



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

**Guide de mise en œuvre
pour le déploiement des meilleures
pratiques cliniques et organisationnelles
dans les CISSS et les CIUSSS**

**Seconde phase des travaux
2016 à 2019**

16-829-01W

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 :

www.msss.gouv.qc.ca section **Publications**

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 8-2-550-77851-6 (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, 2017

PERSONNES CONSULTÉES AUX FINS DE LA RÉALISATION DU GUIDE DE MISE EN ŒUVRE

D^{re} Amélie Adjaoud, Groupe de médecine familiale (GMF) Jacques-Cartier, Sherbrooke

Chantal Arsenault, directrice du programme Soutien à l'autonomie personnes âgées (SAPA), Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest

D^{re} Élisabeth Azuelos, programme régional ambulatoire de gériatrie, CISSS de Laval

D^r Howard Bergman, Département de médecine de famille, Université McGill

D^r Christian Bocti, clinique de mémoire et centre de recherche sur le vieillissement, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Yves Couturier, cochercheur principal de la recherche évaluative, Université de Sherbrooke

Christine Fournier, chargée de projet, Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal

Christine Giguère, chargée de projet, RUIS de l'Université de Sherbrooke

Éric Maubert, chargé de projet, RUIS de l'Université McGill

Sylvie Moreault, directrice du programme SAPA, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Martine Nepton, directrice du programme SAPA, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

D^r François Vaillancourt, GMF Rouyn-Noranda

D^{re} Isabelle Vedel, cochercheuse principale de la recherche évaluative, Université McGill

ÉQUIPE MINISTÉRIELLE D'IMPLANTATION ET DE SUIVI

Pierre Bouchard, Direction générale des services de santé et médecine universitaire – Direction des soins spécialisés

Hélène Van Nieuwenhuysse, Direction générale de services sociaux – Direction des orientations des services aux aînés

France Charles Fleury, Direction générale des services de santé et médecine universitaire – Direction des soins spécialisés

SOUS LA DIRECTION DE

D^r Michel A. Bureau, sous-ministre associé, Direction générale des services de santé et médecine universitaire

Sylvie Dupras, sous-ministre adjointe, Direction générale de services sociaux

Natalie Rosebush, Direction générale de services sociaux – Direction générale adjointe des services aux aînés

Danielle Benoit, Direction générale de services sociaux – Direction des orientations des services aux aînés

D^r Antoine Groulx, Direction générale des services de santé et médecine universitaire – Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés

Daniel Riverin, Direction générale des services de santé et médecine universitaire – Direction des soins spécialisés

Les membres de l'équipe ministérielle et le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) remercient chaleureusement tous les experts qui ont contribué à l'ensemble des travaux. La qualité de leurs propos et leur générosité ont concouru largement à la réussite des travaux menés à ce jour et, selon nous, sont un gage de la réussite des travaux à venir. Nous tenons de plus à souligner le soutien exceptionnel du D^r Howard Bergman, dont la sagesse et la perspicacité ont permis de discerner les aspects essentiels de la présente Initiative ministérielle. Enfin, nous saluons, pour leur soutien, les chargés de projets impliqués dans chacun des RUIS, soit mesdames Christine Fournier, Christine Giguère et Anne-Marie Simard ainsi que messieurs Christian Boutin et Éric Maubert.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	1
1 MISE EN CONTEXTE	4
1.1. UNE INITIATIVE À L'INTENTION D'UNE CLIENTÈLE EN CROISSANCE.....	4
1.2. LA PREMIÈRE PHASE DES TRAVAUX	5
2 UTILITÉ DU GUIDE ET PUBLICS CIBLES	6
3 STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE	7
1.1. LES PRINCIPES DIRECTEURS.....	8
1.2. LES OBJECTIFS.....	8
1.3. UN PROCESSUS CLINIQUE ET DES CONDITIONS GAGNANTES DE MISE EN ŒUVRE.....	10
1.4. LES RÔLES ET LES RESPONSABILITÉS DES DIVERSES PARTIES CONCERNÉES.....	10
Ministère de la Santé et des Services sociaux.....	10
CISSS et CIUSSS	11
Groupes de médecine de famille	11
CIUSSS mandatés pour soutenir la diffusion et l'application des meilleures pratiques à l'échelle provinciale	11
RUIS	12
Organismes communautaires et autres partenaires.....	12
4 PRINCIPAUX MOYENS DE MISE EN ŒUVRE	12
1.5. LES COMPOSANTES REQUISES POUR LA CONCEPTION DU PLAN TRIENNAL	13
1.6. UN BUDGET RÉCURRENT.....	15
1.7. LE SOUTIEN DES CHARGÉS DE PROJET.....	15
1.8. UNE BOÎTE À OUTILS.....	17
1.9. UN COMITÉ CONSULTATIF DE SOUTIEN À LA MISE EN ŒUVRE DE LA SECONDE PHASE	18
5 AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ	19
1.10. UN CADRE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ.....	19
1.11. LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION DES INTERVENTIONS.....	19
6 ÉTAPES CLÉS ET ÉCHÉANCIERS	20
7 CONCLUSION	20
RÉFÉRENCES	22
ANNEXES	23
ANNEXE A : PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE EN PREMIÈRE LIGNE	24
ANNEXE B : MODÈLE INTÉGRÉ DE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES.....	26
ANNEXE C : CONDITIONS GAGNANTES DE MISE EN ŒUVRE DES MEILLEURES PRATIQUES DANS LES GMF	27
ANNEXE D : TABLEAU DÉTAILLÉ DES COMPOSANTES POUR LA CONCEPTION DU PLAN D'ACTION TRIENNAL	28
ANNEXE E : STRATÉGIE RECOMMANDÉE POUR LA FORMATION	38
ANNEXE F : BOÎTE À OUTILS : DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE ET FORMATIONS.....	41
ANNEXE G : MODÈLE DE RÉDACTION DU PLAN D'ACTION TRIENNAL PROPOSÉ.....	44

SOMMAIRE

1 MISE EN CONTEXTE ET PREMIÈRE PHASE DES TRAVAUX

- A. Plus de 100 000 personnes au Québec sont atteintes d'une démence de type d'Alzheimer ou d'un autre trouble neurocognitif majeur; on estime qu'en 2030, ce nombre pourrait s'élever à près de 180 000.
- B. Le nombre de nouveaux diagnostics dans la province s'élevait à 23 000 en 2008 et l'incidence estimée pour 2030 est de plus de 45 000 cas par année.
- C. Les groupes de médecine de famille (GMF) jouent un rôle essentiel, au début de la maladie, dans le repérage, l'évaluation, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, selon un modèle de gestion des maladies chroniques, tout en s'assurant qu'un soutien est offert aux proches aidants.
- D. Les GMF sont soutenus par les services spécialisés, notamment les cliniques de mémoire, pour les cas les plus complexes.
- E. Au cours de l'évolution de la maladie, le rôle assumé par les GMF est complété par l'implication des autres services¹ de première ligne et les équipes ambulatoires de gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).
- F. L'Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs vise le rehaussement de l'accessibilité des services de première ligne avec le soutien des cliniques de la mémoire et des équipes ambulatoires de gestion des SCPD, une cible choisie à partir des recommandations du Comité d'experts (2009).
- G. La réalisation, depuis 2013, de 19 projets d'implantation ciblée à partir de 40 GMF, 20 CIUSSS de l'époque et 16 autres organisations dans 14 régions sociosanitaires, évalués par une équipe de recherche indépendante, a permis de déterminer les meilleures pratiques qui composent l'essentiel du Guide de mise en œuvre des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles dans les CISSS et les CIUSSS (ci-après appelé « le Guide »).

2 UTILITÉ DU GUIDE ET PUBLICS CIBLES

- H. Le Guide rassemble l'information pertinente pour faciliter la diffusion, l'adoption et l'application des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles sur tout le territoire québécois.
- I. La mise en œuvre, sous la responsabilité des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), s'amorce dans les GMF pour s'étendre ensuite à l'ensemble des services offerts en fonction de la progression de la maladie.
- J. Le Guide s'adresse aux responsables de la mise en œuvre de l'Initiative ministérielle dans les CISSS et les CIUSSS, soit le directeur ou la directrice du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et la personne responsable des services médicaux de première ligne, aux GMF et enfin à l'ensemble des acteurs impliqués auprès de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre trouble neurocognitif majeur ainsi qu'auprès de leurs proches.

3 STRATÉGIE DE DÉPLOIEMENT DANS LA SECONDE PHASE DES TRAVAUX

- K. La seconde phase de l'Initiative ministérielle a pour objectif la diffusion, l'adoption et l'application des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles sur l'ensemble du territoire québécois.

¹ Le mot « services » désigne aussi bien les soins de santé que les services sociaux.

- L. Elle s’amorce dans les GMF pour couvrir ensuite l’ensemble des services requis au fil de la progression de la maladie, avec le souci de consolider le continuum de services offerts aux personnes âgées en perte d’autonomie.
- M. La réussite de la mise en œuvre en GMF requiert d’adopter le processus clinique interdisciplinaire en première ligne (voir l’annexe A).
- N. Elle requiert aussi de réunir les douze conditions jugées gagnantes d’après les résultats préliminaires de la recherche évaluative sur les projets de mise en place ciblée, à savoir :
 - 1) le soutien du médecin responsable du GMF quant au changement souhaité;
 - 2) la présence dans le GMF d’une équipe de *leaders*, composée d’un médecin et d’une infirmière ou d’un travailleur social, qui accompagne le personnel qui doit faire face aux changements dans le GMF;
 - 3) la disponibilité d’une personne qui assure un soutien fonctionnel concret à l’équipe de *leaders* du GMF;
 - 4) l’engagement de l’ensemble des médecins et des professionnels du GMF;
 - 5) des rencontres de concertation entre les médecins et les professionnels du GMF sur le changement à apporter au sujet des explications sur les raisons qui motivent le changement, de l’énumération des faits, de la présentation des données probantes, des résistances, de la détermination de solutions possibles et d’une entente sur les étapes du projet de changement;
 - 6) une stratégie durable de conduite du changement, y compris des réévaluations régulières du processus pour réajuster, au besoin, les pratiques selon les outils d’aide à la décision disponibles;
 - 7) un changement réalisé progressivement;
 - 8) l’adoption d’un plan de formation continue sur les pratiques optimales, en recourant aux formations conçues dans le cadre de l’Initiative ministérielle pour les personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou d’autres troubles neurocognitifs majeurs;
 - 9) l’utilisation de protocoles et d’outils d’aide à la pratique, tout spécialement les ouvrages produits dans le cadre des travaux du MSSS et ceux réalisés par l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS);
 - 10) l’accès à une ressource territoriale ou sous-territoriale en soins infirmiers, championne de la maladie d’Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs, en soutien aux médecins et aux professionnels qui travaillent dans les GMF à la mise en œuvre des bonnes pratiques cliniques, idéalement une infirmière ou un infirmier impliqué dans la première phase des travaux;
 - 11) la désignation, dans le GMF, d’un professionnel attiré à la liaison avec le CISSS ou le CIUSS et les organismes communautaires;
 - 12) l’accompagnement et le mentorat apportés aux GMF par les RUIS.
- O. Les CISSS et CIUSSS, de par leurs responsabilités, assument la planification de la diffusion, de l’adoption et de l’application des meilleures pratiques et leur mise en œuvre.
- P. Dans ce contexte, le MSSS précise les orientations, soutient la mise en œuvre et assure le suivi; les quatre CIUSSS mandatés pour soutenir la mise en œuvre des meilleures pratiques à l’échelle provinciale² (ci-après appelés CIUSSS mandatés) assurent un soutien aux CISSS et aux autres CIUSSS grâce, notamment, à quatre chargés de projet, et participent au Comité consultatif de soutien à la mise en œuvre de la seconde phase. Les RUIS soutiennent le perfectionnement des compétences et, enfin, les organismes communautaires et les autres partenaires contribuent à la mise en place de l’offre de

² CIUSSS de la Capitale-Nationale; CIUSSS de l’Estrie – CHUS; CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal et CIUSSS du Centre-Ouest-de-l’Île-de-Montréal

services visant à soutenir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles neurocognitifs majeurs et leurs proches aidants.

- Q. Les CISSS et les CIUSSS doivent produire un plan d'action triennal (2016-2019) au regard de leurs réalités et de leurs priorités, à partir des projets déjà en place et en impliquant les acteurs concernés.
- R. Les GMF impliqués lors de la première phase participent à l'élaboration des plans d'action triennaux de leur CISSS ou leur CIUSSS et contribuent à faire évoluer leur modèle selon les priorités établies dans leur territoire respectif.
- S. Les GMF qui n'ont pas participé à la première phase mettent en place, de manière progressive, les meilleures pratiques déterminées.

