



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

# **Clinique de mémoire :**

## **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](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications****

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-71698-3 (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 CLINIQUE DE MÉMOIRE**

D<sup>re</sup> Elizabeth Azuelos  
D<sup>r</sup> Yves Bacher  
D<sup>r</sup> Howard Bergman  
D<sup>r</sup> Christian Bocti  
D<sup>r</sup> Rémi W. Bouchard  
D<sup>re</sup> Lucie Boucher  
D<sup>re</sup> Céline Chayer  
D<sup>r</sup> Howard Chertkow  
D<sup>re</sup> Marie-Pierre Fortin  
D<sup>r</sup> Serge Gauthier  
D<sup>re</sup> Michèle Houde

D<sup>re</sup> Marie-Jeanne Kergoat  
M<sup>me</sup> Karine Labarre  
D<sup>r</sup> Guy Lacombe  
D<sup>r</sup> Fadi Massoud  
D<sup>r</sup> Ziad Nasreddine  
D<sup>r</sup> Claude Patry  
D<sup>r</sup> Stéphane Poulin  
D<sup>r</sup> Alain Robillard  
D<sup>re</sup> Nathalie Shamlian  
D<sup>r</sup> Louis Verret

## **RÉVISEURS**

### **Travaux du groupe et paramètres généraux**

D<sup>re</sup> Marie-Pierre Fortin  
D<sup>re</sup> Marie-Jeanne Kergoat  
D<sup>r</sup> Fadi Massoud

### **Exigences de contenu des projets d'implantation ciblée**

D<sup>re</sup> Élisabeth Azuelos  
D<sup>r</sup> Howard Bergman  
D<sup>r</sup> Rémi Bouchard  
M<sup>me</sup> Louise Dugal  
D<sup>r</sup> Pierre Durand  
D<sup>re</sup> Suzanne Gosselin  
D<sup>r</sup> Claude Patry  
M<sup>me</sup> Josée Pelletier  
D<sup>re</sup> Isabelle Vedel  
M. Philippe Voyer

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

D<sup>r</sup> Howard Bergman  
M. Pierre Bouchard  
M. France Charles Fleury  
M. Daniel Héту

## **MÉTHODE ET RÉDACTION**

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 des informations sur leurs pratiques et en donnant leur 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 eux, les connaissances tacites sur l'organisation des services cliniques deviennent explicites, accessibles et transposables, contribuant ainsi au corpus de 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 conclusions du groupe ministériel de travail sur les cliniques de mémoire<sup>1</sup>. Les auteurs souhaitent décrire la démarche suivie par les participants afin que le lecteur puisse apprécier la valeur des propositions.

La démarche s'est amorcée sur la base des recommandations formulées par le groupe d'experts au sujet de la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées<sup>2</sup>. Elle se clôt par l'énumération des paramètres organisationnels d'une clinique de mémoire 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 de clinique de mémoire et l'absence d'un cadre de référence québécois incitaient à recourir aux meilleures connaissances disponibles, c'est-à-dire aux pratiques actuelles et à 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 que d'effets positifs. L'utilisation des informations publiées ici devrait contribuer significativement 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.

---

<sup>1</sup> Le terme « clinique de cognition » est celui que le comité d'experts présidé par le docteur Howard Bergman a suggéré. Toutefois, les praticiens qui se sont impliqués dans le groupe de travail lui ont préféré « clinique de mémoire » pour ses références auprès de la population générale et dans la littérature internationale. Bien que les appellations soient interchangeable, le présent ouvrage emploie généralement ce dernier terme.

<sup>2</sup> H. Bergman et coll., *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées - Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer*. Santé et services sociaux Québec, 2009.

---

## TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos .....	i
Mise en contexte .....	2
Besoins populationnels .....	2
Mandat et recommandations du comité d'experts .....	2
Recommandations spécifiques aux cliniques de mémoire .....	3
Mandat et activités du groupe de travail .....	5
Mandat du groupe.....	5
Démarche consensuelle fondée sur une recension des meilleures pratiques québécoises.....	5
Résultats des travaux .....	7
Tableau synthèse des similarités et des différences observées.....	8
Résultats du sondage sur les différences observées.....	8
Paramètres généraux d'une clinique de mémoire de 2 <sup>e</sup> et de 3 <sup>e</sup> lignes .....	9
Paramètres organisationnels : les exigences de contenu .....	10
1. Appellation .....	11
2. Situation .....	11
3. Mandat .....	11
4. Activités du mandat.....	11
5. Territoire couvert .....	11
6. Clientèle cible .....	11
7. Critères d'exclusion .....	12
8. Composition de l'équipe.....	12
9. Rôles et responsabilités spécifiques.....	12
10. Modalités de référence .....	13
11. Critères de priorité .....	13
12. Critères concernant le suivi d'un même usager .....	14
13. Communication au référent .....	14
14. Provenance du budget principal.....	14
15. Équipements disponibles.....	14
16. Délai d'accès aux procédures diagnostiques.....	14
17. Utilisation des biomarqueurs .....	15
18. Utilisation des équipements diagnostiques .....	15
19. Rencontre d'équipe pour l'orientation de l'intervention.....	15
20. Orientation des usagers.....	15
21. Assurance qualité .....	15
22. Indicateurs de suivi.....	15
23. Facteurs de réussite et éléments pour optimiser la pratique .....	16
Pratiques prometteuses de soutien à la 1 <sup>re</sup> ligne.....	18
Pratiques de partenariat avec le CLSC.....	18
Pratiques de soutien aux médecins de 1 <sup>re</sup> ligne .....	18
Pratiques liées à la structure des services.....	19
Pratique concernant la recherche .....	19
Pratiques visant à réduire les délais d'attente .....	19
Pratiques clinico-administratives .....	19
Conclusion : Une démarche originale et des résultats probants .....	21
Annexe 1 : Paramètres généraux entendus par consensus .....	22

## MISE EN CONTEXTE

### Besoins populationnels

En 2008, plus de 100 000 Québécois étaient atteints de la maladie d'Alzheimer<sup>3</sup>. En se basant sur les estimations produites en 2009 par l'Institut de la statistique du Québec<sup>4</sup>, l'évolution du nombre de cas prévalents<sup>5</sup> chez les 65 ans et plus passera à 115 195 en 2015, à 135 522 en 2020 et à 178 277 en 2030. De plus, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués augmente rapidement<sup>6</sup> : de près de 23 000 en 2008<sup>7</sup>, il s'élèvera à 29 655 en 2015, pour atteindre 45 795 cas en 2030. À ces nombres s'ajoutent les cas de démence rapportés chez les 45 à 64 ans, dont la prévalence relative touche 98,1 personnes par tranche de 100 000 habitants<sup>8</sup>.

À la lumière de telles projections, une réalité que partagent d'ailleurs les autres pays à revenus élevés<sup>9</sup>, on constate que des actions concrètes doivent être posées. Celles-ci viseront à consolider l'offre de services à court et long termes.

### Mandat et recommandations du comité d'experts

Au regard de l'importance démographique actuelle et à venir de la maladie, de ses répercussions sur la personne comme sur les 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 qui a été déposé en 2009 fait état de sept actions prioritaires assorties de recommandations.

Les recommandations ont permis au 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. Ce plan s'est actualisé à compter de l'année financière 2012-2013. Il prévoit des mesures inspirées directement des conclusions du comité d'experts. Elles sont précisées au Tableau 1.

