenser les meilleures pratiques québécoises;
- Définir par consensus les paramètres attendus d'une équipe ambulatoire SCPD sur les bases des similarités et des différences observées entre les pratiques québécoises, dont :
 - Appellation,
 - Mandat,
 - Activités principales,
 - Clientèle (usagers) et critères d'exclusion,
 - Référents,
 - Processus de référence,
 - Membres de l'équipe de base,
 - Membres possibles de l'équipe élargie,
 - Précisions sur l'intégration avec les partenaires,
 - Fonctionnement de l'équipe,
 - Moyens d'actualisation;
- Réviser le modèle après une évaluation formelle de projets dits d'implantation ciblée.

Démarche consensuelle fondée sur une recension des meilleures pratiques québécoises

La démarche devait permettre de déterminer par consensus les paramètres formels qui constituent une équipe ambulatoire SCPD de 2^e et 3^e lignes¹⁶. Pour ce faire, les travaux s'appuyaient sur les meilleures pratiques, entendons « des modes d'organisation ou des interventions reconnues par les pairs comme ayant une valeur ajoutée qui contribue à l'atteinte d'un résultat souhaité »¹⁷. Les experts consultés ont été invités à soumettre des pratiques qu'ils estimaient efficaces sur la base de leur expérience.

Plusieurs experts ont participé aux activités du groupe. Ils provenaient des régions de Laval, Montréal, Québec et Sherbrooke. Afin de déterminer les paramètres organisationnels d'une équipe ambulatoire SCPD, les activités ont pris la forme d'une visioconférence, d'un sondage quantifié et de consultations par courriel. L'estimation du temps investi par les participants se situe entre huit et dix heures.

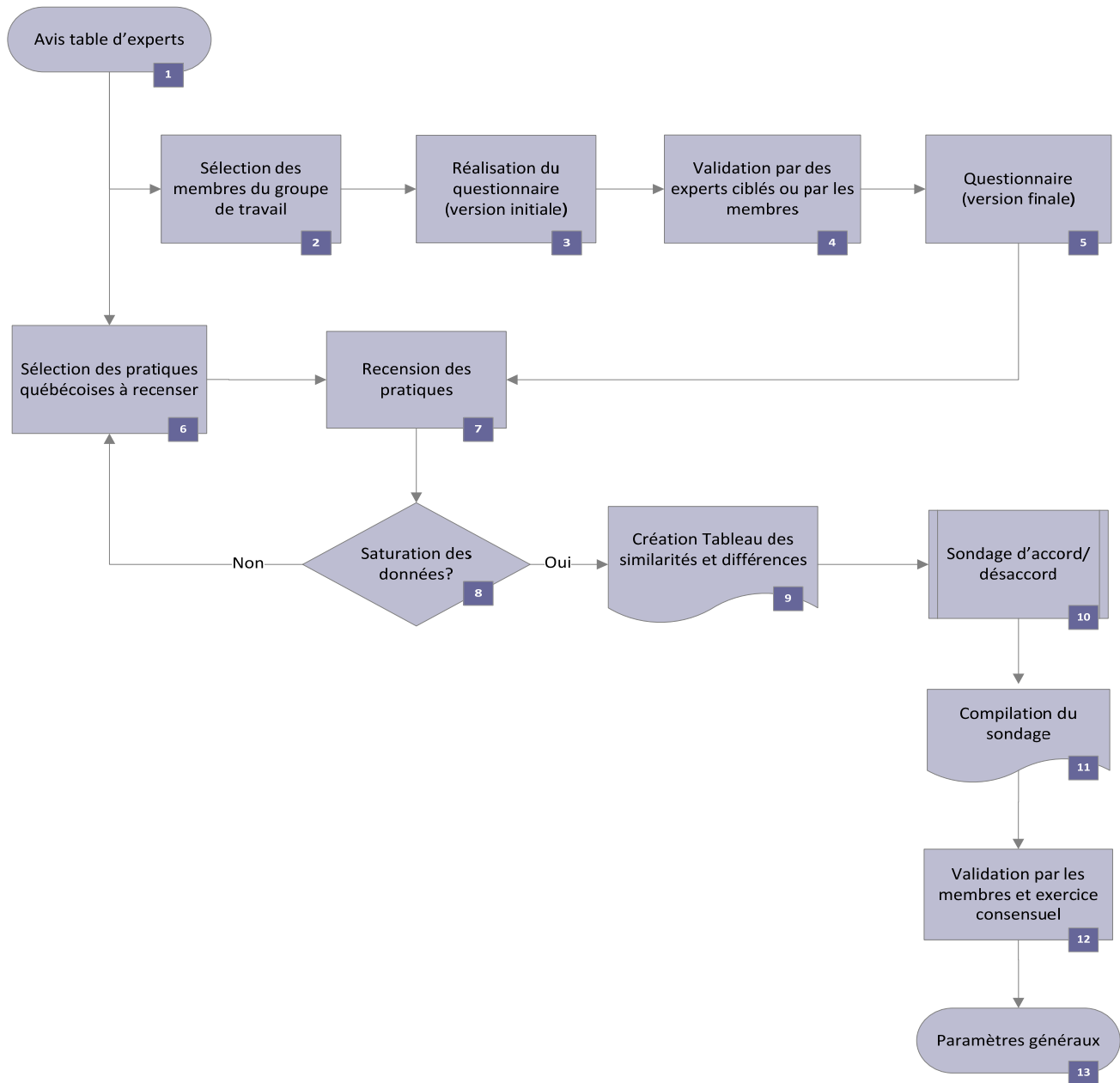
¹⁶ Dans le présent ouvrage, les lignes de services réfèrent à la séquence fonctionnelle de services. Ainsi, au sens du rapport du comité d'experts de 2009, nous entendons par « 2^e ligne » les équipes ambulatoires SCPD et par « 3^e ligne », l'équipe spécialisée de gérontopsychiatrie.