4 PRINCIPAUX MOYENS DE MISE EN ŒUVRE

- T. Les cinq principaux moyens suivants sont proposés pour soutenir la mise en œuvre des meilleures pratiques :
 - 1) la liste des composantes qui devraient faire partie du plan d'action triennal de chaque établissement (voir l'annexe D);
 - 2) un budget récurrent accordé aux CISSS et aux CIUSSS afin de soutenir la mise en œuvre des meilleures pratiques en première ligne dont l'application sera suivie par le MSSS de 2016 à 2019;
 - 3) la présence de quatre chargés de projet en soutien aux CISSS et aux CIUSSS, rattachés aux quatre CIUSSS mandatés;
 - 4) une boîte à outils « clé en main », qui comprend des documents d'aide à la pratique et des formations, produits par consensus entre des représentants des quatre RUIS et par l'INESSS (voir l'annexe F);
 - 5) un comité consultatif qui soutient la mise en œuvre, piloté par le MSSS avec la participation des quatre CIUSSS mandatés.

5 AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

- U. Chaque CISSS et CIUSSS, en concertation avec les quatre CIUSSS mandatés, met en place des mesures d'amélioration continue de la qualité, y compris une reddition de comptes annuelle et un bilan des réalisations, pendant les trois années de la seconde phase.

1 MISE EN CONTEXTE

1.1. UNE INITIATIVE À L'INTENTION D'UNE CLIENTÈLE EN CROISSANCE

La prévalence croissante de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs³ représente un défi de taille pour les personnes atteintes, leurs proches et la société en général. En effet, plus de 100 000 Québécois étaient atteints d'une forme de cette maladie en 2008. À partir des données recensées⁴, on estime que le nombre de cas chez les personnes de 65 ans et plus passerait à près de 180 000 en 2030. De plus, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués annuellement augmente rapidement : de près de 23 000 en 2008, il s'élèverait à plus de 45 500 en 2030. À ces nombres importants s'ajoutent les cas de démence rapportés chez les personnes de 45 à 64 ans, dont la prévalence relative touche 98,1 personnes par tranche de 100 000 habitants⁵.

Conscient de la nécessité d'adapter les services⁶ destinés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles neurocognitifs majeurs, le MSSS a sollicité le concours des acteurs reconnus pour leur expertise afin de préciser les orientations et les actions requises, comme l'ont fait d'autres provinces et pays. En 2007, un comité d'experts a donc vu le jour sous la présidence du D^r Howard Bergman. Son rapport, publié en 2009⁷, propose une série de 24 recommandations. L'analyse de ces recommandations a permis d'établir 6 cibles prioritaires, lesquelles constituent la trame de l'Initiative ministérielle, à savoir :

- accroître l'accès aux services de santé et aux services sociaux de première ligne avec le soutien concret de la deuxième et troisième ligne, tout particulièrement grâce aux équipes ambulatoires de gestion des SCPD et aux cliniques de mémoire;
- développer des outils d'aide à la pratique à partir des données probantes et les rendre accessibles;
- élaborer et mettre en place des programmes d'enseignement et de formation à l'intention des médecins et des professionnels de la santé et des services sociaux;
- élaborer les outils requis de communication;
- permettre un séjour facilité lors d'une hospitalisation en soins de courte durée;
- consolider progressivement la gamme de services destinés aux proches aidants, en collaboration avec les organismes impliqués dans ce secteur d'activités.

La première cible citée précédemment a été au centre des travaux réalisés depuis 2011. Les autres cibles ont été abordées dans la foulée des efforts investis pour accroître tout particulièrement l'accès aux services des GMF. Il en a résulté une première phase des travaux, décrite plus bas. Elle est suivie par une seconde phase dite de déploiement des meilleures pratiques dans l'ensemble des CSSSS et des CIUSSS, qui occupe la plus grande partie du présent guide.

³ Le terme « troubles neurocognitifs majeurs » provient de la nomenclature du DSM-V; il remplace celui précédemment adopté, soit « maladies apparentées ».

⁴ Institut de la statistique du Québec, 2009. Le calcul des estimations est fondé sur le scénario de référence.

⁵ Harvey et coll., 2003.

⁶ Le mot « services » désigne aussi bien les soins de santé que les services sociaux.

⁷ MSSS, *Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer*, présidé par le D^r Howard Bergman.

1.2. LA PREMIÈRE PHASE DES TRAVAUX

Le moyen initial pour amorcer les travaux consistait à instaurer des projets d'implantation ciblée à partir de GMF, soit des projets pilotes d'une durée de 24 mois. Ce choix visait l'élaboration et l'enrichissement des meilleures pratiques, depuis le repérage jusqu'au suivi, soutenu par des cliniques de mémoire et des équipes ambulatoires de gestion des SCPD. Les apprentissages réalisés alors devaient ensuite être étendus progressivement à l'ensemble du territoire québécois.

En 2013, 19 projets ont vu le jour, répartis dans 14 régions sociosanitaires du Québec, soit un total de 40 GMF impliqués⁸. Afin d'en faciliter la réalisation, le MSSS a confié aux 4 RUIS le mandat de soutenir les projets de leur territoire respectif et d'accompagner les acteurs impliqués, avec l'aide de 4 chargés de projet. Ainsi, 7 projets ont été réalisés sur le territoire du RUIS de l'Université de Montréal, 6, sur celui de l'Université Laval, 3, sur le territoire de l'Université McGill et 3, sur le territoire de l'Université de Sherbrooke.

La phase d'expérimentation a pris fin en octobre 2015, suivie par une journée de bilan tenue dans chacun des RUIS en octobre et en novembre 2015. Les projets d'implantation ciblée semblent prometteurs pour atteindre les résultats attendus, à savoir :

- susciter l'implication des médecins et des professionnels qui travaillent dans les GMF et des experts des quatre RUIS, tant comme acteurs du changement que comme producteurs d'outils d'aide à la décision et de formations;
- déterminer les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles pouvant être appliquées à une plus grande échelle;
- optimiser la qualité de l'évaluation et du suivi des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles neurocognitifs et de leurs proches aidants.

Dans la grande majorité des cas, les projets ont misé sur deux choses, soit le tandem médecin et infirmière et le rehaussement des compétences des médecins et des professionnels des GMF. Un nombre important de projets a de plus investi le développement de l'offre de services en gestion des SCPD.

Par ailleurs, des documents de référence et des outils de formation ont été produits au cours de cette première phase. Ils sont le fruit d'une approche consensuelle entre des experts des quatre RUIS. Ces publications, dont celle intitulée *Processus clinique interdisciplinaire en première ligne* (voir l'annexe A), sont accessibles sur le site du MSSS⁹. L'INESSS s'est inscrit à titre de partenaire de premier ordre dans cette démarche en publiant un outil d'aide à la pratique, accessible sur son site¹⁰.

Des travaux ont été menés en parallèle avec les organismes de soutien aux proches aidants, dont l'APPUI et la Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer. Cela s'est traduit par une consolidation du partenariat entre les GMF et ces organismes et par une connaissance accrue du rôle de ces derniers.

L'expérimentation s'accompagnait d'une évaluation réalisée par une équipe de chercheurs en provenance des quatre RUIS. Les conclusions préliminaires de l'étude, les bilans dressés par les promoteurs des projets et ceux réalisés par les chargés de projet de la première phase ont permis de dégager les pratiques jugées les plus

⁸ La description du cheminement détaillé de cette première phase, intitulé « Alzheimer et maladies apparentées », est accessible sur le site du MSSS destiné aux professionnels à l'adresse suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/alzheimer/>.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ L'outil d'aide à la pratique sur le repérage et l'évaluation produit par l'INESSS est accessible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.inesss.qc.ca/publications/publications/publication/reperage-et-processus-menant-au-diagnostic-de-la-maladie-dalzheimer-et-dautres-troubles-neurocognitifs.html>

probantes et qui s'appliqueraient le mieux dans l'ensemble du territoire québécois. Ce sont ces conclusions qui alimentent en premier lieu les contenus du présent ouvrage.

La première phase de l'Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs étant achevée, le MSSS amorce maintenant la seconde phase, qui prendra la forme d'une diffusion élargie des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles dans l'ensemble des CISSS et des CIUSSS.

2 UTILITÉ DU GUIDE ET PUBLICS CIBLES

Par ses orientations, le MSSS encourage et soutient l'élaboration, la détermination et l'application progressive des meilleures pratiques sur tout le territoire québécois. Sous la responsabilité des CISSS et des CIUSSS, leur mise en place sera amorcée dans les GMF puis s'étendra à l'ensemble des services offerts, en fonction de la progression de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre trouble neurocognitif majeur chez les patients. Le présent guide rassemble l'information pertinente pour faciliter cette mise en place.

Le Guide s'adresse aux trois publics cibles suivants :

- Il concerne en premier lieu les responsables nommés dans chacun des CISSS et CIUSSS pour planifier la mise en place des pratiques, soit le directeur ou la directrice du programme SAPA et la personne responsable des services médicaux de première ligne. Cette planification se traduira dans un plan d'action triennal visant les années 2016 à 2019. Ces personnes trouveront, dans les pages qui suivent, le matériel utile à l'élaboration du plan et un modèle afin d'en faciliter la rédaction.
- Il intéresse ensuite les GMF impliqués dans la première phase des travaux de même que l'ensemble des GMF. Les premiers seront invités à s'impliquer dans les travaux de planification des CISSS et des CIUSSS ainsi qu'à poursuivre le développement de leurs pratiques à la lumière des priorités de leurs territoires respectifs. Plusieurs contenus du Guide, tirés des connaissances acquises lors de la première phase des travaux, s'adressent spécifiquement aux équipes des GMF.
- Enfin, tous les autres acteurs engagés dans l'organisation des services auprès de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre trouble neurocognitif majeur et de ses proches aidants y trouveront des indications utiles. Cette information contribuera à accroître l'intégration des services tout au long de l'évolution de la maladie.

Depuis le début des travaux, l'Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs s'est construite graduellement à la lumière des apprentissages réalisés en matière de meilleures pratiques, qu'elles soient cliniques ou organisationnelles. Le Guide évoluera de la même manière tout au long de la seconde phase. Les travaux réalisés, les rétroactions des acteurs impliqués et le dépôt prochain du rapport final de recherche sur l'évaluation des projets d'implantation ciblée concourront à raffiner l'Initiative ministérielle et à accroître l'efficacité des services offerts.

3 STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE

La stratégie de mise en œuvre repose sur des principes directeurs, des objectifs, un processus clinique, des conditions gagnantes et la participation de différents acteurs, décrits dans les prochaines pages. Elle consiste principalement à :

- privilégier la mise en place des meilleures pratiques sur tout le territoire sous la responsabilité de chaque CISSS et CIUSSS;
- planifier et coordonner, dans chacun de ces territoires, des travaux qui visent en premier lieu à étendre les meilleures pratiques dans l'ensemble des GMF, à partir des GMF déjà impliqués dans la première phase des travaux et, en second lieu, à arrimer ces pratiques aux autres services offerts en première ligne, en deuxième ligne et en collaboration avec les organismes communautaires;
- établir, dans chacun de ces territoires, un processus de suivi de la mise en œuvre qui s'inscrit dans une approche d'amélioration continue de la qualité, en concertation avec les quatre CIUSSS mandatés et en collaboration avec les RUIS.

La stratégie préconisée est alors axée sur les services requis par les personnes en fonction de la progression de leur maladie. Ces services doivent être conçus « autour de la réponse aux besoins des personnes atteintes et de leurs proches, suivant les différents stades de la maladie, et non pas autour des structures ou des établissements »¹¹. La figure 1 illustre cette conception, ainsi qu'elle est présentée dans le cadre de référence privilégié par le Comité d'experts.