---

<sup>3</sup> H. Bergman et coll., *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées - Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer*. Santé et services sociaux Québec, 2009.

<sup>4</sup> Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056 – Édition 2009*. Les calculs se fondent sur le scénario de référence.

<sup>5</sup> Le taux de prévalence est calculé selon le ratio de 80/1000 habitants, tiré de : Étude canadienne sur la santé et le vieillissement (ÉCSV), « Méthodes d'étude et prévalence de la démence ». *Journal de l'Association médicale canadienne* 1994;150:899-913.

<sup>6</sup> Le taux d'incidence provient de : Canadian Study of Health and Aging Working Group, « The Incidence of Dementia in Canada ». *Neurology* 2000;55:66-73

<sup>7</sup> H. Bergman et coll., 2009.

<sup>8</sup> RJ Harvey, M Skelton-Robinson et MN Rossor, « The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years ». *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74:1206-1209

<sup>9</sup> 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](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part4.pdf)].

TABLEAU 1 : MESURES PRÉCONISÉES DANS LE CADRE DE LA STRATÉGIE

<b>Mesure 1</b>	Rehausser l'accès aux services de santé et aux services sociaux de 1 <sup>re</sup> , 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> 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.
<b>Mesure 2</b>	Développer et rendre accessibles des guides de pratique.
<b>Mesure 3</b>	Mettre en place des programmes d'enseignement et de formation.
<b>Mesure 4</b>	Mettre en place les outils de communication requis.
<b>Mesure 5</b>	Consolider l'offre de services destinée aux proches aidants.

### Recommandations spécifiques aux cliniques de mémoire

Le rapport du comité d'experts formule deux recommandations spécifiques à propos des cliniques de mémoire<sup>10,11</sup>. D'abord, il est recommandé que le centre de santé et de services sociaux (CSSS), ou un groupe de CSSS avec le soutien de l'agence de la santé et des services sociaux (Agence), assure la mise en place d'une clinique de mémoire locale ou régionale selon les balises suivantes :

- Au moins une clinique de cognition par territoire d'hôpital régional;
- Chaque groupe de médecine familiale (GMF) lié à une clinique de cognition désignée;
- Choix par le CSSS, ou un groupe de CSSS, avec le soutien de l'Agence, de créer une nouvelle clinique de cognition ou de bonifier une clinique de cognition existante;
- Localisation dans un centre hospitalier ou en cabinet (ex. : cabinet de neurologues, clinique associée);
- Responsabilité de l'Agence ou du CSSS d'assurer l'accès des GMF à la clinique de cognition;
- Si la disponibilité des effectifs et les distances occasionnent un problème, une clinique de cognition devrait être désignée pour réaliser les consultations au moyen de la télésanté;
- Le mandat :
  - Soutenir le partenariat établi et répondre aux besoins des membres de l'équipe lors de situations complexes de détection, de diagnostic et de traitement,
  - Offrir formation et éducation aux professionnels des GMF et aux autres professionnels de la santé;
- L'équipe :
  - Ratio déterminé d'après les besoins et les effectifs professionnels disponibles dans la région,
  - Médecin expert qui a reçu la formation pour diagnostiquer et traiter la maladie d'Alzheimer (gériatre, neurologue, gérontopsychiatre, médecin de famille),
  - Infirmière clinicienne,
  - Neuropsychologue,
  - Coordonnateur;

<sup>10</sup> H. Bergman et coll., 2009, pages 24 et 25.

<sup>11</sup> Le terme « clinique de cognition » est celui que le comité d'experts présidé par le docteur Bergman a suggéré. Toutefois, les praticiens qui se sont impliqués dans le groupe de travail lui ont préféré « clinique de mémoire » pour ses références auprès de la population générale et dans la littérature internationale. Bien que les appellations soient interchangeables, le présent ouvrage emploie généralement ce dernier terme.

- Les critères pour adresser des patients à un spécialiste :
  - Incertitude maintenue quant au diagnostic après une première évaluation et un suivi,
  - Demande exprimée par le patient ou par sa famille pour une seconde opinion,
  - Présence d'une « dépression significative », particulièrement en l'absence de réponse au traitement,
  - Un échec ou des problèmes thérapeutiques associés aux médicaments prescrits pour traiter la maladie d'Alzheimer,
  - Besoin d'obtenir de l'aide pour la prise en charge du patient (ex. : en cas de problèmes de comportement ou d'une incapacité fonctionnelle) ou un soutien pour l'aidant,
  - Dépistage génétique lorsqu'il est indiqué,
  - Intérêt exprimé par le patient ou sa famille à participer à des recherches diagnostiques ou thérapeutiques,
  - Patients jeunes ou présentant un tableau atypique.

Il est également recommandé que chaque réseau universitaire intégré de santé (RUIS) dispose d'une clinique de mémoire plus spécialisée présentant les particularités énumérées plus bas.

- Le mandat :
  - Soutenir les cliniques de cognition locales ou régionales pour les cas très complexes;
  - Offrir des activités de formation continue aux professionnels des cliniques de cognition locales ou régionales;
  - Assurer la compatibilité et la qualité de la démarche et des approches des cliniques de cognition locales ou régionales sur le territoire du RUIS;
  - Aider les agences régionales à assurer la couverture des services professionnels des cliniques de cognition locales et régionales, y compris 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, suivant un mandat ministériel, des guides de pratique, des outils d'intervention et un site Web avec un portail pour les cliniciens;
  - Participer à la création des programmes de formation;
  - Participer à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention dans le domaine de la maladie d'Alzheimer et des maladies connexes.

Afin d'actualiser les recommandations émises, un groupe de travail a été constitué. Ce dernier est composé de cliniciens reconnus pour leur pratique. Considérant les faiblesses identifiées dans la littérature scientifique par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, le MSSS a opté pour une approche de transfert des connaissances sur les bases d'une recension des meilleures pratiques québécoises.



## MANDAT ET ACTIVITÉS DU GROUPE DE TRAVAIL

### Mandat du groupe

Le groupe de travail sur la définition opérationnelle des cliniques de mémoire avait 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 du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer*.

Les participants visaient plus particulièrement trois objectifs :

- Recenser les meilleures pratiques québécoises;
- Définir par consensus les paramètres attendus d'une clinique de mémoire 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 de l'équipe élargie ou optionnels,
  - 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 clinique de mémoire de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes<sup>12</sup>. Pour ce faire, les travaux s'appuyaient sur les meilleures pratiques, entendons « des modes d'organisation ou des interventions reconnus par les pairs comme ayant une valeur ajoutée qui contribue à l'atteinte d'un résultat souhaité »<sup>13</sup>. Les experts consultés ont été invités à soumettre des pratiques qu'ils estimaient efficaces sur la base de leur expérience et de leur observation.