¹⁷ J. Fortin, « Modèle régional de la Montérégie dans la coordination de la gestion des connaissances », *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, 2010, 6-3, p. 43.

La formalisation de la démarche était assurée par les membres de l'équipe ministérielle d'implantation et de suivi. Ces derniers assumaient également la collecte, l'analyse des informations recensées et les validations auprès des participants. Ils s'assuraient de la crédibilité des résultats en validant les contenus à la suite des entrevues de recension des pratiques et en comparant les propos obtenus de différentes sources. Enfin, ils vérifiaient que les synthèses formulées puissent s'appliquer à l'ensemble du réseau de santé québécois.

La démarche consensuelle est versée à la Figure 1. Le détail des activités de chacune des étapes est disponible auprès des membres de l'équipe ministérielle d'implantation et de suivi.

FIGURE 1 : DÉMARCHE CONSENSUELLE



RÉSULTATS DES TRAVAUX

La présente section rapporte les résultats synthétisés. Les données brutes, autrement dit le reflet détaillé de chacune des pratiques, sont disponibles auprès des participants sur le Forum du MSSS ou de l'équipe ministérielle d'implantation et de suivi.

Au total, huit pratiques sont recensées. Les répondants sont principalement des cliniciens qui œuvrent au sein de ces services. Le Tableau 2 présente la liste des pratiques captées en précisant les personnes interviewées et leur organisation.

TABLEAU 2 : PERSONNES INTERVIEWÉES ET ORGANISATIONS

Personnes interviewées	Organisations
D ^r Arthur Amyot, D ^{re} Michelle Rochon	Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal
D ^{re} Élisabeth Azuelos, M ^{me} Annie Fortier	Programme régional ambulatoire gériatrique, CSSS Laval
D ^{re} Marie-Andrée Bruneau	IUGM, Montréal
D ^r René Desautels, M ^{mes} Johanne Dubé et Dolly Dastoor	Hôpital Douglas, Montréal
D ^{re} Paule Hottin	CSSS-IUGS, Sherbrooke
D ^{re} Michèle Houde	Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec
M ^{me} Nicole Poulin	CSSS de la Montagne, Montréal
M. Philippe Voyer	CEVQ, Québec

Tableau synthèse des similarités et des différences observées

Les informations acquises lors des recensions sont synthétisées dans un tableau selon qu'elles reflètent des similarités ou des différences entre les pratiques. Ce tableau représente le premier regroupement des données brutes. Il sert de résultat préliminaire pour la rédaction des paramètres généraux. Les rubriques sont celles du questionnaire d'entrevue.

Au total, 233 énoncés sont identifiés. Par « similarité », nous entendons que la plupart des pratiques recensées rapportent ce paramètre. Par « différence », nous entendons que seulement quelques pratiques recensées rapportent ce paramètre. Les différences peuvent refléter réellement des dissemblances de pratique ou tout simplement des omissions de la part des répondants. Les similarités et les différences sont directement reportées dans le sondage.

Résultats du sondage sur les similarités et les différences observées

Le sondage permet d'apprécier les énoncés qui recueillent un accord significatif de la part des membres du groupe de travail. La compilation sert à amorcer les échanges entre les participants. Elle est disponible auprès des auteurs pour consultation. Ainsi, la valeur quantitative des résultats apparaît secondaire à la représentation ordonnancée des énoncés selon le niveau d'accord.

La compilation met en relief les énoncés selon deux degrés de consensus. Les règles employées sont versées au Tableau 3.

TABLEAU 3 : MESURES PRÉCONISÉES DANS LE CADRE DE LA STRATÉGIE

Consensus fort (accord)	Moyenne $\geq 8/10$; Tous les répondants en accord à $\geq 6/10$; Et écart-type $\leq 1,8$.
Consensus moyen	Moyenne $\geq 8/10$; Majorité des répondants en accord à $\geq 6/10$; Et écart-type $\leq 2,5$.

Les énoncés qui reflétaient un faible consensus auraient nécessité des échanges supplémentaires entre les membres du groupe s'il avait fallu détailler plus avant les particularités des équipes ambulatoires SCPD. L'exercice ne paraissait pas requis vu les résultats déjà enregistrés au regard du mandat de travail.

Paramètres généraux d'une Équipe ambulatoire SCPD de 2^e et 3^e lignes

À partir des similarités observées et des différences ayant obtenu le plus fort niveau de consensus, les participants forment en groupe et individuellement des commentaires. Ils s'attardent à la forme et au contenu des énoncés.