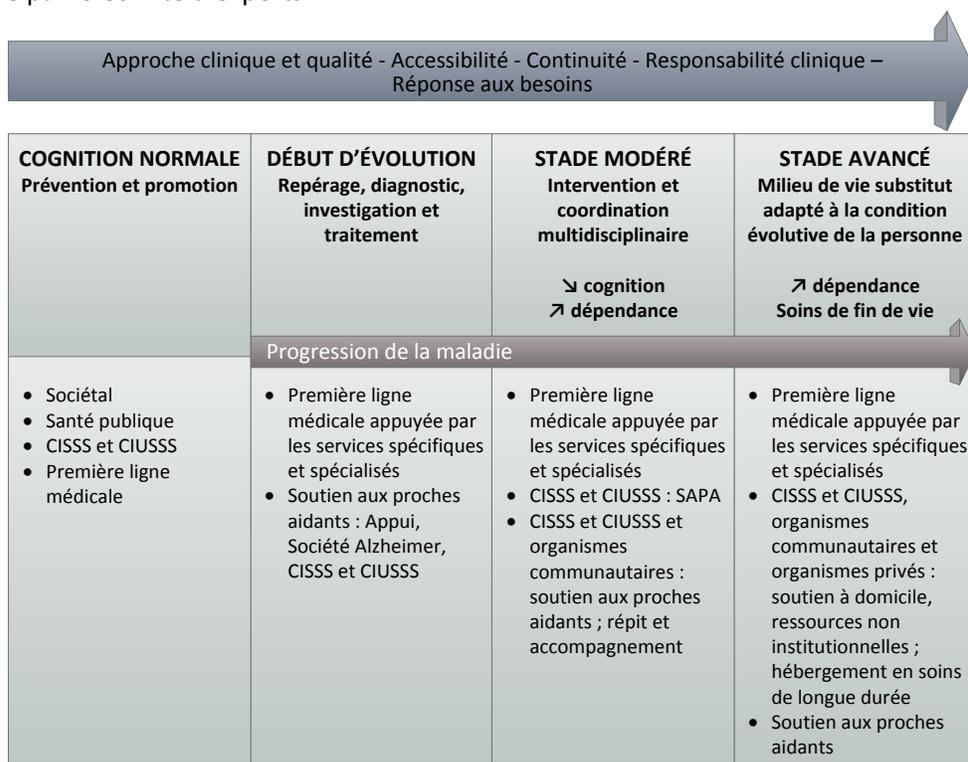


Figure 1 – Conception des services requis en fonction de la progression de la maladie (Tiré de *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées – Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence*, Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer, p. vii)

¹¹ MSSS, *Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer*, p. vi.

La stratégie de mise en œuvre doit également tenir compte du souhait de consolider le continuum plus large des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans le futur. Le modèle de gestion des maladies chroniques devrait influencer de tels travaux de consolidation¹².

1.1. LES PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs suivants servent à guider la réalisation du plan d'action triennal. Elles s'appuient sur les principes propres au système de santé et de services sociaux québécois. La mise en place des services offerts aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles neurocognitifs majeurs doit :

- être axée sur l'accessibilité, la continuité et la qualité des services à élaborer ou à consolider en réponse aux besoins cliniques de la clientèle à desservir, en fonction des ressources et des particularités du territoire;
- s'intégrer de façon optimale aux structures existantes, sans chercher à définir une organisation de services uniquement axée sur la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs majeurs, mais plutôt en consolidant la gamme de services destinés à cette clientèle dans le continuum de services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, en s'inspirant du modèle de gestion des maladies chroniques, tout en misant sur le soutien à l'autonomie;
- se faire en fonction d'une approche hiérarchisée, à l'échelle populationnelle, en favorisant l'implication des médecins et des professionnels de la santé et des services sociaux dans les diverses étapes du processus d'amélioration;
- s'appuyer sur les résultats probants de la recherche, les meilleures pratiques et les consensus d'experts.

1.2. LES OBJECTIFS

La diffusion, l'adoption et l'application des meilleures pratiques dans l'ensemble du territoire québécois a pour but de rehausser l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles neurocognitifs majeurs, tout en soutenant leurs proches aidants. S'échelonnant sur un horizon de trois années, la seconde phase de l'Initiative ministérielle vise les quatre objectifs principaux suivants, assortis d'objectifs spécifiques, le cas échéant :

1. Étendre de façon progressive les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles déterminées à ce jour, d'abord à l'ensemble des GMF des territoires des CISSS et des CIUSSS, puis à l'ensemble des services de première ligne.
 - Renforcer la capacité des médecins et des professionnels (ceux qui travaillent dans les GMF, dans un premier temps, et ceux qui travaillent dans l'ensemble de la première ligne, dans un second temps) à repérer, à évaluer, à diagnostiquer, à traiter et à suivre la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre trouble neurocognitif majeur ainsi qu'à soutenir ses proches aidants, grâce au processus clinique interdisciplinaire en première ligne (voir l'annexe A), avec le soutien des services spécialisés.
 - Consolider une pratique clinique polyvalente dans un contexte d'interdisciplinarité.

¹² Le modèle de gestion des maladies chroniques est rappelé dans l'annexe B.

- Intégrer des outils d'aide à la pratique et des contenus de formation qui soient communs à l'ensemble des médecins et des professionnels de première ligne d'un même continuum de services, en débutant par le processus clinique interdisciplinaire en première ligne.
 - Promouvoir le partage des données cliniques entre les médecins et les professionnels impliqués auprès de la personne.
2. Faire évoluer les projets d'implantation ciblée dans les GMF, élaborés lors de la première phase, en fonction des priorités inscrites dans le plan d'action triennal de leur territoire respectif.
- Assurer la continuité des projets d'implantation ciblée en fonction du cadre décrit dans le présent guide.
 - Préserver, dans la mesure du possible, les services cliniques directs instaurés dans le cadre des projets d'implantation.
 - Recourir aux promoteurs et *leaders* des projets pour participer aux travaux sur la détermination des priorités et du plan d'action triennal.
3. Consolider l'offre de services offerts aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles neurocognitifs majeurs en fonction de la progression de leur maladie, en améliorant l'intégration des services dispensés par les GMF, les autres services de première ligne, les cliniques de mémoire et les équipes ambulatoires de gestion des SCPD.
- Concevoir une vision globale et intégrée de l'organisation de services en fonction des besoins de la clientèle et des meilleures pratiques, qui rallie autour d'objectifs communs les acteurs impliqués auprès de ces personnes.
 - Préciser les corridors de services entre les GMF, les autres services de première ligne, les services spécialisés et les organismes communautaires et préciser leurs rôles respectifs.
 - Accroître le soutien offert aux GMF par les cliniques de mémoire et les équipes ambulatoires de gestion des SCPD sur le plan de la formation continue et de la consultation pour les cas complexes.
 - Accroître la proportion des demandes de consultation en deuxième ligne jugées pertinentes, soit de limiter l'orientation des cas simples vers cette ressource.
 - Rehausser l'arrimage entre les GMF, les services du programme SAPA et les organismes communautaires destinés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles neurocognitifs majeurs et à leurs proches aidants, dans le but d'accroître l'accessibilité, la continuité et la qualité des services.
4. Mettre en place des mesures d'amélioration continue de la qualité des services offerts.
- Instaurer des mesures d'amélioration de la qualité en accord avec la mise en place des meilleures pratiques en GMF, y compris la détermination d'indicateurs assortis de cibles concrètes d'amélioration¹³.
 - Déterminer des mesures de rétroaction entre les GMF, les autres services de première ligne, les services spécialisés et les organismes communautaires relatives à la pertinence des demandes de consultation, aux communications et aux délais.
 - Déterminer des avenues à élaborer en matière de formation et d'enseignement et en matière de recherche clinique ou évaluative.

¹³ Une liste initiale d'indicateurs est proposée, dans le tableau intitulé *Tableau détaillé des composantes requises pour la conception du plan d'action triennal*, dans l'annexe D.

1.3. UN PROCESSUS CLINIQUE ET DES CONDITIONS GAGNANTES DE MISE EN ŒUVRE

Certaines pratiques ont été désignées comme étant les plus avantageuses à adopter. Celles-ci prennent une place importante dans la stratégie de mise en œuvre. Elles comptent l'adoption d'un processus clinique et de conditions gagnantes de mise en place dans les GMF.

Le processus clinique interdisciplinaire en première ligne (voir l'annexe A) représente la pierre angulaire de la mise en œuvre. Réalisé sous la forme d'une démarche séquencée en dix étapes, élaborée par un groupe d'experts provenant des quatre RUIS mandatés, il favorise un suivi optimal dans un contexte de travail interdisciplinaire. Le fait de l'appliquer dans la pratique quotidienne contribuera à améliorer la qualité du repérage, de l'évaluation, du diagnostic et du suivi. Le document intitulé *Processus clinique interdisciplinaire en première ligne* est accessible sur le site Internet du MSSS¹⁴; il se rapporte à un document plus détaillé intitulé *Protocole de soins*, également accessible sur le site.

Les conditions sont qualifiées de « gagnantes » à la lumière des travaux menés par le groupe de recherche et des conclusions exprimées par les promoteurs des projets d'implantation ciblée lors des journées de bilan. Bien entendu, elles ne sont pas exclusives. L'expérience, les ressources et la connaissance de leur environnement aideront les responsables de la mise en œuvre à optimiser leur stratégie. Ainsi, douze conditions gagnantes sont retenues (voir l'annexe C). Elles devraient influencer les orientations prises par les établissements et se refléter dans leur plan d'action triennal.

Par ailleurs, le groupe de chercheurs suggère de favoriser la mise en place de toutes les composantes ciblées par l'Initiative ministérielle. Cela contribue à accroître la réussite de la mise en place et le succès des pratiques prises isolément. Les actions proposées dans le chapitre qui porte sur les moyens reflètent cet ensemble de composantes.

Enfin, bien qu'un ensemble de composantes soit indiqué, la réalisation de chacune devrait se faire de façon progressive et adaptée aux dynamiques du contexte local. Cette recommandation rappelle en effet les bonnes pratiques relatives au changement. Ainsi, le changement est conduit par vagues successives selon une séquence préétablie. Le lecteur trouvera, dans le chapitre qui traite des moyens, une proposition de séquence.

1.4. LES RÔLES ET LES RESPONSABILITÉS DES DIVERSES PARTIES CONCERNÉES

Afin de faciliter la mise en œuvre de la seconde phase, des mesures de soutien sont prévues de la part des diverses parties concernées, dans une optique de complémentarité, en fonction de leurs responsabilités respectives. Les rôles et les responsabilités de chaque partie prenante sont énumérés plus bas.

Ministère de la Santé et des Services sociaux

- Préciser les orientations relatives aux soins de santé et aux services sociaux destinés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles neurocognitifs majeurs.
- Planifier la mise en œuvre de la seconde phase de l'Initiative ministérielle à l'échelle nationale et en assurer le suivi.

¹⁴ Le document *Processus clinique interdisciplinaire en première ligne* est accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001071/>.

- Soutenir la mise en œuvre par différents moyens (voir la section 4).
- Promouvoir l'amélioration continue de la qualité des services offerts, notamment en préconisant une approche centrée sur la personne et non sur la maladie.
- Susciter la participation des organisations et des acteurs susceptibles d'offrir un apport aux travaux et en définir le cadre.

CISSS et CIUSSS

- Planifier et assurer la mise en œuvre des meilleures pratiques déterminées dans le Guide, en débutant par la production d'un plan d'action triennal (voir les composantes et les contenus dans l'annexe D et la stratégie de formation recommandée dans l'annexe E).
- Assurer l'organisation des services sur son territoire en matière de structures et favoriser l'adoption des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles.
- Assurer aux GMF un accès équitable aux services spécialisés, dont les cliniques de mémoire et les équipes ambulatoires de gestion des SCPD, selon les paramètres d'organisation établis, aux plateaux techniques et aux autres programmes du CISSS ou du CIUSSS.
- Favoriser et soutenir la collaboration entre les GMF impliqués.
- Assurer la répartition budgétaire en fonction des cibles prioritaires indiquées dans l'annexe D, avec le souci de préserver, autant que possible, les services directs déjà engagés dans la première phase des travaux.
- Assurer le suivi des activités dans les différents GMF engagés dans la seconde phase.
- Assurer les collaborations nécessaires auprès des responsables désignés par le MSSS dans le cadre de l'Initiative ministérielle.
- Mettre en place les mécanismes de continuité et de concertation entre les GMF et les services du programme SAPA.
- Produire, dans les années 2017, 2018 et 2019, un bilan annuel et un rapport de reddition de comptes.

Groupes de médecine de famille

- Pour les GMF impliqués dans la première phase des travaux, miser sur les travaux entrepris au regard du plan d'action triennal pour atteindre les objectifs fixés dans le présent guide de mise en œuvre et faire évoluer le modèle d'organisation des services.
- Pour les nouveaux GMF, mettre en place de manière progressive les pratiques désignées comme étant optimales, décrites dans le présent guide.
- Participer à la planification de la seconde phase sous la responsabilité des CISSS et des CIUSSS en indiquant, notamment, les besoins en matière de soutien.
- Mettre en place des stratégies d'amélioration continue de la qualité des pratiques cliniques.
- Participer à la définition des corridors de services, des moyens de communication et de surveillance.

CIUSSS mandatés pour soutenir la diffusion et l'application des meilleures pratiques à l'échelle provinciale

- Assurer l'embauche du chargé de projet ainsi que l'encadrement et le soutien des activités relevant de sa responsabilité.
- Faciliter l'accès aux connaissances, aux compétences et aux ressources dont le chargé de projet dispose pour soutenir la réalisation des mandats et des fonctions qui lui sont attribués.
- Participer au Comité consultatif de soutien à la mise en œuvre de la seconde phase.
- Assurer la réalisation de diverses activités dans les secteurs suivant : soutien à l'innovation, soutien clinique, y compris la téléconsultation, formation et enseignement, recherche.