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

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

---

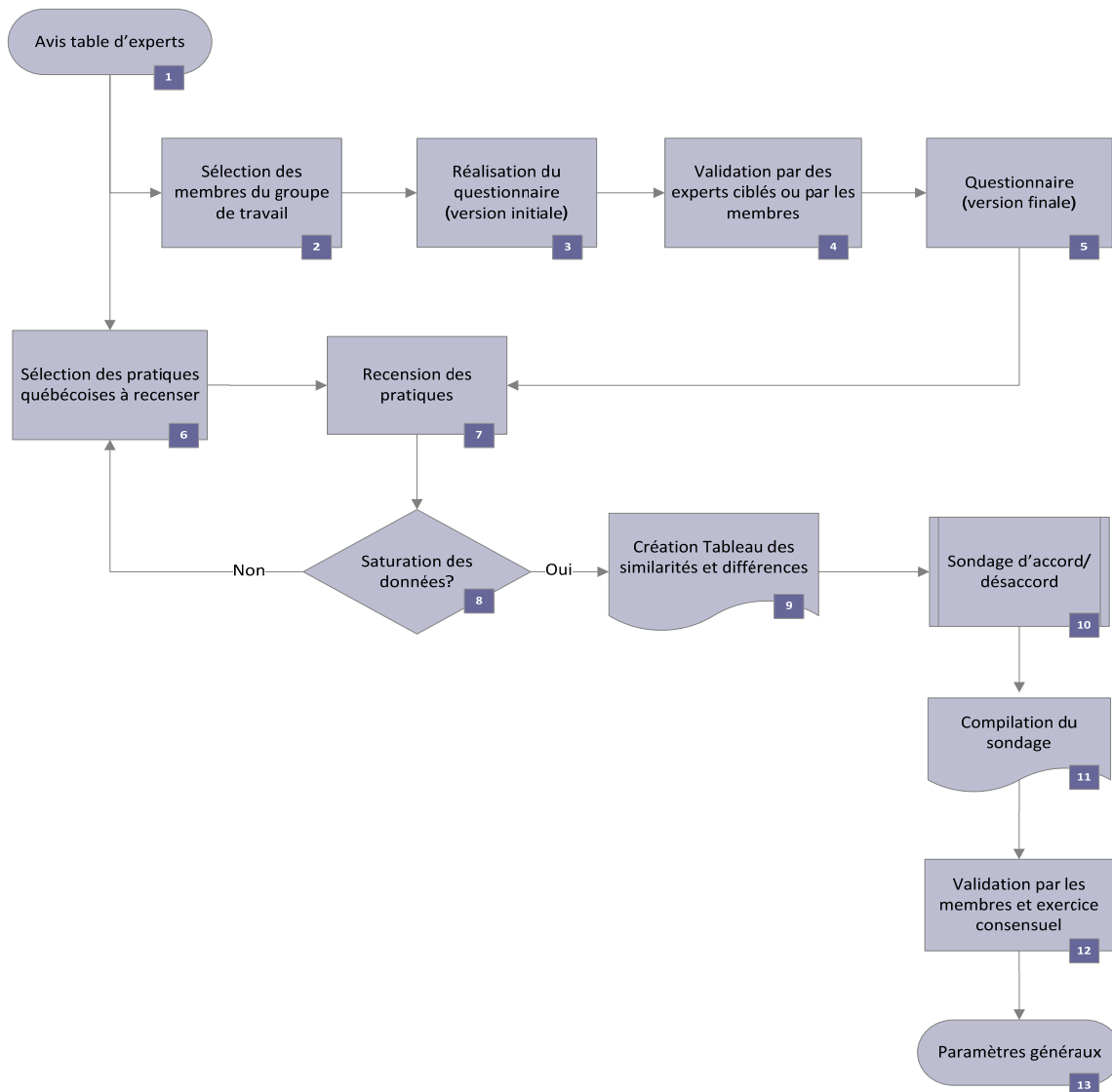
<sup>12</sup> Dans le présent ouvrage, les lignes de services réfèrent à la séquence fonctionnelle de services. Ainsi, au sens du rapport du comité d'experts de 2009, nous entendons par « 2<sup>e</sup> ligne » les cliniques de mémoire locales ou régionales et par « 3<sup>e</sup> ligne », les cliniques de mémoire RUIS, plus spécialisées.

<sup>13</sup> 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.

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. Ils vérifiaient si les synthèses formulées pouvaient s’appliquer à l’ensemble du réseau de santé québécois.

La démarche consensuelle générale 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 GÉNÉRALE**



## 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, onze pratiques sont recensées. Les répondants sont principalement des médecins qui œuvrent au sein de ces services. Le Tableau 2 présente la liste des pratiques captées en précisant qui sont les personnes interviewées et quels sont les lieux de pratique.

TABLEAU 2 : PERSONNES INTERVIEWÉES ET LIEUX DE PRATIQUE

Personnes interviewées	Lieux de pratique
D <sup>re</sup> Élisabeth Azuelos, M <sup>me</sup> Annie Fortier	Programme régional ambulatoire gériatrique, CSSS de Laval
D <sup>r</sup> Yves Bacher	Hôpital Douglas, Montréal
D <sup>r</sup> Christian Bocti	CSSS-IUGS, Sherbrooke
D <sup>r</sup> Rémi W. Bouchard, D <sup>r</sup> Louis Verret, D <sup>re</sup> Marie-Pierre Fortin, D <sup>re</sup> Michèle Houde, D <sup>r</sup> Stéphane Poulin, D <sup>r</sup> Robert Jr Laforce	Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec
D <sup>re</sup> Lucie Boucher	CHUM (St-Luc), Montréal
D <sup>r</sup> Howard Chertkow	Hôpital Général Juif, Montréal
D <sup>r</sup> Serge Gauthier	Centre McGill, Montréal
D <sup>r</sup> Fadi Massoud	CHUM (Notre-Dame), Montréal
D <sup>r</sup> Ziad Nasreddine, M <sup>me</sup> Tina Brosseau	Clinique Neuro Rive-Sud, Longueuil
D <sup>r</sup> Alain Robillard	Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal
D <sup>re</sup> Nathalie Shamlian	Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal

## 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, 112 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 différences sont directement reportées dans le sondage.

### Résultats du sondage sur 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 par la suite 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 quatre degrés de consensus. Les règles employées sont versées au tableau 3.

TABLEAU 3 : MESURES PRÉCONISÉES DANS LE CADRE DE LA STRATÉGIE

<b>Consensus fort (accord)</b>	Moyenne $\geq 8/10$ ; Tous les répondants en accord à $\geq 6/10$ ; Et écart-type $\leq 1,8$ .
<b>Consensus moyen</b>	Moyenne $\geq 8/10$ ; Majorité des répondants en accord à $\geq 6/10$ ; Et écart-type $\leq 2,5$ .
<b>Consensus faible</b>	Moyenne $< 8/10$ ; Et écart-type $> 2,5$ .
<b>Consensus fort (désaccord)</b>	Moyenne $< 6/10$ ; Majorité des répondants en désaccord à $< 6/10$ ; 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 cliniques de mémoire. L'exercice ne paraissait pas requis vu les résultats déjà enregistrés au regard du mandat de travail.

## Paramètres généraux d'une clinique de mémoire de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> lignes

À partir des similarités observées et des différences ayant obtenu les plus forts niveaux de consensus, les participants formulent 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 clinique de mémoire. Ces paramètres décrivent les composantes et le fonctionnement d'une clinique de mémoire en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes. Des paramètres complémentaires viennent préciser les spécificités d'une clinique de 3<sup>e</sup> ligne.

Le résultat prend la forme d'une liste de paramètres classés sous les rubriques du questionnaire initial d'entrevue, des rubriques significatives 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 pour lesquels il y a eu consensus sont versés à l'Annexe 1.