Les différentes étapes de validation permettent de formuler les paramètres généraux d'une équipe ambulatoire SCPD. Ces paramètres décrivent les composantes et le fonctionnement d'une telle équipe en 2^e et 3^e lignes. Des paramètres complémentaires viennent préciser les spécificités d'une équipe de 3^e ligne.

Le résultat prend la forme d'une liste de paramètres classés sous les rubriques du questionnaire initial d'entrevue, des rubriques signifiantes pour les participants. Ces dernières sont rapportées au Tableau 4. Le niveau de détail s'est avéré suffisant pour définir un tel service et, ainsi, établir des paramètres communs en respectant les réalités locales. Les paramètres généraux pour lesquels il y a eu consensus sont versés à l'Annexe 1.

TABLEAU 4 : RUBRIQUES DOCUMENTÉES PAR LES PARAMÈTRES GÉNÉRAUX

1. Nom de l'équipe
 2. Mandat
 3. Activités du mandat
 4. Clientèle cible
 5. Critères d'admission concernant le référent et la situation géographique
 6. Critères d'exclusion
 7. Composition et particularités de l'équipe
 8. Modalités de référence
 9. Critères de priorité
 10. Processus
 11. Critères concernant le suivi
 12. Communication avec le référent
 13. Budget
 14. Précisions sur les activités
 15. Outils et batteries de tests
 16. Rencontre d'équipe pour l'orientation de l'intervention
 17. Test des interventions
 18. Orientation des usagers
 19. Motifs de référence vers d'autres services spécialisés
 20. Indicateurs de qualité
 21. Facteurs de réussite d'une équipe SCPD
 22. Éléments requis pour optimiser la pratique
-

PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS : LES EXIGENCES DE CONTENU

La stratégie utilisée par le MSSS privilégie comme mesure première le rehaussement de l'accès aux services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes avec des mesures concrètes de soutien à la 1^{re} ligne médicale, dont l'accès à une équipe ambulatoire SCPD. Pour ce faire, le MSSS a préconisé la mise en place de projets d'implantation ciblée.

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. Il permettra un rehaussement de l'accès aux services de 1^{re} ligne grâce à des pratiques plus efficaces.

L'appel de projets a nécessité de préciser le cadre général ainsi que les exigences structurelles et de contenus des projets attendus. Les paramètres généraux ont directement servi à définir ces exigences. Afin de rédiger les exigences de contenu, les membres de l'équipe ministérielle d'implantation et de suivi en ont d'abord proposé une traduction opérationnelle, entendons sous une forme plus exécutive et mesurable. Différentes personnes reconnues dans le milieu ont ensuite révisé individuellement les paramètres ainsi reformulés. Ils se sont assurés d'optimiser la clarté et la recevabilité des énoncés. Leurs noms sont cités au début du présent ouvrage. Par conséquent, la formulation de telles exigences reflète une étape importante dans le développement des connaissances et l'implantation d'une offre accrue de services.

Les paramètres organisationnels des équipes ambulatoires SCPD de 2^e et 3^e lignes sont listés au Tableau 5. Les paramètres supplémentaires propres aux équipes de 3^e ligne sont inscrits au Tableau 6. Il demeure 21 des 22 rubriques des paramètres généraux. Les contenus des rubriques absentes se retrouvent en général incorporés dans d'autres rubriques. Le classement des paramètres conserve l'ordonnancement privilégié dans la recension des pratiques. De plus, un poids relatif est déterminé pour chaque paramètre. Les paramètres « requis » s'avèrent obligatoires dans la mise en place d'une équipe ambulatoire SCPD. Les paramètres « souhaités » représentent une valeur ajoutée optionnelle.

Les paramètres reposent sur des pratiques reconnues et sur l'avis d'experts qui sont mis en lumière à l'aide d'une démarche formalisée. L'implantation des paramètres énoncés, une bonne gestion de projet et la bonification du modèle de soins grâce à une évaluation formelle des projets d'implantation ciblée concourent à une meilleure efficacité des soins et services aux aînés.

TABLEAU 5 : PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS DES ÉQUIPES AMBULATOIRES SCPD DE 2^e ET 3^e LIGNES¹⁸

PARAMÈTRES	REQUIS	SOUHAITÉS
1. Nom de l'équipe¹⁹		
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 suivants²⁰ :		
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 ²¹ .	<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, et ce, 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 <i>coaching</i> 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 ²² et de soins ²³ à brève échéance avec accompagnement des intervenants de 1 ^{re} ligne; d'information aux proches aidants; de formation continue et de <i>coaching</i> .	<input type="checkbox"/>	

¹⁸ Rappelons que, dans le présent ouvrage, les lignes de services réfèrent à la séquence fonctionnelle de services. Ainsi, au sens du rapport du comité d'experts de 2009, nous entendons par « 2^e ligne » les équipes ambulatoires SCPD et par « 3^e ligne », l'équipe spécialisée de gérontopsychiatrie.

¹⁹ Les services décrits ici pourraient se retrouver, par exemple, dans le cadre des activités d'une équipe ambulatoire de psychogériatrie, de gérontopsychiatrie ou de services ambulatoires de gériatrie.

²⁰ 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.

²¹ Service de consultation participative : la consultation se fait dans un contexte où le référent s'implique activement.

²² « 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.