- Collaborer avec les autres CIUSSS mandatés de même qu’avec les RUIS aux fins suivantes :
 - élaborer une approche concertée favorisant la cohérence et la complémentarité des actions réalisées;
 - proposer des indicateurs à préconiser dans une optique d’amélioration continue de la qualité de l’offre de services.
- Soumettre au MSSS des avenues d’amélioration à partir notamment du bilan annuel réalisé par le chargé de projet à la fin de chaque année financière.
- Une fois les plans d’action triennaux produits, soutenir de façon concertée la mise en place et le maintien de mécanismes d’amélioration continue de la qualité à long terme.
- Promouvoir l’application des stratégies et des outils élaborés dans le cadre de la présente Initiative ministérielle à une plus grande échelle, en accord avec d’autres volets de l’offre de services offerts aux aînés en perte d’autonomie.

RUIS

- En collaboration avec les CIUSSS mandatés pour soutenir le déploiement des meilleures pratiques au niveau provincial, soutenir le rehaussement des compétences cliniques des médecins et des professionnels impliqués et soutenir l’innovation.
- Promouvoir la recherche clinique et évaluative par le suivi et la surveillance d’activités cliniques en première ligne.
- Participer aux travaux du MSSS menant à l’élaboration des indicateurs de performance à privilégier pour refléter le mieux possible l’élaboration des meilleures pratiques ainsi que les cibles visées, en recourant aux résultats de la recherche évaluative, aux expériences résultant des projets d’implantation et aux consensus d’experts.

Organismes communautaires et autres partenaires

- Contribuer à la mise en place de l’offre de services par le soutien aux proches aidants, l’information, la formation et le répit.

4 PRINCIPAUX MOYENS DE MISE EN ŒUVRE

De par sa mission de planification, de coordination, d’organisation et de dispensation des soins et des services sur son territoire, le CISSS ou le CIUSSS devient le maître d’œuvre de la seconde phase. Dans cette optique, et à partir d’une lecture des forces et des contraintes propres à leur territoire, le directeur ou la directrice du programme SAPA et la personne responsable des services médicaux de première ligne voient à susciter l’implication de l’ensemble des parties prenantes afin de déterminer une vision territoriale des services à consolider à l’intention des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou d’autres troubles neurocognitifs majeurs et de leurs proches. Ils impliquent en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d’implantation ciblée.

La vision se traduit dans l’élaboration d’un plan d’action triennal (2016-2019). Sa composition s’inspire des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles dégagées lors de la première phase des travaux. Pour ce faire, les responsables peuvent compter sur quatre principaux moyens, soit l’énumération des composantes requises pour la conception du plan d’action triennal, un budget récurrent, le soutien de chargés de projet ainsi que la disponibilité de nombreux outils cliniques et de formation.

1.5. LES COMPOSANTES REQUISES POUR LA CONCEPTION DU PLAN TRIENNAL

Le premier moyen consiste en une énumération des composantes sur lesquelles les responsables devraient se pencher pour la réalisation de leur plan d'action triennal. Elles ont été jugées prometteuses grâce aux apprentissages réalisés au cours de la première phase des travaux. La réussite passe en effet par la mise en place graduelle de cet ensemble de composantes.

La liste proposée ne remplace ni ne déprécie les bonnes pratiques déjà instaurées au bénéfice des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles neurocognitifs majeurs. Elle vient mettre en lumière des actions peu présentes dans les pratiques courantes et reconnues comme étant gagnantes par la recherche évaluative sur les projets d'implantation ciblée.

Les composantes prennent la forme d'actions énumérées selon une séquence qui favoriserait une mise en œuvre efficace, que chaque organisation modulera en fonction de ses priorités et de sa réalité propres. Certaines actions peuvent être entreprises simultanément.

Les composantes sont présentées dans le tableau sommaire qui suit. L'annexe D présente un tableau détaillé qui comprend :

- l'ensemble des composantes à considérer dans la conception du plan d'action triennal;
- des précisions sur chacune des composantes tirées des connaissances acquises;
- les indicateurs de structures et de processus qui paraissent essentiels à ce stade-ci des travaux, une bonification de ceux-ci étant attendue au cours de la mise en œuvre, dans un souci d'amélioration continue de la qualité.

Tableau 1 Tableau sommaire des composantes requises pour la conception du plan d'action triennal (voir le tableau détaillé dans l'annexe D)

COMPOSANTES	Responsables
Actions préparatoires	
1. Désigner les responsables de la mise en œuvre de la seconde phase dans le CISSS ou le CIUSSS.	CISSS ou CIUSSS
2. Rédiger le plan d'action triennal (2016-2019) en concertation avec les diverses parties prenantes déjà impliquées dans la première phase des travaux, le cas échéant, visant l'adoption des meilleures pratiques sur son territoire.	CISSS ou CIUSSS
3. Adopter un modèle de gestion de projet.	CISSS ou CIUSSS
4. Mettre en place un comité de pilotage.	CISSS ou CIUSSS
5. Identifier les GMF en fonction d'un intérêt démontré.	CISSS ou CIUSSS
Actions d'implantation	
6. Désigner, dans chaque GMF, une équipe <i>leaders</i> phare (médecin et infirmière ou travailleur social) qui pilote les changements dans le GMF.	GMF
7. Appliquer le processus clinique interdisciplinaire en première ligne.	GMF
8. Prévoir un soutien concret aux mentors des GMF.	GMF et CISSS ou CIUSSS
9. Affirmer le rôle des infirmiers et infirmières selon leurs champs d'exercices, leurs activités réservées et les meilleures pratiques.	GMF
10. Définir les rôles respectifs dans le GMF.	GMF
11. Instaurer un réseau d'échange de pratiques destiné aux responsables ou aux mentors de chaque GMF ou des secteurs du CISSS ou du CIUSSS.	CISSS ou CIUSSS
12. Constituer une boîte à outils « clé en main » à partir de la boîte à outils présentée dans l'annexe F et la diffuser parmi tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre.	CISSS ou CIUSSS
13. Élaborer un plan de formation.	CISSS ou CIUSSS
14. Rendre accessible une ressource territoriale ou sous-territoriale, en soins infirmiers, en soutien aux GMF concernant la mise en œuvre des bonnes pratiques cliniques.	CISSS ou CIUSSS
15. Arrimer l'offre de services offerts par les GMF aux services offerts dans le programme SAPA.	CISSS ou CIUSSS
16. Solliciter l'aide des cliniques de la mémoire pour soutenir les GMF qui doivent faire face à des cas complexes.	CISSS ou CIUSSS
17. Consolider les équipes ambulatoires de gestion des SCPD.	CISSS ou CIUSSS
Actions d'amélioration continue	
18. Instaurer et suivre des indicateurs de qualité.	GMF et CISSS ou CIUSSS
19. Instaurer un processus d'amélioration continue de la qualité.	CISSS ou CIUSSS

1.6. UN BUDGET RÉCURRENT

Un budget récurrent vient soutenir la mise en place des meilleures pratiques dans chacun des CISSS et CIUSSS. Il doit être affecté en priorité à la première ligne. Bien que ce budget soit récurrent, le MSSS tient à suivre avec attention les travaux pendant les années 2016 à 2019.

L'affectation du budget doit se faire en fonction des objectifs et des règles définis dans le présent document. De plus, au regard de la première phase des travaux, l'affectation suit les règles suivantes :

- Jusqu'à ce que la vision globale et intégrée de la mise en œuvre territoriale se concrétise, la continuité du service doit être assurée en ce qui a trait aux ressources humaines attirées aux services directs dans les projets d'implantation ciblée.
- La réaffectation progressive de certaines ressources, humaines et financières, sera envisagée en fonction de la vision territoriale de mise en œuvre de la seconde phase.

Considérant les ressources en soins infirmiers et en services sociaux déjà disponibles dans les GMF (ou qui y sont encouragées), le budget ne devrait pas servir à l'embauche de personnel en soins directs à la clientèle. Il servira surtout à former et à outiller les médecins et les professionnels des GMF de même qu'à soutenir l'application et le maintien des meilleures pratiques. À ce sujet, on suggère de favoriser la désignation de ressources en soins infirmiers spécialisés en troubles neurocognitifs majeurs. Leur mandat consisterait à outiller et à former les médecins et les professionnels des GMF d'un territoire ou d'un sous-territoire du CISSS ou CIUSSS et à leur fournir un accompagnement professionnel. En pareil cas, les infirmières et les infirmiers impliqués dans la première phase des travaux s'avèrent des candidats de premier choix qui pourraient rapidement mettre à profit les connaissances issues des projets d'implantation ciblée déjà réalisés.

1.7. LE SOUTIEN DES CHARGÉS DE PROJET

La reconnaissance unanime du rôle déterminant exercé par les chargés de projet pendant la première phase de l'Initiative ministérielle et l'applicabilité de ce modèle à la mise en œuvre de la seconde phase incitent à recourir de nouveau à ce type de ressources. Les succès observés dans la première phase sont également tributaires du soutien qu'ont apporté les RUIS par l'entremise des instituts de gériatrie, des centres d'excellence sur le vieillissement et des départements universitaires de médecine de famille.

Ainsi, quatre chargés de projet soutiendront les CISSS et les CIUSSS au cours des deux premières années du plan d'action triennal. Comme il a été mentionné dans le chapitre intitulé « Rôles et responsabilités », ils relèveront des quatre CIUSSS mandatés par le MSSS pour soutenir le déploiement des meilleures pratiques au niveau provincial.

Le chargé de projet assure le soutien aux CISSS et aux CIUSSS relevant de sa responsabilité (voir le tableau suivant) en tenant compte des besoins spécifiques de chacun des établissements et des échéanciers qui seront déterminés. Il favorise ainsi l'adoption, par les réseaux territoriaux de services (RTS) et les RLS, des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles dégagées de la première phase à partir des dispositions prévues dans le présent guide.

Il contribue à soutenir la rédaction et la mise à jour des plans d'action triennaux demandés aux établissements sous sa responsabilité ainsi qu'à soutenir la mise en œuvre subséquente. Pour ce faire, il voit initialement à

élaborer une offre de service destinée aux CISSS et aux CIUSSS qui encadre leur implication et celle du CIUSSS duquel il relève.

Le chargé de projet assume également les rôles spécifiques suivants :

- **Accompagnement des CISSS et des CIUSSS**
 - Fournir un accompagnement professionnel dans l'adoption des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles auprès des gestionnaires, des médecins et des professionnels impliqués dans les RTS et les RLS.
 - Soutenir la rédaction et la mise à jour des plans d'action triennaux en favorisant leur adoption par les parties prenantes des territoires impliqués.
 - Assurer une disponibilité aux promoteurs de chacun des CISSS et CIUSSS en fonction de l'offre de service élaborée.
 - Assurer le transfert de connaissances issues de la première phase de l'Initiative ministérielle.
 - Soutenir les communautés de pratiques existantes, y participer et contribuer, au besoin, à leur élaboration.
 - Contribuer à la résolution des problèmes que sont susceptibles de rencontrer les gestionnaires, les médecins et les professionnels impliqués dans leur effort de consolidation.
 - Soutenir la mise en place de formations et d'activités de mentorat.
 - Promouvoir les réalignements jugés nécessaires par les différentes instances.
- **Pivot d'information**
 - Constituer un point de référence pour les parties prenantes dans les territoires (documentaire, expérientiel, clinique).
 - Recevoir les éventuelles questions des CISSS et des CIUSSS en vue d'y répondre ou de les acheminer aux instances concernées.
 - Contribuer, de diverses manières (journée bilan, conférences, etc.), à l'efficience des travaux réalisés, par le partage des connaissances acquises dans le territoire qu'il couvre avec l'ensemble des établissements en matière notamment de processus utilisés, de pratiques, d'outils cliniques et de formulaires.
 - Communiquer régulièrement l'état d'avancement des travaux aux instances dirigeantes désignées par le MSSS.
- **Soutien à l'amélioration continue de la qualité**
 - Contribuer à la détermination des conditions de suivi et à l'élaboration d'indicateurs dans une optique d'amélioration continue de la qualité des services.
 - Susciter et soutenir l'élaboration d'un tableau de bord pour le suivi des plans d'action triennaux.
 - Promouvoir et soutenir la mise en place de plans de communication dans les territoires.
 - Faire rapport aux instances dirigeantes responsables de l'avancement des activités en fonction des échéanciers établis.
- **Participation aux activités de gouvernance de l'Initiative ministérielle**
 - Participer, en concertation avec les autres chargés de projet, aux travaux de l'équipe ministérielle d'implantation et de suivi.
 - Participer aux rencontres du Comité consultatif de soutien à la mise en œuvre et assurer le suivi nécessaire des recommandations formulées relevant de sa responsabilité.