TABLEAU 4 : RUBRIQUES DOCUMENTÉES PAR LES PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS

1. Nom de la clinique
2. Situation
3. Mandat
4. Activités du mandat
5. Territoire couvert
6. Clientèle cible
7. Critères d'exclusion
8. Composition de l'équipe
9. Rôles et responsabilités spécifiques de l'infirmière, du neuropsychologue et de l'agent administratif
10. Modalités de référence
11. Critères de priorité
12. Critères concernant le suivi d'un même usager
13. Communication au référent
14. Provenance du budget principal
15. Équipements disponibles
16. Délai d'accès aux procédures diagnostiques
17. Utilisation des biomarqueurs
18. Utilisation des équipements diagnostiques
19. Rencontre d'équipe pour l'orientation de l'intervention
20. Orientation des usagers
21. Assurance qualité
22. Indicateurs de suivi
23. Facteurs de réussite
24. Prévision d'une croissance de la fréquence d'utilisation des équipements diagnostiques
25. Éléments requis pour optimiser la pratique en clinique de mémoire

## PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS : LES EXIGENCES DE CONTENU

La stratégie utilisée par le MSSS pour actualiser les recommandations du comité d'experts privilégie comme mesure première le rehaussement de l'accès aux services de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes avec des mesures concrètes de soutien à la 1<sup>re</sup> ligne médicale, dont l'accès à une clinique de mémoire. 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<sup>re</sup> ligne. Il permettra un rehaussement de l'accès aux services de 1<sup>re</sup> 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 en première page 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 cliniques de mémoire de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes sont listés au Tableau 5. Les paramètres supplémentaires propres aux cliniques de 3<sup>e</sup> ligne sont inscrits au Tableau 6. Il demeure 23 des 25 rubriques des paramètres généraux. Les contenus des rubriques absentes se retrouvent en général dans d'autres rubriques. Le classement des paramètres conserve l'ordonnement 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 clinique de mémoire. Les paramètres « souhaités » représentent une valeur ajoutée optionnelle.

Les paramètres reposent sur des pratiques reconnues et sur l'avis d'experts 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 des services aux aînés.

TABLEAU 5 : PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS DES CLINIQUES DE MÉMOIRE DE 2<sup>E</sup> ET 3<sup>E</sup> LIGNES<sup>14</sup>

PARAMÈTRES	REQUIS	SOUHAITÉS
<b>1. Appellation</b> : Le service porte le nom de « clinique de mémoire ».		<input type="checkbox"/>
<b>2. Situation</b> : 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"/>	
<b>3. Mandat</b>		
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 <sup>re</sup> 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 <sup>re</sup> ligne et aux partenaires de la 2 <sup>e</sup> 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 <sup>re</sup> ligne pour les cas plus complexes.	<input type="checkbox"/>	
<b>4. Activités du mandat</b>		
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"/>	
<b>5. Territoire couvert</b>		
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 <sup>15</sup> .	<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"/>
<b>6. Clientèle cible</b>		
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 <sup>re</sup> 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"/>	

<sup>14</sup> 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<sup>e</sup> ligne » les cliniques de mémoire locales ou régionales et par « 3<sup>e</sup> ligne », les cliniques de mémoire RUIS, plus spécialisées.

<sup>15</sup> 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.

TABLEAU 5 : PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS DES CLINIQUES DE MÉMOIRE DE 2<sup>E</sup> ET 3<sup>E</sup> LIGNES

PARAMÈTRES	REQUIS	SOUHAITÉS
6.2. À la lumière des motifs de consultation, les personnes référées présentent des problèmes pour lesquels le médecin de 1 <sup>re</sup> 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'utilisateur ou sa famille désirent participer à des recherches diagnostiques ou thérapeutiques.		<input type="checkbox"/>
<b>7. Critères d'exclusion :</b> 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 actifs d'alcool ou de substance illicite.	<input type="checkbox"/>	
<b>8. Composition de l'équipe : L'équipe se compose minimalement de :</b>		
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 gérontopsychiatre	<input type="checkbox"/>	
8.2. Infirmière <sup>16</sup>	<input type="checkbox"/>	
8.3. Neuropsychologue	<input type="checkbox"/>	
8.4. Personne assumant un soutien administratif	<input type="checkbox"/>	
<b>9. Rôles et responsabilités spécifiques de l'infirmière, du neuropsychologue et de l'agent administratif</b>		
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. Counseling 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'utilisateur 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 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> lignes ainsi que vers les organismes communautaires partenaires.	<input type="checkbox"/>	

<sup>16</sup> Les activités attendues de l'infirmière correspondent principalement au profil des activités d'une infirmière clinicienne.



TABLEAU 5 : PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS DES CLINIQUES DE MÉMOIRE DE 2<sup>E</sup> ET 3<sup>E</sup> LIGNES

PARAMÈTRES	REQUIS	SOUHAITÉS
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"/>	
<b>10. Modalités de référence</b>		
10.1. Les références proviennent d'un médecin omnipraticien ou spécialiste <sup>17</sup> .	<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 <sup>18</sup> :		
10.4.1. Les plaintes cognitives, histoire médicale et 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"/>
<b>11. Critères de priorité</b>		
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"/>

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> 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.

TABLEAU 5 : PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS DES CLINIQUES DE MÉMOIRE DE 2<sup>E</sup> ET 3<sup>E</sup> LIGNES

PARAMÈTRES	REQUIS	SOUHAITÉS
<b>12. Critères concernant le suivi d'un même usager</b>		
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'utilisateur 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 <sup>re</sup> ligne.	<input type="checkbox"/>	
12.3.2. Patients orphelins en attendant d'identifier un médecin de 1 <sup>re</sup> 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 <sup>re</sup> ligne. Dans le cas contraire, le choix de poursuivre le suivi en clinique est justifié au dossier.		<input type="checkbox"/>
<b>13. Communication au référent</b>		
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"/>
<b>14. Provenance du budget principal</b> : La clinique dispose d'un budget spécifique et récurrent provenant du réseau de la santé.	<input type="checkbox"/>	
<b>15. Équipements disponibles</b>		
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"/>	
<b>16. Délai d'accès aux procédures diagnostiques</b>		
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"/>

TABLEAU 5 : PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS DES CLINIQUES DE MÉMOIRE DE 2<sup>E</sup> ET 3<sup>E</sup> LIGNES

PARAMÈTRES	REQUIS	SOUHAITÉS
<b>17. Utilisation des biomarqueurs :</b> Les recommandations de la Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD) <sup>19</sup> sont appliquées.	<input type="checkbox"/>	
<b>18. Utilisation des équipements diagnostiques</b>		
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 par 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) <sup>20</sup> .	<input type="checkbox"/>	
<b>19. Rencontre d'équipe pour l'orientation de l'intervention</b>		
19.1. Les activités de la clinique reflètent une approche interdisciplinaire <sup>21</sup> .	<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"/>
<b>20. Orientation des usagers</b>		
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 le CLSC ou vers des intervenants de 1 <sup>re</sup> ligne, dont les pharmacies communautaires, si le besoin le justifie.	<input type="checkbox"/>	
<b>21. Assurance qualité</b>		
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"/>	
<b>22. Indicateurs de suivi</b>		
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"/>	

<sup>19</sup> 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.