TABLEAU 5 : PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS DES ÉQUIPES AMBULATOIRES SCPD DE 2^È ET 3^È LIGNES¹⁸

PARAMÈTRES	REQUIS	SOUHAITÉS
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"/>

²³ « 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*.

TABLEAU 5 : PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS DES ÉQUIPES AMBULATOIRES SCPD DE 2^E ET 3^E LIGNES²⁴

PARAMÈTRES	REQUIS	SOUHAITÉS
7. Composition et particularités de l'équipe		
7.1. L'équipe de base se compose de :		
7.1.1. Médecin compétent ²⁵ dans le diagnostic et le traitement des SCPD (gérontopsychiatre, 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"/>	
7.2. L'équipe s'adjoint 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"/>	

²⁴ Rappelons que, dans le présent ouvrage, les lignes de services réfèrent à la séquence fonctionnelle de services. Ainsi, au sens du rapport du comité d'experts de 2009, nous entendons par « 2^e ligne » les équipes ambulatoires SCPD et par « 3^e ligne », l'équipe spécialisée de gérontopsychiatrie.

²⁵ 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.

TABLEAU 5 : PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS DES ÉQUIPES AMBULATOIRES SCPD DE 2^E ET 3^E LIGNES²⁴

PARAMÈTRES	REQUIS	SOUHAITÉS
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'intervention 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, et ce, 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"/>	
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"/>	

TABLEAU 5 : PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS DES ÉQUIPES AMBULATOIRES SCPD DE 2^e ET 3^e LIGNES²⁶

PARAMÈTRES	REQUIS	SOUHAITÉS
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 déjà impliqués.	<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 leur 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 des batteries de tests standardisés, par exemple :	<input type="checkbox"/>	
15.3.1. Le MMSE.		<input type="checkbox"/>

²⁶ Rappelons que, dans le présent ouvrage, les lignes de services réfèrent à la séquence fonctionnelle de services. Ainsi, au sens du rapport du comité d'experts de 2009, nous entendons par « 2^e ligne » les équipes ambulatoires SCPD et par « 3^e ligne », l'équipe spécialisée de gérontopsychiatrie.

TABLEAU 5 : PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS DES ÉQUIPES AMBULATOIRES SCPD DE 2^E ET 3^E LIGNES²⁶

PARAMÈTRES	REQUIS	SOUHAITÉS
15.3.2. Le MoCA.		<input type="checkbox"/>
15.3.3. Le CMAI (<i>Cohen Mansfield Agitation inventory</i>).		<input type="checkbox"/>
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'intervention est élaboré avec le référent et les cliniciens concernés pour chaque usager. Il est 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'utilisateur, si pertinent, et ses proches aidants.	<input type="checkbox"/>	
16.5. Le rôle des intervenants de 1re 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'utilisateur 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"/>	

TABLEAU 5 : PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS DES ÉQUIPES AMBULATOIRES SCPD DE 2^E ET 3^E LIGNES²⁶

PARAMÈTRES	REQUIS	SOUHAITÉS
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"/>
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 24 h/24, les modalités de référence et de priorités étant entendues avec l'unité.		<input type="checkbox"/>

TABLEAU 6 : PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS SUPPLÉMENTAIRES EN ÉQUIPE AMBULATOIRE SCPD DE 3^E LIGNE

PARAMÈTRES	REQUIS	SOUHAITÉS
1. Le mandat spécifique aux activités de 3e 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 ²⁷ , 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 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 2e ligne durant leur implantation.	<input type="checkbox"/>	
1.10. Proposer des services de télésanté ²⁸ 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 des suivis réguliers à long terme, et ce, jusqu'à 18 mois.	<input type="checkbox"/>	

²⁷ Entendons par « compatibilité » l'accord entre les différentes lignes de services quant aux mandats et responsabilités sur un même territoire.

²⁸ 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.

PRATIQUES PROMETTEUSES DE SOUTIEN À LA 1^{RE} LIGNE

La recension des huit pratiques révèle également des pratiques spécifiques prometteuses, qualifiées ainsi pour deux raisons. Elles s'avèrent d'abord novatrices tout en n'ayant pas fait l'objet d'une étude formelle ou d'une publication. Elles revêtent ensuite un potentiel significatif de produire les effets escomptés en matière de qualité et d'efficacité, selon les répondants consultés. Les lignes suivantes rapportent certaines de ces pratiques prometteuses.

L'objectif de ce présent chapitre se résume à énumérer des exemples. Le groupe de travail ne s'y est pas penché vu son mandat de définir des paramètres généraux. Il s'avérerait toutefois dommage de ne pas livrer ici ces manières créatives de faire. Il est très probable que les projets d'implantation ciblée encouragés par le MSSS permettent d'apprécier les effets de telles pratiques grâce à l'évaluation de programme qui accompagnera l'implantation.

Offre de services aux référents de 1^{re} ligne

- La possibilité pour les intervenants de 1^{re} ligne de consulter, au besoin, un membre de l'équipe SCPD satisfait les cliniciens et paraît une pratique efficace, soit avant même qu'il y ait évaluation de l'utilisateur concerné. La consultation se fait d'une manière informelle ou formelle, respectivement par une communication téléphonique ou en étant invité à des rencontres interdisciplinaires; ou par la présence prévue des membres de l'équipe SCPD dans les CLSC ou dans les centres de soins de longue durée pour des discussions de cas. Les intervenants sont même appelés à consulter avant de remplir la demande de référence. Ces mesures contribueraient à la formation continue des cliniciens tout en leur offrant soit des possibilités d'intervention, soit des réponses relatives à l'orientation de leur client tout en réduisant les temps inutiles de rédaction.