Tableau 2 Répartition des établissements par chargé de projet

CHARGÉ DE PROJET CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	CHARGÉ DE PROJET CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHARGÉ DE PROJET CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	CHARGÉ DE PROJET CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
(04) CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du Québec	(01) CISSS du Bas-Saint-Laurent*	(05) CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	(06) CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal****
(06) CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal*	(02) CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean**	(16) CISSS de la Montérégie-Centre	(06) CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal*
(06) CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	(03) CIUSSS de la Capitale-Nationale	(16) CISSS de la Montérégie-Est*	(07) CISSS de l'Outaouais
(06) CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	(09) CISSS de la Côte-Nord	(16) CISSS de la Montérégie-Ouest*	(08) CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue
(13) CISSS de Laval	(11) CISSS de la Gaspésie***		
(14) CISSS de Lanaudière	(12) CISSS de Chaudière-Appalaches		
(15) CISSS des Laurentides			

* Au moment de rédiger le présent document, ces CISSS et ces CIUSSS ne disposaient pas d'un projet d'implantation ciblée sur leur territoire.

** Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean est mandaté pour assurer le soutien à la région sociosanitaire 10, soit Nord-du-Québec.

*** Le CISSS de la Gaspésie est mandaté pour assurer le soutien du CISSS des Îles.

**** Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal est mandaté pour assurer le soutien aux régions sociosanitaires 17 et 18, soit respectivement le territoire du Nunavik et celui des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

1.8. UNE BOÎTE À OUTILS

Les outils disponibles comprennent des documents de référence pour soutenir la décision clinique et des formations. La liste de ces outils est présentée dans l'annexe F; ils couvrent les thèmes suivants :

- le processus clinique interdisciplinaire en GMF, du repérage au suivi;
- les services offerts dans les cliniques de mémoire et par les équipes ambulatoires de gestion des SCPD;

- l'évaluation et la gestion des SCPD;
- les proches aidants.

Les produits conçus spécifiquement dans le contexte des travaux de la première phase y sont rapportés. Ces ressources reflètent les résultats de démarches consensuelles impliquant des représentants reconnus comme étant des experts dans chacun des quatre RUIS. D'autres ouvrages sont également accessibles en ligne sur le site du MSSS, dont l'outil d'aide à la décision sur le repérage, l'évaluation et le suivi produit par l'INESSS, ainsi que de nombreuses sources pertinentes qui traitent des proches aidants.

Les établissements doivent éviter d'investir du temps et des ressources dans la production de nouveaux outils. Ils sont fortement encouragés, au besoin, à adapter ou à reprendre certains passages des ouvrages de la boîte à outils, à la condition que la source soit mentionnée.

1.9. UN COMITÉ CONSULTATIF DE SOUTIEN À LA MISE EN ŒUVRE DE LA SECONDE PHASE

En plus des moyens déjà mis en place au MSSS pour planifier, suivre et soutenir la mise en œuvre de l'Initiative ministérielle, un comité consultatif verra à promouvoir l'application élargie des pratiques, des guides et des outils issus des travaux réalisés lors de la première phase. Ce comité est piloté par le MSSS et les quatre CIUSSS mandatés y siègent.

Plus spécifiquement, le mandat du Comité est le suivant :

- Soutenir la diffusion et l'application élargie des connaissances cliniques et organisationnelles jugées prometteuses, grâce notamment à :
 - une analyse des documents soumis (plans d'action triennaux) par les parties concernées décrivant les mesures préconisées pour l'application élargie des connaissances sur leur territoire;
 - la détermination des ajustements et des améliorations, le cas échéant, à soumettre aux parties concernées dans les territoires couverts;
 - l'analyse des rapports de reddition de comptes et des bilans annuels soumis par les parties concernées en vue de la formulation de suggestions d'amélioration au MSSS visant la bonification de l'offre de services cliniques.
- Collaborer à l'amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles propres aux secteurs impliqués, en proposant certaines orientations et des priorités en matière de soutien clinique, de formation, de recherche ou de tout autre aspect visant l'amélioration continue de la qualité.
- Promouvoir l'adoption de normes de qualité fondées sur des données probantes et les meilleures pratiques reconnues par l'ensemble des parties concernées par l'offre de service.
- Conseiller le MSSS relativement à toute mesure jugée nécessaire pour assurer aux usagers visés l'accès à des services cliniques sécuritaires et de qualité, en fonction des besoins présentés.
- Traiter de toute autre question qui lui sera soumise relativement à cette offre de service.
- Produire un rapport annuel aux sous-ministres des directions générales responsables de cette question.

5 AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

Bien que l'application réussie des dispositions prévues dans les pages précédentes permette, selon la recherche évaluative sur les projets d'implantation ciblée, de rehausser le degré d'efficacité et d'efficience de l'organisation des services offerts, il importe de prévoir les moyens nécessaires au maintien des changements et à l'amélioration continue. À cette fin, la détermination d'un cadre d'assurance qualité et l'évaluation des interventions représentent des pratiques reconnues.

1.10. UN CADRE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

Comme il a été mentionné dans le chapitre qui porte sur les rôles et les responsabilités, les CISSS et CIUSSS sont responsables d'instaurer un processus d'amélioration continue de la qualité. Ils le feront avec le soutien des CIUSSS mandatés par le MSSS pour soutenir le déploiement des meilleures pratiques au niveau provincial et des RUIS. Une série d'indicateurs de processus, de structures et de résultats serviront d'assise à ce cadre (voir la liste dans l'annexe D).

Dans une optique d'amélioration continue des services offerts, diverses mesures concrètes permettent d'assurer l'adéquation la plus étroite possible entre, d'une part, les objectifs fixés relativement à chacune des étapes du continuum des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie et, d'autre part, les résultats obtenus. Toutefois, comme c'est le cas de toute organisation de services émergente, les objets d'évaluation devraient initialement viser la consolidation des structures et des processus pour passer ensuite à l'évaluation des effets sur la clientèle.

Il importe de se doter d'une structure formelle qui permette l'autoévaluation régulière et systématique des processus clinico-administratifs instaurés ainsi que des résultats obtenus chez les clientèles ciblées. Pour assurer l'efficacité des mesures collectées, il faut privilégier l'utilisation des systèmes existants, en y apportant les ajustements nécessaires pour répondre aux besoins de suivi. Grâce à cette structure, il devient possible de mieux cibler les efforts d'amélioration et de témoigner objectivement des résultats des actions réalisées. Cette information permet également les comparaisons entre les divers services instaurés ou avec ce qui se fait dans d'autres territoires.

1.11. LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION DES INTERVENTIONS

En complément de l'apport des secteurs d'activité précédents, il importe de reconnaître celui du secteur de la recherche et de l'évaluation des modes d'intervention en santé et en services sociaux au regard de l'amélioration continue. Les CISSS et les CIUSSS doivent pouvoir soutenir la production, le partage et l'acquisition de nouvelles connaissances susceptibles de guider les décideurs dans l'amélioration des services offerts aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles neurocognitifs majeurs ainsi qu'à leurs proches aidants.

Le MSSS proposera d'ailleurs, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), des portraits régionaux de surveillance de la maladie d'Alzheimer. Les personnes intéressées y trouveront les taux

de prévalence dans leur territoire. Elles pourront également apprécier le volume de prescription de certains médicaments à la clientèle visée.

6 ÉTAPES CLÉS ET ÉCHÉANCIERS

La mise en œuvre de la seconde phase est réalisée en sept principales étapes, indiquées dans le tableau ci-dessous. Rappelons que pendant la transition entre la première et la seconde phase, les établissements sont invités à poursuivre les activités en cours dans les projets de la première phase des travaux.

Tableau 3 Étapes et échéanciers

ÉTAPES	ÉCHÉANCIER
1. Invitation aux CISSS, aux CIUSSS et aux partenaires déjà impliqués dans la première phase des travaux à produire un plan d'action triennal de déploiement des meilleures pratiques	Avril 2016
2. Attribution des moyens financiers nécessaires à la réalisation des plans d'action, conditionnelle à l'approbation du plan d'action attendu pour juin	Avril 2016
3. Nomination des quatre chargés de projet	Avril 2016
4. Dépôt des plans d'action triennaux	1 ^{er} juin 2016
5. Rétroaction du MSSS sur les plans d'action	Septembre 2016
6. Ajustements des plans d'action et mise en œuvre	Dès octobre 2016
7. Production du rapport de reddition de comptes et du bilan annuel suivant le modèle proposé.	Avril 2017 Avril 2018 Avril 2019

7 CONCLUSION

Conscient de l'importance de soutenir l'organisation des services offerts à la clientèle atteinte de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs majeurs, le MSSS veut doter le réseau d'une structure de services intégrée, flexible, qui s'adapte aux besoins particuliers de cette clientèle et de ses proches. Ce souhait s'accompagne du souci de constituer un parcours de services efficient et de qualité à l'intention de cette clientèle, étroitement imbriqué dans le continuum de services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

La mise en œuvre proposée s'appuie sur les apprentissages acquis au cours des deux dernières années grâce aux dix-neuf projets d'implantation ciblée, réalisés dans quatorze régions sociosanitaires du Québec. Sa réussite requiert d'amorcer les changements à partir des GMF et de la première ligne. Elle nécessite également une démarche officialisée qui se traduit dans les lignes d'un plan d'action triennal produit par chacun des CISSS et

des CIUSSS. À cette fin, le MSSS propose une série de moyens facilitateurs, dont le processus clinique interdisciplinaire, des conditions gagnantes et des outils d'aide à la pratique. Ces moyens s'inscrivent dans une approche privilégiée de soutien aux organisations fondée sur les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles.

L'atteinte du défi proposé dans le Guide repose sur l'engagement du personnel clinique et sur la volonté collective de se doter de services qui répondent le mieux possible aux besoins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles neurocognitifs majeurs et de leurs proches. L'ensemble des composantes de l'Initiative ministérielle, proposées par le Comité d'experts de 2009 et élaborées depuis, avec la structure préconisée ici, contribueront à l'atteinte des objectifs, tant ceux qui concernent le bien-être des personnes et la satisfaction des médecins et des professionnels de la santé et des services sociaux que ceux qui concernent l'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux.

RÉFÉRENCES

- AGENCE DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (février 2011) *Santé de la population, santé du système – L'Abitibi-Témiscamingue à l'heure de la lutte aux maladies chroniques*, Rapport d'évaluation d'implantation du modèle régional, 54 p.
- CHARDONNET, A. ET D. THIBAUDON (2014) *PDCA et performance durable*, Paris, Eyrolles, 326 p. (coll. Performance industrielle)
- HARVEY, R. J., M. SKELTON-ROBINSON ET M. N. ROSSOR (2003) « The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years », *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, vol. 74, n° 9, p. 1206-1209.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056 – Édition 2009*.
- JAGLAL, S. B., S. J. T. GUILCHER, T. BEREKET ET COLL. (2014) « Development of a Chronic Care Model for Neurological Conditions (CCM-NC) », *BMC Health Services Research*, vol. 14, n° 409, 12 p.
- QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009) Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer, présidé par D^r Howard Bergman – *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.
- QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012) *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, 33 p.
- VEDEL, I. Y. COUTURIER ET COLL. (26 octobre 2015) *Pistes d'action pour la diffusion du plan Alzheimer à l'ensemble du territoire – Rapport d'étape*, 26 octobre 2015.
- WAGNER, E. H. (1998) « Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness?, *Effective Clinical Practice*, vol. 1, n° 1, p. 2-4.

ANNEXE A : PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE EN PREMIÈRE LIGNE

PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE RECOMMANDÉ EN PREMIÈRE LIGNE

À l'intention des groupes de médecine de famille et des groupes de médecine de famille réseau

1. REPÉRAGE LORS D'UNE VISITE OU D'UN CONTACT TÉLÉPHONIQUE – le dépistage systématique n'est pas recommandé

Plaintes de la personne, des proches ou suspicion clinique

- Déclin de l'autonomie.
- Oublis de la médication, des rendez-vous.
- Se tourne vers l'accompagnateur pour répondre aux questions.
- Changement de comportement (apparence, humeur).
- Retrait social.
- Difficultés d'expression.
- Difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne.
- Difficultés à prendre des décisions, à reconnaître les objets ou les personnes.