<sup>20</sup> *Idem à la note précédente.*

<sup>21</sup> 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 (ASSS Montréal, *Sommaire des concepts et des modalités d'application de l'interdisciplinarité en première ligne – Perspective canadienne et internationale*, 2010, p. 13).

TABLEAU 5 : PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS DES CLINIQUES DE MÉMOIRE DE 2<sup>E</sup> ET 3<sup>E</sup> LIGNES

PARAMÈTRES	REQUIS	SOUHAITÉS
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 <sup>re</sup> ou 2 <sup>e</sup> 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"/>	
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 <sup>re</sup> ligne selon les besoins identifiés.		<input type="checkbox"/>
<b>23. Facteurs de réussite et éléments pour optimiser la pratique</b>		
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 <sup>e</sup> ligne, elle offre également le service spécialisé de 2 <sup>e</sup> 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 de même que le médecin peuvent être facilement joints au besoin.	<input type="checkbox"/>	

**TABEAU 6 : PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS SUPPLÉMENTAIRES DES CLINIQUES DE MÉMOIRE DE 3<sup>E</sup> LIGNE**

PARAMÈTRES	REQUIS	SOUHAITÉS
<b>1. Le mandat spécifique</b> aux activités de 3 <sup>e</sup> 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 les équipes de 2 <sup>e</sup> 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 <sup>22</sup> 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 un 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"/>
<b>2. Territoire couvert</b>		
2.1. En 3 <sup>e</sup> ligne, la clinique dessert le territoire d'un RUIS.	<input type="checkbox"/>	
<b>3. Équipements disponibles</b>		
3.1. Une clinique de 3 <sup>e</sup> 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"/>	
<b>4. Autres</b>		
4.1. Une clinique de 3 <sup>e</sup> 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"/>	

<sup>22</sup> Entendons par « compatibilité » l'accord entre les différentes lignes de services quant aux mandats et aux responsabilités sur un même territoire.

## **PRATIQUES PROMETTEUSES DE SOUTIEN À LA 1<sup>RE</sup> LIGNE**

La recension des pratiques auprès de onze cliniques de mémoire révèle des pratiques 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 dans la production des effets escomptés en matière de qualité et d'efficience 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, son mandat ciblant la détermination 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 programmes qui accompagnera l'implantation.

### **Pratiques de partenariat avec le CLSC**

- L'établissement d'un corridor de services entre la clinique et le CLSC, dans le cas où un médecin est présent dans le dossier, semble une pratique prometteuse. La clinique précise alors le diagnostic, amorce ou ajuste le traitement dans un délai optimal, le CLSC s'engage de son côté à offrir les services requis dans le délai prescrit. Cette entente contribuerait au maintien à domicile de même qu'à prévenir une détérioration de l'état de santé de la personne atteinte et de ses proches. Elle pourrait également avoir un impact sur la réduction du risque de visites à l'urgence.
- Considérant que l'évolution de la maladie est connue, l'ouverture du dossier d'un usager en CLSC à la suite de la référence de la clinique de mémoire préviendrait des problèmes psychosociaux et de santé chez la personne et ses aidants, et ce, même en l'absence de besoins pressants avec des risques importants. Dans un pareil contexte, la clinique peut offrir, en cas de besoin, un soutien à l'équipe du CLSC et au médecin généraliste traitant.
- Dans les cas où le CLSC est présent dans le dossier, l'invitation de l'intervenant pivot à la discussion de cas accroîtrait les chances que le suivi soit intégré et continu, des facteurs connus de réussite du service.

### **Pratiques de soutien aux médecins de 1<sup>re</sup> ligne**

- La qualité des communications apparaît comme étant un gage de satisfaction pour les médecins référents. Le fait de préconiser l'envoi de rapports informatisés, de se limiter à un formulaire de référence d'une seule page ou de recevoir un rapport de consultation sommaire à la suite de la 1<sup>re</sup> visite représente des moyens que les référents apprécient et qui facilitent leur travail. Pour ces derniers, cela se traduirait par une optimisation de la prise en charge. Les intervenants de la clinique y verraient un effet dans la réduction du nombre de suivis qu'ils doivent assumer, accroissant ainsi le temps disponible pour les nouvelles références.
- Connaître formellement le degré de satisfaction des référents accroîtrait la capacité des cliniques de répondre aux attentes et aux besoins des référents, assumant ainsi au mieux le rôle de soutien.
- Les formations offertes à des groupes de médecins et de professionnels de la 1<sup>re</sup> ligne portant sur des outils précis et rapidement utilisables augmenteraient la qualité de l'évaluation diagnostique, la pertinence des références en clinique et la capacité de prise en charge des intervenants de 1<sup>re</sup> ligne.

## **Pratiques liées à la structure des services**

- Les cliniques sises au sein d'autres services gériatriques ou au sein d'autres services ambulatoires répondraient à un éventail plus large de besoins sans nécessiter de nouvelles demandes de consultations au médecin omnipraticien. La proximité d'un service ambulatoire de psychogériatrie revêtirait un caractère prometteur pour son efficacité à répondre à une autre cause importante de référence, soit les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.
- L'accès à des lits d'observation pour les personnes présentant des symptômes comportementaux permettrait une intervention complète et favorable au maintien à domicile. Le recours à un environnement clinique est reconnu comme étant une modalité thérapeutique efficace lorsque les modalités ambulatoires, en externe ou au domicile, ont échoué.

## **Pratique concernant la recherche**

- Il s'avère parfois difficile de trouver en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes des candidats pour la recherche, la cohorte privilégiée par les protocoles se trouvant en 1<sup>re</sup> ligne. Des ententes avec les médecins en GMF permettraient aux cliniques de mémoire d'obtenir des références directes d'utilisateurs qui souhaitent participer à des protocoles de recherche. Par conséquent, la clinique pourrait poursuivre son implication en recherche sans accroître sa charge de suivis. Les médecins en GMF verraient là un soutien supplémentaire en lien avec la démarche diagnostique.

## **Pratiques visant à réduire les délais d'attente**

- Une évaluation avant la visite médicale réalisée par l'infirmière ou un technicien tendrait à réduire le temps requis par le médecin spécialiste pour la rencontre d'évaluation. Un pareil gain de temps participerait à la réduction du délai d'attente pour rencontrer le médecin.
- Recourir à une évaluation écourtée et effectuée par le neuropsychologue d'une durée de 1 h 30 dans le cadre, par exemple, d'une évaluation de contrôle ou lorsque seuls certains éléments supplémentaires sont requis, le diagnostic étant assez évident. Cela tendrait significativement à réduire le délai de précision du diagnostic et l'épisode de soins.
- La mise en place d'une liste de rendez-vous de dernière minute permettrait de réduire le temps d'attente et d'optimiser les ressources en présence.

## **Pratiques clinico-administratives**

- La présence d'un médecin de garde disponible pendant les heures ouvrables, qui répond aux questions posées par l'infirmière à la suite de l'appel d'un usager ou de son proche aidant, réduirait significativement les délais de réponse et, par conséquent, l'escalade vers une situation de crise.
- La participation d'un technicien en évaluation cognitive tendrait à optimiser l'utilisation de ressources humaines rares et à réduire les délais occasionnés par l'absence de telles ressources. Ce technicien collecte les données à partir d'un algorithme clairement défini et d'un questionnaire de saisie administré à l'utilisateur ou à son proche aidant. Une formation sur cet algorithme et ce questionnaire est évidemment requise.
- L'utilisation d'un logiciel pour gérer la liste d'attente et pour compléter le cardex optimiserait le temps requis de gestion qu'assume l'infirmière. Le logiciel sert également de base de données utilisée à la fois pour la recherche et pour la réponse aux usagers.