Fonctionnement de l'équipe

- La proximité de l'équipe SCPD avec d'autres programmes de gériatrie faciliterait le développement des compétences fondé sur le partage des expériences et l'accès à certains professionnels. La proximité se traduit par des locaux attenants et par des ressources partagées entre programmes.
- L'expérience et la synthèse des données probantes ont permis la rédaction de protocoles cliniques standardisés. En plus de représenter un outil important pour l'intervenant, ces outils tendent à accroître la qualité et l'efficacité des interventions. Ils servent également d'assise solide pour des activités de mentorat.
- Quant aux défis que posent les troubles de comportement, une mesure formalisée de mentorat permettrait de répondre à des problèmes complexes que rencontrent les intervenants. En effet, malgré la formation continue et les meilleurs outils, la complexité des problèmes rencontrés requiert parfois l'avis d'autres praticiens expérimentés. Des rencontres hebdomadaires de mentorat à durée fixe et à l'aide de vignettes cliniques réelles contribueraient à identifier des solutions pertinentes tout en accroissant les compétences des participants.

Accès aux spécialistes de 3^e ligne

- La possibilité, pour des intervenants de régions éloignées, d'accéder à des services de 3^e ligne par l'entremise de système de télécommunication favoriserait l'accès et soutiendrait le développement des compétences. Un tel accès nécessite des ententes claires de services entre les établissements.

CONCLUSION : UNE DÉMARCHE ORIGINALE ET DES RÉSULTATS PROBANTS

La démarche décrite répond au besoin de développer des connaissances en visant la bonification des pratiques actuelles. La pression de la projection démographique combinée au souci d'optimiser les ressources incite tous les membres du réseau de la santé à recourir aux données probantes pour s'assurer de résultats éloquentes.

Les faiblesses observées par l'INESSS dans les écrits scientifiques ont incité la mise en branle du processus décrit dans le présent rapport. Ainsi, avec une intention constructiviste de transfert des connaissances, des personnes estimées en tant qu'experts ont ciblé des pratiques actuellement en vigueur dans la province. Elles ont été recensées, identifiant ainsi le fonctionnement concret de chacune d'elles, rendant le tacite explicite. À l'aide des similarités et des différences observées dans les pratiques, un groupe de praticiens reconnus a cerné par consensus les paramètres généraux attendus d'une équipe ambulatoire SCPD.

Les paramètres offrent des balises claires et suffisamment opérationnelles pour inspirer la mise en place de projets d'implantation ciblée à l'ensemble du Québec. Un projet de recherche évaluera les écarts entre les pratiques attendues et observées de même que les effets encourus. Il en résultera une bonification des paramètres organisationnels.

En attendant, les paramètres décrits dans le présent ouvrage peuvent servir à une révision des services existants. En effet, ils revêtent un caractère probant, soit une forte probabilité que les changements apportés sur la base de ces connaissances aient pour conséquence de meilleurs résultats à l'instar des pratiques recensées. Cette opportunité est rendue possible grâce à la qualité et à la générosité des praticiens qui ont gracieusement partagé leur savoir.

L'affirmation d'une priorité ministérielle combinée aux paramètres mis en évidence contribuera à bonifier à brève échéance l'offre de services. L'approche privilégiée accroît les chances d'une implantation réussie et la mise en place de services efficaces qui répondront aux besoins des personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement et de leurs proches aidants.

ANNEXE 1 : PARAMÈTRES GÉNÉRAUX ENTENDUS PAR CONSENSUS

Les paramètres généraux d'une équipe ambulatoire SCPD de 2^e et 3^e lignes sont les suivants^{29, 30} :

1. Nom de l'équipe

- 1.1. Le nom de l'équipe reflète des services destinés à des personnes âgées présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.
- 1.2. Le nom de l'équipe intègre l'idée de services ambulatoires.

2. Mandat

- 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.
- 2.2. Assumer les responsabilités d'un service de consultation participative³¹.
- 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.
- 2.4. Améliorer la condition de l'aîné et accroître la capacité du milieu clinique à faire face à la situation.
- 2.5. Contribuer à prolonger le maintien à domicile des personnes qui résident dans leur milieu de vie.
- 2.6. Évaluer et poser un diagnostic de la personne présentant des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la maladie, et ce, dans le milieu de vie de la personne atteinte.
- 2.7. Élaborer, avec l'équipe traitante en 1^{re} ligne, un plan d'intervention individualisé biopsychosocial, environnemental et pharmacologique.
- 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.
- 2.9. Intervenir directement lors de problématiques gériatriques complexes relatives aux symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence.

3. Activités du mandat

- 3.1. Évaluation.
- 3.2. Diagnostic.
- 3.3. Traitement³² et soins³³ à brève échéance avec accompagnement des intervenants de 1^{re} ligne.
- 3.4. Information aux parents et aux proches.
- 3.5. Formation continue et *coaching*.
- 3.6. Enseignement.
- 3.7. Recherche subventionnée (pour les établissements ayant une affiliation universitaire).