Zone de vigilance

Sans faire une évaluation systématique mais en posant des questions sur la mémoire ou en utilisant un outil de repérage, porter une attention particulière aux usagers suivants :

A. Personnes de 65 ans et plus à haut risque

- AVC (accident vasculaire cérébral)
- ICT (ischémie cérébrale transitoire)
- Délirium récent
- Première dépression après 65 ans
- Maladie de Parkinson

B. Antécédents familiaux de trouble neurocognitif majeur

C. Personnes de 75 ans et plus qui renouvellent leur permis de conduire (formulaire SAAQ)

Décision par le médecin ou l'infirmière d'enclencher une évaluation

En présence de suspicion clinique

En absence de suspicion clinique

Revoir dans 6 à 12 mois

2. VISITE D'ÉVALUATION ET COLLECTE DE DONNÉES PAR L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE OU PRATICIENNE, LE TRAVAILLEUR SOCIAL OU UN AUTRE CLINICIEN ASSUMANT UN RÔLE PIVOT, EN FONCTION DES CHAMPS D'EXPERTISE – en présence de l'aidant si le patient est d'accord

- A. Histoire familiale, antécédents personnels, soutien social et familial, contexte psycho-social ...
- B. Évaluation de la plainte ou de la suspicion cognitive (historique de la situation problématique à l'origine de la visite).
- C. MMSE (*Mini Mental State Examination-Folstein*) ou MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*) qui inclut le test de l'horloge, selon le cas - utilisation du MoCA si le MMSE est élevé ou si la personne a un haut niveau de fonctionnement antérieur, incluant une scolarité supérieure à 12 ans.
- D. Examen physique.
- E. Évaluation de l'autonomie fonctionnelle.
- F. Si ordonnance collective pour investigation : tests sanguins, scans... selon les critères rencontrés.
- G. GDS-15 ou GDS 5 (*Geriatric Depression Scale*) si dépression suspectée.
- H. En présence d'un symptôme comportemental ou psychologique de la démence (SCPD), se référer au *Processus clinique visant le traitement des SCPD*.

Informations transmises au médecin

3. VISITE D'ÉVALUATION MÉDICALE – à partir des informations transmises et à partir d'un examen physique et neurologique s'il y a lieu

- A. Décision si investigations supplémentaires, par exemple : prises de sang, imagerie, ...
- B. En présence d'un symptôme comportemental et psychologique de la démence (SCPD), se référer au *Processus clinique visant le traitement des SCPD*.
- C. Décision sur demande de consultation complémentaire en clinique de mémoire, équipe SCPD ou clinique de gériatrie.
- D. Si l'investigation est complète et qu'il n'y a pas de consultations complémentaires à demander, l'annonce du diagnostic pourrait être faite au terme de cette visite.

4. VISITE D'ANNONCE DU DIAGNOSTIC PAR LE MÉDECIN – en présence du clinicien du GMF assumant le rôle pivot et de l'aidant idéalement

- A. Annonce du diagnostic.
- B. Présentation du plan traitement et discussion (s'il y a lieu).
- C. Demande RAMQ (avec formulaire de remboursement complet).

5. VISITE AVEC LE CLINICIEN DU GMF ASSUMANT LE RÔLE PIVOT ...

5. VISITE AVEC LE CLINICIEN DU GMF ASSUMANT LE RÔLE PIVOT POUR PARLER DU DIAGNOSTIC ET DU SUIVI À VENIR – cet échange peut se faire à la suite de l'annonce par le médecin ou dans les jours qui suivent

- A. Établir une relation de confiance avec la personne atteinte et ses proches.
- B. Donner ses coordonnées directes pour que le patient ou le proche aidant puissent contacter l'infirmière l'intervenant si besoin.
- C. Expliquer le diagnostic et les grandes lignes de l'évolution de la maladie, incluant
 - Discussion du besoin évaluation de la conduite automobile ;
 - Évaluation des risques relatifs à la prise de médication ;
 - Évaluation des risques financiers.
- D. Échanger sur le plan de traitement et les attentes, soit celles de la personne et de son aidant.
- E. Évaluer les besoins et l'état psychologique du patient et de l'aidant.
- F. Counselling sur les aspects médico-légaux : procuration, régime de protection...
- G. Être attentif à la sécurité de la personne : signes de négligence, signes de maltraitance, sécurité à domicile.
- H. Références s'il y a lieu :
 - Services communautaires appropriés de soutien et d'information-formation (Société d'Alzheimer ou Appui pour les aidants) ;
 - CLSC ;
 - Popote roulante ;
 - Aide dans la communauté.



6. APPEL 2 SEMAINES APRÈS L'ANNONCE PAR LE CLINICIEN DU GMF ASSUMANT LE RÔLE PIVOT

- A. Vérification auprès du patient et de l'aidant sur la compréhension, état de la situation, plan de traitement.
- B. Si médicaments : effets secondaires, observance, tolérance à la médication - titrage s'il y a lieu.



7. APPEL ENTRE 4 ET 6 SEMAINES APRÈS L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC FAITE PAR LE CLINICIEN DU GMF ASSUMANT LE RÔLE PIVOT – ou au besoin selon la complexité de la situation

Voir l'étape 6.



8. VISITE DE RÉÉVALUATION PAR L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE OU PRATICIENNE, LE TRAVAILLEUR SOCIAL OU UN AUTRE CLINICIEN ASSUMANT LE RÔLE PIVOT – en présence de l'aidant si le patient est d'accord, 6 mois après l'annonce

- A. Tests cognitifs et appréciation de l'autonomie fonctionnelle.
- B. Besoins et état psychologique de l'aidant.
- C. Besoin d'aide à domicile.
- D. Évaluation de la situation médico-légale.
- E. Besoin d'évaluation conduite automobile.
- F. Référence aux ressources appropriées (si besoin).
- G. Effets secondaires, observance et tolérance à la médication.
- H. Demande d'autorisation de médicament d'exception (si besoin).
- I. Ajustement de la médication selon l'ordonnance collective (si besoin).
- J. En présence d'un symptôme comportemental ou psychologique de la démence (SCPD), se référer au *Processus clinique visant le traitement des SCPD*.
- K. Planification de la rencontre de réévaluation dans 6-12 mois (ou avant si besoin).



9. VISITE DE RÉÉVALUATION MÉDICALE

- A. Décision si investigations supplémentaires, par exemple : prises de sang, imagerie.
- B. En présence d'un symptôme comportemental ou psychologique de la démence (SCPD), se référer au *Processus clinique visant le traitement des SCPD*.
- C. Décision sur demande de consultation complémentaire en clinique de mémoire, équipe SCPD ou clinique de gériatrie.

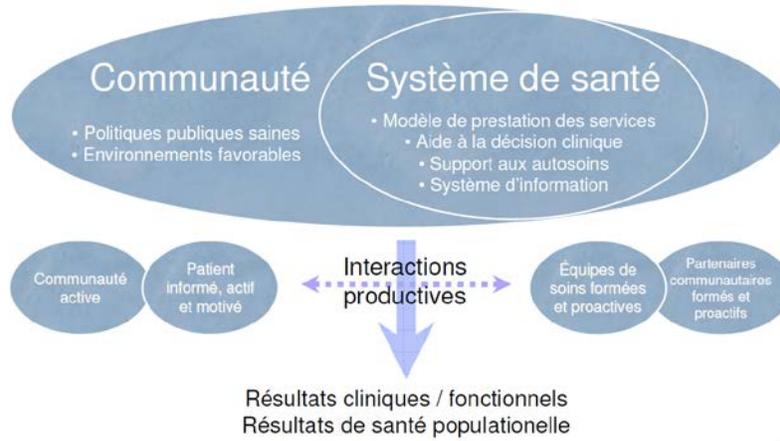


10. VISITES SUBSÉQUENTES AUX 6-12 MOIS SELON LE JUGEMENT CLINIQUE – par le médecin, l'infirmière ou le clinicien du GMF assumant le rôle pivot

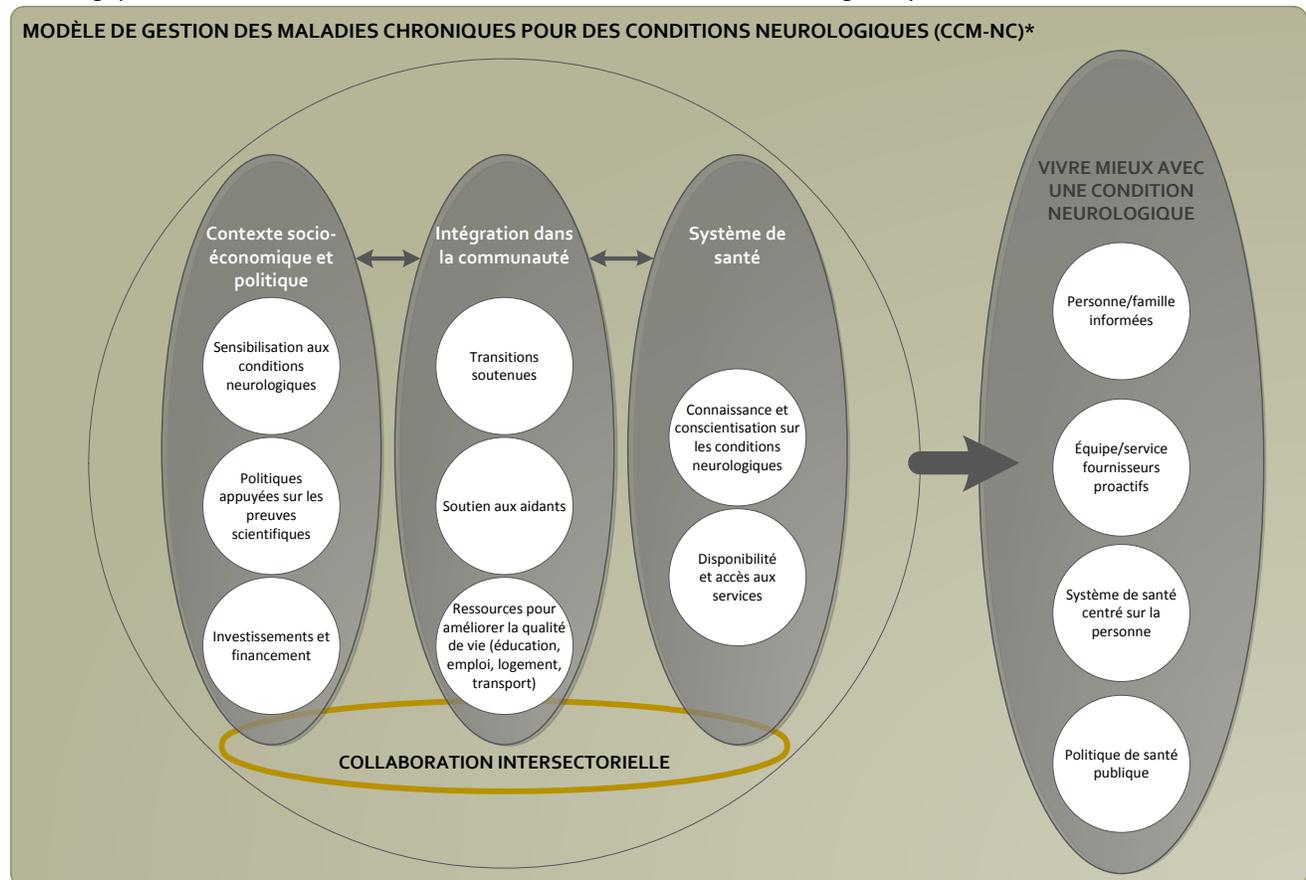
Voir l'étape 8.

ANNEXE B : MODÈLE INTÉGRÉ DE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

Un modèle largement répandu s'applique à la gestion de l'ensemble des maladies chroniques, soit le modèle de Wagner (1998). La figure synthèse du modèle élargi regroupe, dans l'image suivante, les principaux concepts à considérer (MSSS, 2012, reprenant l'image proposée par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue) :



Tout récemment, des auteurs canadiens ont proposé une adaptation du modèle initial en vue de l'appliquer aux atteintes neurologiques, dont la maladie d'Alzheimer. Il est en cours de validation. La figure synthèse du modèle devient alors :



*Traduction libre et reproduction avec l'accord des auteurs. Source : S.B. Jaglal, S. J. T. Guilcher, T. Berek et coll., Development of a Chronic Care Model for Neurological Conditions (CCM-NC). *BMC Health Services Research*, 2014, 14, 409, 12 p.