- L'utilisation d'un logiciel de liste d'attente pondérée assurerait un niveau de priorité rigoureux et équitable. La pondération se fait à partir de plusieurs critères de risque ou de conditions particulières. Un de ces critères est le temps d'attente depuis la demande de référence.
- Sur un territoire où il existe plusieurs cliniques de mémoire, une liste d'attente centralisée en clinique de mémoire pourrait réduire les références en double.



## CONCLUSION : UNE DÉMARCHE ORIGINALE ET DES RÉSULTATS PROBANTS

La démarche décrite répond au besoin de produire des connaissances en visant la bonification des pratiques actuelles. La pression de la projection démographique ainsi que le souci d'optimiser les ressources incitent tous les membres du réseau de la santé et services sociaux 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 onze pratiques en vigueur dans la province. Le fonctionnement concret de chacune des pratiques a été décrit, rendant le tacite explicite. À l'aide des similarités et des différences observées, les experts ont cerné, par consensus, les paramètres généraux attendus d'une clinique de mémoire.

Les paramètres offrent des balises claires et suffisamment opérationnelles pour inspirer la mise en place de projets d'implantation ciblée dans l'ensemble du Québec. Une recherche évaluative appréciera les écarts entre les pratiques attendues et les pratiques observées, sur la base des paramètres établis, de même que certains effets encourus. Grâce au caractère général des paramètres, il sera possible de cerner des pratiques novatrices et prometteuses qui pourront, à l'aide de cette évaluation formelle, revêtir le titre de pratique exemplaire.

Dès lors, les connaissances acquises peuvent être utilisées dans le cadre de la révision des pratiques en clinique de mémoire. Les matériaux énumérés dans le présent ouvrage offrent un potentiel accru de réussite : ils s'inspirent de nos meilleures pratiques québécoises et reflètent l'avis de personnes reconnues dans le domaine. L'accès à de tels paramètres est rendu possible par la qualité et 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 : PARAMETRES GENERAUX ENTENDUS PAR CONSENSUS

Les paramètres généraux d'une clinique de mémoire de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes sont les suivants<sup>23,24</sup> :

### 1. Nom de la clinique

- 1.1. L'appellation « clinique de mémoire » est favorisée pour décrire une clinique dont les activités se centrent sur la cognition. Le terme est mieux compris par la clientèle et correspond à l'appellation retrouvée dans la littérature internationale.

### 2. Situation

- 2.1. La clinique est localisée dans un centre hospitalier ou en cabinet (ex. : cabinet de neurologues, clinique associée).

### 3. Mandat

- 3.1. Le mandat consiste principalement à :
  - 3.1.1. Soutenir les médecins et les équipes de 1<sup>re</sup> ligne sur les plans du diagnostic et du traitement des troubles cognitifs liés au vieillissement;
  - 3.1.2. Procéder à l'évaluation diagnostique des troubles cognitifs liés au vieillissement pour des cas complexes;
  - 3.1.3. Offrir de la formation continue aux intervenants de la 1<sup>re</sup> ligne et aux partenaires de la 2<sup>e</sup> ligne;
  - 3.1.4. Enseigner aux futurs diplômés;
  - 3.1.5. Participer à des protocoles de recherche subventionnée (pour les établissements ayant une affiliation universitaire).
- 3.2. Les cliniciens de la clinique prennent en charge et assument un suivi conjoint avec les médecins de 1<sup>re</sup> ligne pour les cas plus complexes (la définition se retrouve à 6.1).
- 3.3. Un mandat **exclusivement** de 3<sup>e</sup> ligne s'avère difficilement envisageable puisqu'une importante proportion des activités inclut l'enseignement, l'organisation des services et la recherche.

### 4. Activités du mandat

- 4.1. La clinique réalise des activités :
  - 4.1.1. De diagnostic;
  - 4.1.2. De traitement;
  - 4.1.3. D'information et de formation continue.
- 4.2. Elle peut également effectuer des activités :
  - 4.2.1. D'enseignement;
  - 4.2.2. De recherche.
- 4.3. Le diagnostic s'établit à l'aide d'évaluations diagnostiques, fonctionnelles et psychosociales, en utilisant, au besoin, un plateau technique et des ressources spécialisées.

---

<sup>23</sup> La version définitive porte la date du 13 mars 2012.

<sup>24</sup> 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<sup>e</sup> ligne » les cliniques de mémoire locales ou régionales et par « 3<sup>e</sup> ligne », les cliniques de mémoire RUIS, plus spécialisées.

## 5. Territoire couvert

- 5.1. La clinique dessert un territoire régional ou suprarégional.
- 5.2. Il y a présence d'au moins une clinique de mémoire par territoire d'hôpital régional.
- 5.3. Chaque GMF est associé à une ou des cliniques de mémoire désignées.
- 5.4. Si la disponibilité des effectifs et les distances causent un problème, une clinique de mémoire devrait être désignée pour réaliser les consultations au moyen de la télésanté.

## 6. Clientèle cible<sup>25</sup>

- 6.1. La clinique reçoit des cas complexes de personnes qui présentent des troubles cognitifs dont la condition nécessite une expertise spécialisée ou pour qui le médecin demande une précision diagnostique :
  - 6.1.1. Tableau atypique de la maladie;
  - 6.1.2. Démence incertaine au stade précoce;
  - 6.1.3. Tableau clinique de démence chez des personnes plus jeunes;
  - 6.1.4. Dépistage génétique indiqué.
- 6.2. Les personnes référées démontrent des problèmes pour lesquels le médecin de 1<sup>re</sup> ligne a besoin de soutien au sujet du diagnostic, du traitement et, au besoin, de la prise en charge.
- 6.3. L'utilisateur ou sa famille désirent participer à des recherches diagnostiques ou thérapeutiques.

## 7. Critères d'exclusion

- 7.1. Les cliniques ne sont pas outillées pour répondre à des conditions telles :
  - 7.1.1. Pathologie psychiatrique instable;
  - 7.1.2. Abus actif d'alcool ou de substance illicite.

## 8. Composition de l'équipe

- 8.1. Le ratio est déterminé d'après les besoins et les effectifs professionnels disponibles dans la région.
- 8.2. L'équipe se compose minimalement :
  - 8.2.1. D'un 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;
  - 8.2.2. D'infirmière;
  - 8.2.3. De neuropsychologue;
  - 8.2.4. De personne assumant un soutien administratif.