²⁹ La version finale porte la date du 13 mars 2012.

³⁰ Les lignes de services réfèrent à la séquence fonctionnelle de services. Ainsi, au sens du rapport du comité d'experts de 2009, nous entendons par « 2^e ligne » les équipes ambulatoires SCPD et par « 3^e ligne », l'équipe spécialisée de gérontopsychiatrie.

³¹ Service de consultation participative : la consultation se fait dans un contexte où le référent s'implique activement.

³² « 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.

³³ « 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*.

4. Clientèle cible

- 4.1. Les personnes référées démontrent 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.
- 4.2. Personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques complexes suspectés d'être associés à la démence ou aux troubles cognitifs.
- 4.3. Personnes présentant un diagnostic de démence ou de trouble cognitif associé à des manifestations psychiatriques
- 4.4. Personnes pour qui les interventions non pharmacologiques et pharmacologiques effectuées en 1^{re} ligne ne parviennent pas à résoudre la situation problématique (pathologies réfractaires ou complexes).
- 4.5. Personnes dont la situation revêt un potentiel de risque sur les plans physique et psychosocial.

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.
- 5.2. La référence provient directement d'un médecin, ou un médecin traitant s'implique dans la demande de référence.
- 5.3. L'utilisateur habite à domicile, en résidence privée, en ressource intermédiaire d'hébergement ou en hébergement.
- 5.4. L'utilisateur réside idéalement sur le territoire visé par l'offre de services.

6. Critères d'exclusion

- 6.1. Les équipes SCPD ne sont pas outillées pour répondre à des conditions telles :
 - 6.1.1. Problème actif d'alcoolisme ou de toxicomanie primaire;
 - 6.1.2. Profil de santé mentale en l'absence de problématique liée au vieillissement;
 - 6.1.3. Diagnostic de déficience intellectuelle en l'absence de problématique liée au vieillissement;
 - 6.1.4. Traumatisme crânio-cérébral en l'absence de problématique liée au vieillissement;
 - 6.1.5. Patient ayant un statut de soins palliatifs.
- 6.2. Personnes qui nécessitent uniquement une expertise légale, CSST ou assurances.

7. Composition et particularités de l'équipe

- 7.1. L'équipe de base se compose de³⁴ :
 - 7.1.1. Médecin compétent dans le diagnostic et le traitement de SCPD (gérontopsychiatre, gériatre ou omnipraticien);
 - 7.1.2. Infirmière;
 - 7.1.3. Clinicien psychosocial;
 - 7.1.4. Personnel en soutien administratif.

³⁴ Certains membres de l'équipe de base peuvent être en 1^{re} ligne moyennant une implication active.

- 7.2. L'équipe peut s'adjoindre les services de médecins spécialistes (gériatre, gérontopsychiatre, psychiatre ou neurologue) et d'autres membres paramédicaux.
- 7.3. L'équipe possède une expertise tant au niveau clinique qu'au niveau du transfert des connaissances de pointe.

8. Modalités de référence

- 8.1. Un formulaire de référence est envoyé par le référent à l'équipe.
- 8.2. Un intervenant de 1^{re} ligne est toujours présent dans le dossier.

9. Critères de priorité

- 9.1. Le niveau de priorité émis par l'équipe est établi au regard de la demande du référent.
- 9.2. Le niveau de priorité peut être influencé par :
 - 9.2.1. Fréquence, gravité et persistance des troubles de comportement³⁵;
 - 9.2.2. Degré de risque à domicile;
 - 9.2.3. Degré d'épuisement du proche aidant;
 - 9.2.4. Clientèle pour laquelle les informations médicales pertinentes ont été transmises.

10. Processus

- 10.1. Le processus de soins comprend une évaluation par un membre de l'équipe, une discussion en équipe, l'évaluation au besoin d'autres membres, l'essai des interventions, la présentation du plan d'intervention au référent et aux cliniciens concernés de la 1^{re} ligne.
- 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.
- 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 les besoins et à déterminer le niveau de priorité.
- 10.4. L'évaluation est conduite idéalement dans le milieu de vie de l'utilisateur. Elle peut également être réalisée en consultation externe.
- 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.
- 10.6. Une relance est faite, après un certain temps, auprès du référent pour vérifier l'efficacité du traitement.

³⁵ Les termes sont tirés des avis des experts consultés lors de la recension des pratiques québécoises et de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. *Lignes directrices nationales – La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement)*. Mai 2006.

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.
- 11.2. Le suivi se fait conjointement avec le référent.
- 11.3. L'équipe n'assume pas la prise en charge des usagers référés, une responsabilité qui incombe à la 1^{re} ligne.

12. Communications avec le référent

- 12.1. Le référent reçoit par écrit l'évaluation et les recommandations de l'équipe.
- 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.

13. Budget

- 13.1. Le budget provient des ressources de l'établissement public.

14. Précisions sur les activités

- 14.1. Les activités de l'équipe se fondent sur des données probantes³⁶.
- 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 déjà impliqués.
- 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;
 - 14.3.2. Le traitement considère d'abord l'approche non pharmacologique, puis l'approche pharmacologique de la gestion des SCPD;
 - 14.3.3. L'équipe s'assure que les proches aidants sont orientés vers des ressources qui offrent de l'information, de l'enseignement sur la maladie et du soutien lorsque requis.