ANNEXE C : CONDITIONS GAGNANTES DE MISE EN ŒUVRE DES MEILLEURES PRATIQUES DANS LES GMF

Les résultats préliminaires de la recherche évaluative déterminent les douze conditions gagnantes d'une mise en œuvre réussie des meilleures pratiques dans les GMF, à savoir :

- 1) Le soutien du médecin responsable du GMF quant au changement souhaité
- 2) La présence, dans le GMF, d'une équipe de *leaders*, composée d'un médecin et d'une infirmière ou d'un travailleur social, qui pilote les changements dans le GMF.
- 3) La disponibilité d'une personne qui assure un soutien fonctionnel concret à l'équipe de *leaders* du GMF.
- 4) L'engagement de l'ensemble des médecins et des professionnels du GMF.
- 5) Des rencontres de concertation entre les médecins et les professionnels du GMF sur le changement à apporter au sujet des explications sur les raisons qui motivent ce changement, de l'énumération des faits, de la présentation des données probantes, des résistances, de la détermination de solutions possibles et d'une entente sur les étapes du projet de changement
- 6) Une stratégie durable de conduite du changement, y compris des réévaluations régulières du processus en vue de réajuster les pratiques, au besoin, selon les outils d'aide à la décision disponibles
- 7) Un changement réalisé progressivement
- 8) L'application d'un plan de formation continue sur les pratiques optimales, en recourant aux formations conçues dans le cadre de l'Initiative ministérielle, pour offrir des services aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles neurocognitif majeurs
- 9) L'utilisation de protocoles et d'outils d'aide à la pratique, tout spécialement les ouvrages produits dans le cadre des travaux du MSSS et ceux réalisés par l'INESSS
- 10) L'accès à une ressource territoriale ou sous-territoriale en soins infirmiers, championne de la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs, en soutien aux médecins et aux professionnels qui travaillent, dans les GMF, à la mise en œuvre des bonnes pratiques cliniques, idéalement une infirmière ou un infirmier impliqué dans la première phase des travaux
- 11) La désignation, dans le GMF, d'un professionnel attiré à la liaison avec le CISSS ou le CIUSS et les organismes communautaires
- 12) L'accompagnement et le mentorat apportés aux GMF par les RUIS

ANNEXE D : TABLEAU DÉTAILLÉ DES COMPOSANTES POUR LA CONCEPTION DU PLAN D'ACTION TRIENNAL

COMPOSANTES	PRÉCISIONS	RESPONSABLES	INDICATEURS (P/S ou R) ¹⁵	CIBLES
ACTIONS PRÉPARATOIRES				
1. Désigner les responsables de la mise en œuvre de la seconde phase au CISSS ou au CIUSSS.	1.1. Le projet de mise en place ciblée fait appel à une participation concertée qui repose sur la personne responsable des services de première ligne médicale et sur la personne responsable du programme SAPA.	CISSS ou CIUSSS	Nomination de responsables de la mise en œuvre (P/S)	Noms connus des responsables
2. Rédiger le plan d'action triennal (2016-2019) en concertation avec les diverses parties prenantes déjà impliquées dans la première phase des travaux, le cas échéant, visant l'adoption des meilleures pratiques sur son territoire.	<p>2.1. L'adoption des pratiques optimales dans les différents GMF d'un même CISSS ou CIUSSS se fait de manière progressive, en désignant au départ une première cohorte de GMF.</p> <p>2.2. La planification et la mise en œuvre se font en concertation étroite, le cas échéant, avec les acteurs déjà impliqués dans la première phase des travaux, dont les promoteurs des projets d'implantation ciblée en GMF.</p> <p>2.3. Le plan d'action triennal comprend, au minimum, les sections suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un portrait de la prévalence de la clientèle et des services offerts - La gouvernance préconisée et la stratégie de suivi des travaux - Les actions préconisées et les objectifs visés par chacune de ces actions - Les stratégies utilisées pour atteindre les objectifs - Les moyens prévus : ressources humaines, outils et formations, contribution de chacun des partenaires (CISSS ou CIUSSS, GMF, clinique de mémoire; équipe ambulatoire de gestion des SCPD, organismes communautaires et autres ressources du milieu) - La répartition du budget - Le calendrier des activités - Les mesures d'assurance qualité <p>2.4. Concernant les CISSS et les CIUSSS disposant d'un projet d'implantation ciblée, une partie du plan d'action triennal précise les cibles visées d'amélioration à l'intention de ces équipes spécifiques.</p>	CISSS ou CIUSSS	<p>Rédaction d'un plan d'action triennal comprenant les sections recommandées (P/S)</p> <p>Précision, dans le plan d'action triennal, des rôles respectifs des acteurs en GMF, des acteurs des services spécialisés en clinique de mémoire et en équipe de gestion des SCPD, des acteurs du programme SAPA et des acteurs communautaires (P/S)</p>	<p>Présent</p> <p>Présent</p>

¹⁵ Le type d'indicateur est indiqué par les lettres « P/S » s'il s'agit d'un indicateur de processus ou de structure, ou par la lettre « R » s'il s'agit d'un indicateur de résultats.

COMPOSANTES	PRÉCISIONS	RESPONSABLES	INDICATEURS (P/S ou R) ¹⁵	CIBLES
3. Adopter un modèle de gestion de projet.	<p>3.1. La gestion de projet réussie nécessite de planifier le changement, de l'expérimenter, de le mesurer et d'apporter les ajustements nécessaires, le cas échéant.</p> <p>3.2. Le modèle PDCA, ou roue de Deming, constitue un de ces modèles facilitants¹⁶.</p>	CISSS ou CIUSSS	Sélection d'un modèle formalisé de gestion de projet (P/S)	Modèle indiqué.
4. Mettre en place un comité de pilotage.	4.1. Le comité de pilotage regroupe des acteurs représentatifs des instances impliquées : GMF impliqués dans la première phase des travaux, direction responsable des GMF dans le CISSS ou le CIUSSS, du programme SAPA, des services spécialisés en clinique de mémoire et en équipe de gestion des SCPD, organismes communautaires et, au besoin, chargés de projet rattachés aux CIUSSS mandatés pour soutenir le déploiement des meilleures pratiques au niveau provincial.	CISSS ou CIUSSS	Mise en place d'un comité de pilotage (P/S)	Présent
5. Sélectionner les GMF selon l'intérêt démontré.	<p>5.1. Le changement est réalisé en cycles successifs de mise en œuvre, en visant certains GMF à de chacun des cycles.</p> <p>5.2. Un cycle consiste à identifier des GMF intéressés, à planifier les changements, à expérimenter ces changements, à mesurer l'application des changements proposés et à adapter ces changements.</p> <p>5.3. Dans un contexte de changement, l'intérêt pour l'objet du changement représente un facteur de succès. Les succès enregistrés dans une première cohorte pourront avantageusement influencer les cohortes suivantes.</p> <p>5.4. Par exemple, l'implication des Unité de médecine familiale (UMF) dans les premières cohortes peut s'avérer avantageuse pour la diffusion des meilleures pratiques.</p> <p>5.5. L'engagement de l'ensemble des médecins et des professionnels du GMF augmente les chances de succès.</p> <p>5.6. Le choix des GMF est guidé par les quatre critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le médecin responsable du GMF soutient le changement envisagé. - Le GMF répond aux exigences du nouveau cadre de gestion du MSSS. - Le GMF a un historique de partenariats avec les établissements et le milieu communautaire. - Un médecin qui tient le rôle de chef ou de mentor clinique dans le GMF souhaite soutenir cette mise en œuvre. 	CISSS ou CIUSSS	Proportion des GMF ayant signifié leur intérêt (R)	80 % des GMF du territoire

¹⁶ La méthode PDCA est une démarche cyclique d'amélioration. PDCA tire son origine des premières lettres des mots qui la composent : *Plan-Do-Check-Act*. Pour plus d'informations, consultez par exemple Chardonnet et Thibaudon (2014).

COMPOSANTES	PRÉCISIONS	RESPONSABLES	INDICATEURS (P/S ou R) ¹⁵	CIBLES
	5.7. La tenue de rencontres de discussion entre les médecins et les professionnels du GMF sur le changement est requise. Ces rencontres visent à expliquer les raisons qui motivent le changement, à énumérer les faits, à présenter des données probantes, à exprimer les résistances, à trouver des solutions possibles et à discuter des étapes du projet de changement.			
ACTIONS D'IMPLANTATION				
6. Désigner, dans chaque GMF, une équipe <i>leader</i> phare (médecin et infirmière ou travailleur social) qui pilote les changements dans le GMF.	6.1. Il faut s'assurer de la présence d'au moins un médecin désigné « <i>leader</i> » par GMF, ayant un intérêt ou des connaissances et des compétences dans la gestion des troubles cognitifs liés au vieillissement et qui s'investit à titre d'agent de changement. 6.2. L'infirmière ou le travailleur social partage la responsabilité de l'application du changement avec le médecin désigné « <i>leader</i> ».	GMF	Identification d'un médecin à titre de <i>leader</i> (P/S) Identification d'une infirmière ou d'un travailleur social à titre de <i>leader</i> (P/S)	Médecin connu Infirmière ou travailleur social connu
7. Appliquer le processus clinique interdisciplinaire en première ligne.	7.1. Le processus est fondé sur l'avis d'experts québécois et sur les dernières recommandations du Consensus canadien sur le diagnostic et le traitement de la démence, en accord avec les documents de l'INESSS. Il propose une démarche clinique d'évaluation et de prise en charge. 7.2. Les renseignements et les recommandations que contient le document <i>Processus clinique interdisciplinaire en première ligne</i> peuvent être adaptés selon les conditions locales, y compris le partage des tâches entre les médecins et les professionnels du GMF. 7.3. Il faut éviter le dépistage systématique des troubles cognitifs. 7.4. Les réunions multidisciplinaires dans les GMF sont jugées essentielles.	GMF	Proportion des GMF auxquels le document <i>Processus clinique interdisciplinaire en première ligne</i> a été envoyé (P/S) Proportion des GMF qui disent appliquer le processus (P/S)	100 % des GMF du territoire 60 % des GMF du territoire
8. Prévoir un soutien concret aux mentors des GMF.	8.1. La disponibilité d'une personne qui assure un soutien fonctionnel concret aux <i>leaders</i> est une condition gagnante à l'implantation du changement en GMF.	GMF, CISSS ou CIUSSS	Identification d'une personne attitrée au soutien des <i>leaders</i> (P/S)	Personne connue
9. Affirmer le rôle des infirmiers et infirmières selon leurs champs d'exercices, leurs activités réservées et les meilleures pratiques.	9.1. Il faut s'assurer que les infirmières et infirmiers ne soient pas attirés exclusivement à la clientèle atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles cognitifs majeurs et assument plutôt des fonctions par rapport à cette clientèle. 9.2. Les infirmières et infirmiers assument un rôle pivot auprès de la clientèle atteinte d'une maladie chronique. 9.3. L'infirmière ou l'infirmier partage la responsabilité de l'implantation du	GMF	Description du rôle des infirmiers et infirmières selon les précisions énoncées (P/S)	Présent

COMPOSANTES	PRÉCISIONS	RESPONSABLES	INDICATEURS (P/S ou R) ¹⁵	CIBLES
	changement avec le médecin <i>leader</i> .			
10. Définir les rôles respectifs dans le GMF.	<p>10.1. Dans le cas d'un GMF qui compte plusieurs professionnels, définir les fonctions devant être assumées par les professionnels dans la prise en charge de ce type de clientèle.</p> <p>10.2. Dans le cas d'un GMF qui compte plusieurs professionnels, favoriser la désignation d'une infirmière ou d'un travailleur social reconnu pour sa compétence ou son intérêt relativement à cette clientèle.</p> <p>10.3. Dans le GMF, un professionnel est désigné pour assurer la liaison avec le Centre local de services communautaires (CLSC) et les services de la communauté.</p> <p>10.4. Il est suggéré d'explorer la possibilité d'une collaboration entre les infirmiers et infirmières et les travailleurs sociaux de différents GMF. En effet, vu les différences potentiellement importantes dans le volume de clientèle suivie par chaque GMF, une collaboration peut s'avérer plus efficace qu'une description du rôle limitée au territoire de chacun des GMF.</p>	GMF	Description du rôle des membres du GMF, dont l'un assume la fonction de pivot auprès des personnes et des aidants, de même qu'au regard des services offerts hors du GMF (P/S)	Présent
11. Instaurer un réseau d'échange de pratiques destiné aux responsables ou aux mentors de chaque GMF ou des secteurs du CISSS ou du CIUSSS.	<p>11.1. La communauté de pratiques a pour objectif de favoriser les échanges de bons procédés et de pratiques prometteuses entre des personnes qui assument des tâches complexes comparables.</p> <p>11.2. Les rencontres sont axées sur le partage d'expériences et d'outils, à partir de la réalité vécue par chaque participant.</p> <p>11.3. Pendant que le comité de pilotage voit à la planification organisationnelle du changement, la communauté de pratiques se concentre davantage sur les applications concrètes et les contenus cliniques.</p>	CISSS ou CIUSSS	Nombre de rencontres par année de la communauté de pratiques concernant les GMF (P/S)	Deux rencontres par année
12. Constituer une boîte à outils « clé en main » à partir de la boîte à outils présentée dans l'annexe F et la diffuser parmi tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre.	<p>12.1. L'utilisation de protocoles, d'outils d'aide à la décision et d'outils formalisés contribue à l'amélioration des pratiques.</p> <p>12.2. Le partage d'outils ou de formulaires communs facilite la continuité des services et tend à améliorer la communication des informations pertinentes.</p> <p>12.3. Il est fortement recommandé de puiser dans la boîte à outils présentée dans l'annexe F.</p> <p>12.4. Le nombre et la qualité des documents disponibles incitent à éviter de recréer un ouvrage sans d'abord avoir exploré toutes les ressources disponibles. Une adaptation des documents est naturellement possible, à la condition d'en citer la source.</p> <p>12.5. En diffusant la boîte à outils « clé en main », il s'avère avantageux de cibler un répondant, accessible par téléphone, qui puisse répondre aux questions.</p>	CISSS ou CIUSSS	<p>Constitution de la boîte à outils (P/S)</p> <p>Proportion des GMF qui disent utiliser la boîte à outils (P/S)</p>	<p>Présent</p> <p>60 % des GMF du territoire</p>