---

<sup>25</sup> Les critères reflètent les recommandations de la *Troisième conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence – Version finale, septembre 2007* - [http://www.cccdt.ca/pdfs/Recommandations\\_approuvees\\_CCCDTD\\_2007.pdf](http://www.cccdt.ca/pdfs/Recommandations_approuvees_CCCDTD_2007.pdf)

## 9. Rôles et responsabilités spécifiques de l’infirmière, du neuropsychologue et de l’agent administratif

### 9.1. Le rôle de l’infirmière inclut :

- 9.1.1. Triage des références;
- 9.1.2. Évaluation précédant la visite médicale, incluant la liste à jour de la médication;
- 9.1.3. Identification des besoins de suivi et de soutien;
- 9.1.4. Participation à l’administration des tests cognitifs;
- 9.1.5. Counselling lié au diagnostic;
- 9.1.6. Réponse aux appels des usagers et de leurs proches aidants pour des questions cliniques;
- 9.1.7. Consignation au dossier des informations cliniques nécessaires au suivi en soins infirmiers;
- 9.1.8. Participation à l’enseignement à la suite du diagnostic;
- 9.1.9. Suivi des effets de la médication prescrite en clinique de mémoire;
- 9.1.10. Intervention lors de crise;
- 9.1.11. Références vers les intervenants, les ressources requises de 1<sup>re</sup> ligne ainsi que les organismes communautaires partenaires.

### 9.2. Le rôle du neuropsychologue consiste principalement à :

- 9.2.1. Répondre à des demandes ciblées d’évaluation;
- 9.2.2. Préciser les atteintes cognitives.

### 9.3. L’agent administratif, notamment :

- 9.3.1. S’assure que les demandes de références sont complètes et il fait le suivi le cas échéant;
- 9.3.2. Gère les rendez-vous et la grille horaire;
- 9.3.3. Confirme les rendez-vous auprès des usagers et des proches;
- 9.3.4. Gère les examens à faire et les rapports retournés;
- 9.3.5. Entre à l’informatique les données nominales et administratives.

## 10. Modalités de référence

- 10.1. La référence provient d’un médecin omnipraticien ou spécialiste<sup>26</sup>.
- 10.2. La clinique dispose d’un guichet d’accès.
- 10.3. La clinique envoie un formulaire de référence au médecin qui demande une consultation.
- 10.4. Le formulaire de référence comprend minimalement des informations sur :
  - 10.4.1. Les plaintes cognitives, l’histoire médicale et la liste des médicaments;
  - 10.4.2. Une personne responsable.

---

<sup>26</sup> 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 s’occuper du suivi.

## **11. Critères de priorité**

- 11.1. Le niveau de priorité émis par la clinique est établi au regard de la demande du référent.
- 11.2. Le niveau de priorité peut être influencé par :
  - 11.2.1. La progression rapide ou atypique de la maladie;
  - 11.2.2. L'absence de réseau social ou l'isolement social;
  - 11.2.3. La présence d'éléments de risque liés, par exemple, à la conduite automobile, à des aspects légaux ou financiers.
- 11.3. Le délai maximal d'attente pour une priorité de niveau 1 devrait être inférieur ou égal à un mois.

## **12. Critères concernant le suivi d'un même usager**

- 12.1. Le suivi minimal est d'une visite auprès du médecin et d'une relance téléphonique, au besoin, faite par l'infirmière.
- 12.2. Le moment et la fréquence des suivis sont déterminés par le jugement du clinicien qui tient compte, entre autres :
  - 12.2.1. Du degré d'inquiétude de l'utilisateur et de ses proches;
  - 12.2.2. De la phase dans le traitement pharmacologique ainsi que de la réponse du patient au traitement;
  - 12.2.3. Du moment de réception des tests diagnostiques.
- 12.3. Un suivi prolongé est offert aux :
  - 12.3.1. Cas complexes qui présentent plusieurs problèmes, en collaboration avec le médecin traitant de 1<sup>re</sup> ligne;
  - 12.3.2. Patients orphelins en attendant d'identifier un médecin de 1<sup>re</sup> ligne;
  - 12.3.3. Personnes inscrites dans les programmes de recherche.

## **13. Communication au référent**

- 13.1. Une note est envoyée au médecin référent après la visite initiale au médecin.
- 13.2. Une note est également envoyée au médecin référent après chaque visite ou s'il y a des modifications dans le traitement.
- 13.3. Si une feuille sommaire est envoyée, elle contient :
  - 13.3.1. Diagnostic;
  - 13.3.2. Actions posées;
  - 13.3.3. Traitement;
  - 13.3.4. Fréquence et motifs du suivi.

## **14. Provenance du budget principal**

- 14.1. Pour réaliser ses activités cliniques, la clinique dispose d'un budget spécifique et récurrent provenant du réseau de la santé.

## 15. Équipements disponibles

- 15.1. La clinique dispose d'équipements diagnostiques ou possède un accès rapide à de tels équipements.
- 15.2. Une base de données est requise pour assurer le suivi des usagers de même que dans le cadre des activités de recherche. La tâche de saisir les informations doit être assignée en évitant une réduction du temps consacré aux activités cliniques.

## 16. Délai d'accès aux procédures diagnostiques

- 16.1. Le délai d'attente pour accéder au CT-SCAN devrait être inférieur à 1 mois.
- 16.2. Le délai d'attente pour accéder au PET-SCAN devrait être inférieur à 3 mois.
- 16.3. Le délai d'attente pour accéder à l'IRM devrait être inférieur à 2 mois.

## 17. Utilisation des biomarqueurs

- 17.1. L'analyse du liquide céphalo-rachidien (LCR) revêt actuellement une utilité limitée en clinique de mémoire.
- 17.2. L'utilité, dans les années à venir, de l'analyse du LCR et des autres biomarqueurs pour confirmer le diagnostic de maladie d'Alzheimer au stade prodromique, pour les cas complexes ou atypiques, sera déterminée suivant les recommandations de la Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD)<sup>27</sup>.

## 18. Utilisation des équipements diagnostiques

- 18.1. La condition des usagers référés en clinique de mémoire nécessite le recours à l'imagerie de base demandée par le médecin référent ou par un médecin de la clinique.
- 18.2. L'imagerie spécialisée (PET-SCAN et IRM) est réservée à des cas particuliers, prescrite à partir des recommandations de la Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD)<sup>28</sup>.

## 19. Rencontre d'équipe pour l'orientation de l'intervention

- 19.1. La clinique fonctionne selon une approche interdisciplinaire<sup>29</sup>.
- 19.2. Des rencontres d'équipe ont lieu périodiquement afin de discuter des cas complexes.
- 19.3. Les rencontres d'équipe servent à établir un consensus.

---

<sup>27</sup> Des précisions seront apportées au cours des ans à la lumière de l'évolution des connaissances scientifiques, notamment lors d'une rencontre de consensus canadien au printemps 2012.

<sup>28</sup> *Idem*.

<sup>29</sup> 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 (ASSS Montréal, *Sommaire des concepts et des modalités d'application de l'interdisciplinarité en première ligne – Perspective canadienne et internationale*, 2010, p.13).

## **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 dont les proches présentent des troubles cognitifs liés au vieillissement, dont la Société Alzheimer.
- 20.2. Les usagers et leurs proches sont dirigés vers le CLSC ou vers des intervenants de 1<sup>re</sup> ligne, dont les pharmacies communautaires, si le besoin le justifie.

## **21. Assurance qualité**

- 21.1. Une assurance de qualité s'effectue régulièrement à l'aide d'audits à propos des :
  - 21.1.1. Processus : évaluation initiale, diagnostic, interventions et suivi, intégration des soins;
  - 21.1.2. Structures : ressources et organisation de la clinique;
  - 21.1.3. Résultats : activités de la clinique, satisfaction des usagers et réponse aux besoins.