³⁶ À titre d'exemple cités par les praticiens interviewés :

- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. *Lignes directrices nationales – La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement)*. Mai 2006.
- Recension des écrits rapportée dans Voyer, P. (2006) *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie – Une approche adaptée aux CHSLD*, Chapitre 24 : La gestion des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence.
- RMG3 : Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence - Aide-mémoire à la prise de décision, 2009.
- Landreville et coll. *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Édition Edisem Maloine, 2005.
- http://www.cmaj.ca/cgi/collection/diagnosis_and_treatment_of_dementia_series.
- <http://www.cevq.ca/documentation/index.html>.
- <http://www.dsp.santemontreal.qc.ca>.
- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5233/recommandations-de-bonne-pratique?cid=c_5233http://www.rnao.org/Storage/12/645_BPG_DDD.pdf.

14.4. Formation et information :

- 14.4.1. La formation continue offerte à la 1^{re} ligne s'effectue à l'aide des études de cas, des présentations des plans d'intervention et des démonstrations d'interventions in vivo;
- 14.4.2. De plus, l'équipe propose à la 1^{re} ligne des périodes déterminées de consultation et d'échanges sur des cas complexes;
- 14.4.3. Les membres de l'équipe s'impliquent dans la formation des futurs cliniciens et dans leur perfectionnement.

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.
- 15.2. L'équipe possède des outils systématiques pour la collecte de données qui couvrent les dimensions biopsychosociale, environnementale et pharmacologique.
- 15.3. L'équipe recourt, au besoin, à des outils et à des batteries de tests standardisés dont :
 - 15.3.1. Le MMSE;
 - 15.3.2. Le CMAI (*Cohen Mansfield Agitation inventory*);
 - 15.3.3. Le NPI (*Neuropsychiatric Inventory*);
 - 15.3.4. Une échelle de dépression;
 - 15.3.5. Une grille d'évaluation des risques;
 - 15.3.6. Une échelle d'épuisement des aidants.

16. Rencontre d'équipe pour l'orientation de l'intervention

- 16.1. L'équipe recourt à une approche collaborative interdisciplinaire.
- 16.2. Un plan d'intervention est élaboré avec le référent et les cliniciens concernés pour chaque usager et il est révisé en partenariat à la lumière des résultats obtenus.
- 16.3. Des rencontres d'équipe ont lieu régulièrement pour faire des études de cas, pour établir les plans d'interventions et pour assurer le suivi des cas actifs.
- 16.4. Le plan d'intervention est discuté avec l'usager, si pertinent, et ses proches aidants.

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.

18. Orientation des usagers

- 18.1. L'équipe procède, au besoin, à l'orientation des personnes vers d'autres services spécialisés.

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 en gériopsychiatrie.
- 19.2. Il peut être également motivé par un besoin d'expertise en gériatrie ou en neurologie.

20. Indicateurs de qualité

- 20.1. Les équipes doivent se préoccuper de certains indicateurs au sujet de l'accessibilité au service, dont :
 - 20.1.1. Nombre de nouveaux usagers par année;
 - 20.1.2. Provenance des références par type de référent;
 - 20.1.3. Délais d'attente.
- 20.2. Elles doivent 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;
 - 20.2.2. Satisfaction de la clientèle (usager et proche aidant);
 - 20.2.3. Satisfaction des référents;
 - 20.2.4. Satisfaction des partenaires de soins et services;
 - 20.2.5. Effets sur les hospitalisations ou sur les visites à l'urgence.

21. Facteurs de réussite d'une équipe SCPD

- 21.1. Différents facteurs sur le plan du réseau de services contribuent à la réussite et à l'efficacité du service, soit :
 - 21.1.1. Des ententes pour accéder à des services spécialisés gériatriques et psychiatriques;
 - 21.1.2. La qualité du partenariat et de l'arrimage avec les intervenants de première ligne;
 - 21.1.3. Des mécanismes et des critères de références vers l'équipe explicites, harmonisés et connus des référents;
 - 21.1.4. Une explication claire du rôle des intervenants de 1^{re} ligne sur leur responsabilité de prise en charge de la personne référée;
 - 21.1.5. L'existence d'un programme de formation des partenaires (famille, médecin de famille, intervenants du réseau, population);
 - 21.1.6. Un continuum de services clairement défini;
 - 21.1.7. La proximité de l'équipe 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.
- 21.2. Sur le plan des pratiques cliniques :
 - 21.2.1. Une démarche et des approches fondées sur des données probantes;
 - 21.2.2. Un travail interdisciplinaire avec une approche collaborative;
 - 21.2.3. Une approche centrée sur l'utilisateur et sa famille;
 - 21.2.4. Des interventions adaptées aux besoins spécifiques qui tiennent compte de la problématique et de la réalité du milieu;
 - 21.2.5. Le rôle de pivot joué par un membre de l'équipe;
 - 21.2.6. Une évaluation et une intervention réalisées le plus souvent possible dans le milieu de vie de la personne;
 - 21.2.7. La rédaction et la présentation d'un rapport complet.

21.3. Sur le plan des ressources humaines :

- 21.3.1. La disponibilité et la flexibilité des ressources nécessaires;
- 21.3.2. La compétence des services (équipes et médecins traitants) de 1^{re} et 2^e lignes pour l'évaluation et la prise en charge des problématiques de SCPD;
- 21.3.3. La qualité de la formation et l'expertise des membres de l'équipe;
- 21.3.4. La diversité et la complémentarité des expériences des membres de l'équipe;
- 21.3.5. La cohésion de l'équipe;
- 21.3.6. Une équipe interdisciplinaire complète sur place ou dont les membres sont aisément accessibles.

21.4. Sur le plan organisationnel ou administratif :

- 21.4.1. La présence de normes et d'indicateurs de qualité pour réaliser une analyse comparative des équipes;
- 21.4.2. Un fonctionnement souple permettant un accès aisé au service et une réponse rapide aux besoins, et ce, en temps opportun;
- 21.4.3. Une liste d'attente pondérée qui assure une priorisation rigoureuse, constante et équitable;
- 21.4.4. Une rencontre d'équipe régulière et une gestion étroite des demandes de consultation;
- 21.4.5. La confiance et la reconnaissance des directeurs de l'organisation envers le service;
- 21.4.6. Un mode de rémunération adapté pour les médecins membres de l'équipe.

22. Éléments requis pour optimiser la pratique

22.1. Afin d'optimiser la pratique actuelle, il faudrait préconiser les actions suivantes sur le plan du développement des ressources :

- 22.1.1. Développer les connaissances en 1^{re} ligne afin d'assurer une intervention précoce et un meilleur continuum de soins;
- 22.1.2. Promouvoir des lignes directrices claires adaptées à chacune des disciplines;
- 22.1.3. Cibler du financement pour un programme de formation des intervenants de 1^{re} ligne sur les SCPD;
- 22.1.4. Créer une communauté scientifique et de pratique solide à l'aide de réunions scientifiques et administratives régulières des acteurs des cliniques de cognition et des équipes SCPD du Québec.

22.2. Sur le plan de l'organisation du service :

- 22.2.1. Pouvoir compter sur une infirmière clinicienne désignée;
- 22.2.2. Constituer une véritable équipe multidisciplinaire en collaboration avec la 1^{re} ligne;
- 22.2.3. Préconiser l'ouverture de postes qui peuvent couvrir différents services de gériatrie;
- 22.2.4. Disposer d'un soutien clérical.

22.3. Sur le plan du réseau de services :

- 22.3.1. Mieux définir les services et les responsabilités spécifiques des lignes de services;
- 22.3.2. Mettre en place un continuum de soins de 2^e – 3^e – 1^{re} lignes formalisé par des ententes avec les équipes des CSSS;
- 22.3.3. Augmenter les PREM à la hauteur des besoins;

- 22.3.4. Ouvrir des lits d'évaluation et d'intervention pour patients atteints de démence et SCPD;
- 22.3.5. Minimiser le nombre de déplacements en milieu de vie substitut et accroître le nombre de RI adaptées et accessibles pour réduire les délais de transfert;
- 22.3.6. Accéder, dans un délai raisonnable, à un service d'évaluation psychosociale pour régime de protection;
- 22.3.7. Accéder, dans un délai raisonnable, à des services de maintien à domicile.

Aux paramètres énoncés s'ajoutent des paramètres propres à une équipe sise en 3^e ligne.

1. Mandat

- 1.1. Appuyer les équipes SCPD ambulatoires locales pour les cas très complexes.
- 1.2. Offrir des activités de formation continue aux équipes SCPD ambulatoires locales.
- 1.3. Assurer la compatibilité et la qualité de la démarche et des approches des équipes SCPD ambulatoires locales sur le territoire du RUIS.
- 1.4. Aider les agences régionales à assurer la couverture des services professionnels des équipes SCPD locales et régionales. Cela inclut la mise en place de la télésanté sur le territoire du RUIS.
- 1.5. Assumer le *leadership* du développement de la recherche sur le territoire du RUIS dans le domaine des SCPD.
- 1.6. Élaborer, selon un mandat ministériel, des guides de pratique, des outils d'intervention, un site Web avec portail pour les cliniciens.
- 1.7. Participer au développement des programmes de formation.
- 1.8. Participer à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention dans le domaine des SCPD.
- 1.9. Appuyer et accompagner les équipes de 2^e ligne durant leur implantation.
- 1.10. Proposer des services de télésanté en soutien et de la formation à des établissements dépourvus de services surspécialisés sur leur territoire.

2. Équipe

- 2.1. L'équipe comprend un médecin spécialiste (gériatre, gérontopsychiatre, psychiatre, neurologue).

3. Précision sur les activités

- 3.1. L'instabilité et la complexité de la problématique peuvent conditionner des rencontres et un suivi régulier allant jusqu'à 18 mois.

4. Facteurs de réussite et d'optimisation

- 4.1. L'investissement dans l'encadrement et la structure du projet en télésanté pour le développement rapide de l'autonomie et de la compétence du partenaire distant apparaît comme un facteur contributif à la réussite et à l'efficacité du service offert.
- 4.2. Une ouverture de PREM RUIS gérontopsychiatrie s'avère requise pour offrir des services de téléconsultation en soutien et de la formation à d'autres milieux.