## **22. Indicateurs de suivi**

- 22.1. Les indicateurs reflètent des résultats significatifs que les cliniques de mémoire devraient suivre :
  - 22.1.1. Délai moyen d'attente;
  - 22.1.2. Délai d'attente réel par priorité accordée;
  - 22.1.3. Nombre de nouveaux cas évalués par année;
  - 22.1.4. Nombre d'usagers en attente;
  - 22.1.5. Nombre moyen de visites par période donnée;
  - 22.1.6. Délai moyen d'attente en neuropsychologie ou par priorité;
  - 22.1.7. Satisfaction des usagers et des proches;
  - 22.1.8. Satisfaction des référents.
- 22.2. D'autres indicateurs pourraient être développés :
  - 22.2.1. Nombre de visites à l'urgence des usagers connus par la clinique;
  - 22.2.2. Délais d'accès aux services de 1<sup>re</sup> ligne selon les besoins identifiés.

## **23. Facteurs de réussite d'une pratique en clinique de mémoire**

- 23.1. Différents facteurs sur le plan clinique contribuent à la réussite et à l'efficacité du service en clinique de mémoire :
  - 23.1.1. Une bonne affinité avec la clientèle et de l'intérêt pour la cognition de la part des membres de la clinique;
  - 23.1.2. La connaissance des problèmes cognitifs et des besoins de cette clientèle;
  - 23.1.3. Le counselling apporté aux proches.
- 23.2. Sur le plan du processus au sein de la clinique :
  - 23.2.1. 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 cliniques de mémoire;
  - 23.2.2. La réalisation de l'ensemble du processus dans un temps déterminé;

- 23.2.3. Une approche collaborative et interdisciplinaire avec des objectifs communs et partagés;
- 23.2.4. La présence d'une personne qui accorde la priorité aux demandes de consultation.
- 23.3. Sur le plan de l'environnement et des ressources d'une clinique :
  - 23.3.1. Elle est sise dans une gamme de services complémentaires (ambulatoires, gériatriques et autres spécialités);
  - 23.3.2. Accès facile à d'autres disciplines;
  - 23.3.3. Elle combine une offre de services de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes;
  - 23.3.4. Un accès à la technologie requise, dont un accès accru au PET-SCAN pour la 3<sup>e</sup> ligne;
  - 23.3.5. Des ressources suffisantes soutenues par un budget récurrent;
  - 23.3.6. Un mode adapté de rémunération, compatible avec le mode déjà défini pour les maladies chroniques, pour les médecins spécialistes ou les médecins de famille qui travaillent comme consultants au sein de la clinique;
  - 23.3.7. L'engagement de la direction au soutien des activités de la clinique.
- 23.4. Sur le plan de l'équipe :
  - 23.4.1. Le travail d'équipe;
  - 23.4.2. Une équipe multidisciplinaire;
  - 23.4.3. La complémentarité des membres de l'équipe;
  - 23.4.4. L'expérience et la formation des cliniciens;
  - 23.4.5. La présence d'une infirmière qui assume le rôle d'intervenant pivot;
  - 23.4.6. Une infirmière proactive et qui connaît le réseau desservi;
  - 23.4.7. En 3<sup>e</sup> ligne, la présence de membres de l'équipe dans le circuit international de recherche.
- 23.5. Sur le plan des liens avec les référents :
  - 23.5.1. Des mécanismes et des critères explicites, harmonisés et bien connus d'orientation à cette clinique;
  - 23.5.2. L'accessibilité du service pour les usagers et pour les aidants, l'infirmière et le médecin pouvant être joints aisément au besoin;
  - 23.5.3. De bons moyens de communication avec la 1<sup>re</sup> ligne et un accès rapide aux services une fois les besoins identifiés.

#### **24. Prévision d'une croissance de la fréquence d'utilisation des équipements diagnostiques**

- 24.1. La croissance de l'utilisation des équipements diagnostiques s'avère une tendance forte. Cela nécessitera très probablement un accès accru au PET-SCAN, au PET amyloïde et aux laboratoires d'analyse du LCR.



## 25. Éléments requis pour optimiser la pratique en clinique de mémoire

25.1. Afin d'optimiser la pratique actuelle, il faudrait préconiser les actions suivantes :

- 25.1.1. Réduire les délais d'attente en neuropsychologie. Pour ce faire, baliser les attentes et besoins en neuropsychologie;
- 25.1.2. Évaluer le temps requis en services médicaux et ajuster les PREM au besoin;
- 25.1.3. Évaluer le temps requis en soins infirmiers et ajuster les ressources au besoin (niveau de formation collégial ou universitaire);
- 25.1.4. Évaluer le temps requis en soutien administratif et ajuster les ressources au besoin;
- 25.1.5. Évaluer le temps requis en neuropsychologie et ajuster les ressources au besoin;
- 25.1.6. En ce qui a trait aux soins infirmiers, 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;
- 25.1.7. Mieux répondre à l'enjeu de soutenir les médecins de 1<sup>re</sup> ligne de telle sorte qu'ils soient en mesure d'assurer le suivi, notamment grâce à la formation;
- 25.1.8. Bonifier les liens avec les GMF;
- 25.1.9. Favoriser l'envoi de rapports informatisés au médecin référent;
- 25.1.10. Accroître la proportion de références faites à la Société Alzheimer;
- 25.1.11. Accroître la proportion de références faites au CLSC;
- 25.1.12. Assurer la fluidité entre les divers services;
- 25.1.13. Disposer d'une banque de données pour faciliter le rôle de gestion de cas de l'infirmière, instaurer une démarche d'appréciation de la qualité et répondre aux besoins de recherche s'il y a lieu.

Aux paramètres énoncés s'ajoutent des paramètres propres à la clinique de 3<sup>e</sup> ligne.

## **1. Mandat**

- 1.1. Soutenir les cliniques de mémoire locales ou régionales pour les cas très complexes.
- 1.2. Procéder à l'évaluation diagnostique des troubles cognitifs liés au vieillissement pour des cas très complexes ou pour une maladie précoce.
- 1.3. Soutenir les médecins et les équipes de 2<sup>e</sup> ligne.
- 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.
- 1.5. Assurer la compatibilité et la qualité de la démarche et des approches des cliniques de mémoire locales ou régionales sur le territoire du RUIS.
- 1.6. Aider les agences régionales à assurer la couverture des services professionnels des cliniques de mémoire locales et régionales, y compris la mise en place de la télésanté sur le territoire du RUIS.
- 1.7. Assumer le *leadership* du développement de la recherche sur le territoire du RUIS.
- 1.8. Réaliser des activités de recherche (participation ou initiation).
- 1.9. Élaborer, suivant un mandat ministériel, des guides de pratique, des outils d'intervention et un site Web avec un portail pour les cliniciens.
- 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.

## **2. Territoire couvert**

- 2.1. En 3<sup>e</sup> ligne, la clinique dessert le territoire d'un RUIS.

## **3. Équipements disponibles**

- 3.1. Une clinique de 3<sup>e</sup> ligne accède dans un court délai à :
  - 3.1.1. IRM;
  - 3.1.2. PET-SCAN dans le cadre des activités de recherche;
  - 3.1.3. Ponction lombaire dans le cadre des activités de recherche.

## **4. Capacité de réaliser sur place les ponctions lombaires**

- 4.1. Une clinique de 3<sup>e</sup> ligne est en mesure de réaliser sur place ou à proximité la ponction lombaire.