COMPOSANTES	PRÉCISIONS	RESPONSABLES	INDICATEURS (P/S ou R) ¹⁵	CIBLES
13. Élaborer un plan de formation.	<p>13.1. La définition des responsabilités et des compétences nécessaires à chacun des maillons de la chaîne d'intervention facilite la détermination des compétences et des aptitudes requises à chaque étape. Une analyse des besoins doit être réalisée pour déterminer les contenus, de même que les formats, qu'il serait prioritaire d'élaborer.</p> <p>13.2. Le plan de formation comprend idéalement les trois volets d'activités suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des formations sur les connaissances de base; - des activités d'apprentissage dans les GMF sur la pratique clinique et les études de cas; - des formations sur les connaissances avancées. <p>13.3. Des précisions sur les trois volets de formation sont rapportées dans l'annexe E.</p> <p>13.4. Il faut prioriser les formations dans les GMF en les adaptant aux pratiques de ces GMF, en sollicitant des experts du territoire et en impliquant activement les médecins et les professionnels.</p> <p>13.5. Une formation qui regroupe les différents médecins et professionnels d'une même équipe tend à renforcer la cohésion dans cette équipe et celle des interventions.</p> <p>13.6. Il importe d'associer les établissements d'enseignement à l'effort qui doit être consenti.</p> <p>13.7. Il est suggéré de considérer la possibilité de s'investir dans un programme intégré de formation, dont celui proposé par le Comité interuniversitaire interprofessionnel en développement professoral continu (CII-DPC).</p>	CISSS ou CIUSSS	<p>Réalisation d'un plan régional de formation qui comprend chacun des trois volets de formation recommandés (P/S)</p> <p>Proportion des GMF dont au moins un médecin ou un professionnel a participé à une formation sur les connaissances de base durant l'année (R)</p> <p>Proportion des GMF ayant tenu au moins une activité d'apprentissage sur la pratique clinique et les études de cas dans le GMF durant l'année (R)</p>	<p>Présent</p> <p>60 % des GMF du territoire</p> <p>50 % des GMF du territoire</p>
14. Rendre accessible une ressource territoriale ou sous-territoriale, en soins infirmiers, en soutien aux GMF concernant la mise en œuvre des bonnes pratiques cliniques.	<p>14.1. Il est suggéré de rendre accessibles des ressources sous-territoriales ou territoriales en soins infirmiers, championnes de la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs.</p> <p>14.2. Idéalement, l'infirmière ou l'infirmier chargé d'un tel mandat devrait avoir été impliqué dans la première phase des travaux, mettant ainsi à profit les connaissances et expériences issues de la première phase des travaux.</p> <p>14.3. Cette ressource soutient les médecins et les professionnels des différents GMF qui doivent faire face à des problématiques cliniques en consolidant les compétences à l'aide notamment des outils disponibles (décrits dans l'annexe F). Elle contribue à la formation et au mentorat.</p>	CISSS ou CIUSSS	Nomination d'une ressource de soutien en soins infirmiers (P/S)	Présent

COMPOSANTES	PRÉCISIONS	RESPONSABLES	INDICATEURS (P/S ou R) ¹⁵	CIBLES
15. Arrimer l'offre de services offerts par les GMF aux services offerts dans le programme SAPA.	<p>15.1. Il est nécessaire d'assurer une collaboration étroite entre les GMF et la direction SAPA des CISSS et des CIUSSS, par la mise en place d'un lieu de concertation entre GMF et CISSS ou CIUSSS, afin de créer les conditions qui favorisent la diffusion et l'application des meilleures pratiques.</p> <p>15.2. Il paraît avantageux d'offrir aux GMF un accès aux services offerts par le programme SAPA dans un délai raisonnable, d'informer les GMF de l'évolution de la demande de consultation, de nommer une personne responsable de la coordination avec les GMF relativement au programme SAPA et de diffuser son numéro de téléphone auprès des GMF pour faciliter la coordination des services.</p>	CISSS ou CIUSSS	<p>Mécanisme établi de concertation entre les GMF et le programme SAPA (P/S)</p> <p>Processus de demande de consultation établi entre les GMF et le programme SAPA, y compris les délais prévus et les échanges d'information (P/S)</p> <p>Désignation de la personne responsable de la coordination avec les GMF relativement au programme SAPA (P/S)</p>	<p>Mécanisme de concertation présent</p> <p>Processus présent</p> <p>Nom de la personne connu par chaque GMF</p>
16. Solliciter l'aide des cliniques de la mémoire pour soutenir les GMF qui doivent faire face à des cas complexes.	<p>16.1. En tant que dispensateurs de services spécialisés, les médecins et les professionnels des cliniques de mémoire jouent un rôle de premier plan dans la formation continue des équipes dans les GMF.</p> <p>16.2. Pour contribuer au rehaussement des compétences, les cliniques de mémoire doivent pouvoir donner une rétroaction aux GMF sur la pertinence des demandes de consultation qui leur sont envoyées.</p> <p>16.3. Les paramètres organisationnels encadrent l'organisation de ce type de clinique¹⁷.</p> <p>16.4. Les motifs de demande de consultation à une clinique de mémoire sont¹⁸ les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - À la lumière des motifs de consultation, la clinique reçoit majoritairement des cas complexes de personnes qui présentent des troubles cognitifs et dont l'état nécessite une expertise spécialisée ou pour lesquels le médecin de première ligne demande une précision diagnostique : présentation atypique de 	CISSS ou CIUSSS	Écart relatif à la pertinence ¹⁹ des demandes de consultation reçues par les cliniques de mémoire en provenance des GMF, entre le début et la fin de l'année financière (R)	Amélioration de la pertinence des demandes reçues

¹⁷ Tiré du document intitulé *Paramètres organisationnels en clinique de mémoire*.

¹⁸ *Op. cit.*

¹⁹ Le terme « pertinence » désigne ici le caractère approprié des demandes de consultation, indiqué par un ou plusieurs des critères suivants : 1) il demeure une incertitude quant au diagnostic après une première évaluation et un suivi; 2) une demande est exprimée par le patient ou sa famille pour une seconde opinion ; 3) on observe une dépression significative, en particulier en l'absence de réponse au traitement; 4) il y a échec du traitement ou des problèmes thérapeutiques associés aux médicaments prescrits pour traiter la démence; 5) de l'aide est requise pour la prise en charge (comportement ou incapacité fonctionnelle) ou un soutien au proche aidant; 6) un dépistage génétique est indiqué; 7) le patient ou sa famille démontre un intérêt à participer à des recherches menées par le destinataire de la demande de consultation; 8) le patient est jeune ou présente un tableau clinique atypique.

COMPOSANTES	PRÉCISIONS	RESPONSABLES	INDICATEURS (P/S ou R) ¹⁵	CIBLES
	<p>la maladie, démence incertaine au stade précoce, tableau clinique de démence chez des personnes plus jeunes ou dépistage génétique indiqué.</p> <ul style="list-style-type: none"> - À la lumière des motifs de consultation, les personnes référées présentent des problèmes pour lesquels le médecin de première ligne a besoin de soutien pour poser un diagnostic, décider du traitement et, parfois, de la prise en charge. - À la lumière des motifs de consultation, l'utilisateur ou sa famille désirent participer à des recherches diagnostiques ou thérapeutiques. 			
17. Consolider les équipes ambulatoires de gestion des SCPD.	<p>17.1. Bien que la formation des équipes de base assignées à la gestion des SCPD s'avère une première action à réaliser, la consolidation ou la mise en place d'une équipe ambulatoire constitue un moyen efficace de mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de SCPD et de leurs proches aidants.</p> <p>17.2. Les paramètres organisationnels encadrent l'organisation de ce type d'équipe²⁰.</p> <p>17.3. Les motifs de demande de consultation à une équipe ambulatoire de gestion des SCPD sont les suivants²¹ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes référées présentent des problèmes pour lesquels les équipes de première ligne requièrent du soutien au sujet du diagnostic, du traitement ou de la prise en charge. - Les personnes inscrites présentent des symptômes comportementaux et psychologiques complexes suspectés d'être associés à la démence ou aux troubles cognitifs. - Les personnes inscrites ont obtenu un diagnostic de démence ou de trouble cognitif associé à des manifestations psychiatriques. - Les interventions non pharmacologiques et pharmacologiques effectuées en première ligne auprès des personnes inscrites n'ont pas permis de résoudre la situation problématique (pathologies réfractaires ou complexes). - Les personnes inscrites sont dans une situation qui présente un risque potentiel sur le plan physique et psychosocial. 	CISSS ou CIUSSS	Mise en place ou consolidation d'au moins une équipe ambulatoire de gestion des SCPD par territoire de CISSS ou CIUSSS selon les paramètres organisationnels (P/S)	Équipe ambulatoire de gestion des SCPD disponible sur le territoire

²⁰ Tiré du document intitulé *Paramètres organisationnels d'une équipe ambulatoire de gestion des SCPD*.

²¹ *Op. cit.*

COMPOSANTES	PRÉCISIONS	RESPONSABLES	INDICATEURS (P/S ou R) ¹⁵	CIBLES
ACTIONS D'AMÉLIORATION CONTINUE				
18. Instaurer et suivre des indicateurs de qualité.	<p>18.1. Certains indicateurs paraissent plus importants à suivre, au regard de la pertinence relative à l'amélioration continue et de la possibilité d'enregistrer les données.</p> <p>18.2. Ils concernent surtout l'évaluation, le suivi ainsi que les demandes de consultation auprès des services de deuxième ligne et des ressources communautaires.</p> <p>18.3. Ils doivent toutefois être complétés par des données statistiques pertinentes déjà disponibles dans les systèmes existants de collecte.</p> <p>18.4. La mesure et le suivi de ces indicateurs sont tributaires des systèmes de données existants.</p> <p>18.5. D'autres indicateurs pourraient être élaborés par les CISSS et les CIUSSS, par les quatre CIUSSS mandatés pour soutenir le déploiement des meilleures pratiques au niveau provincial ou par le Comité consultatif de soutien à la mise en œuvre de la seconde phase.</p>	GMF et CISSS ou CIUSSS	<p>Proportion de patients du GMF qui ont obtenu un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'un autre trouble neurocognitif majeur²² (R)</p> <p>Nombre moyen de visites de suivi durant l'année au GMF par les personnes qui ont obtenu un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'un autre trouble neurocognitif majeur (R)</p> <p>Proportion des personnes ayant obtenu un diagnostic d'Alzheimer ou d'un autre trouble neurocognitif majeur suivies par un GMF et orientées vers la clinique de mémoire durant l'année²³</p> <p>Délais moyens d'attente entre la demande de consultation par le médecin du GMF et la consultation à la clinique de mémoire (R)</p> <p>Proportion des personnes ayant obtenu un diagnostic d'Alzheimer ou d'un autre</p>	<p>À déterminer</p> <p>À déterminer</p> <p>Réduction (pourcentage à déterminer)</p> <p>Réduction (pourcentage à déterminer)</p> <p>À déterminer</p>

**En raison de contraintes légales et techniques, la mesure des 9 indicateurs de résultats en GMF ne sera pas requise pour le bilan de la 1ère année (2016-2017) et de la deuxième année (2017-2018).*

²² Nombre de nouveaux diagnostics par année sur le nombre de nouveaux cas évalués par année X 100

²³ Nombre de personnes ayant obtenu un diagnostic et qui ont été orientées vers la clinique de mémoire durant l'année sur le nombre de personnes évaluées durant l'année X 100

COMPOSANTES	PRÉCISIONS	RESPONSABLES	INDICATEURS (P/S ou R) ¹⁵	CIBLES
			trouble neurocognitif majeur suivies par un GMF et orientées vers l'équipe de gestion des SCPD durant l'année ²⁴ (R)	
			Délais moyens d'attente entre la demande de consultation par le médecin du GMF et la consultation de l'équipe de gestion des SCPD (R)	Réduction (pourcentage à déterminer)
			Proportion des personnes ayant obtenu un diagnostic d'Alzheimer ou d'un autre trouble neurocognitif majeur suivies par un GMF et orientées vers le Soutien à domicile (SAD) durant l'année ²⁵ (R)	À déterminer
			Délais moyens d'attente entre la demande de consultation par le GMF et la consultation au SAD (R)	Réduction (pourcentage à déterminer)
			Proportion des personnes ayant obtenu un diagnostic d'Alzheimer ou d'un autre trouble neurocognitif majeur suivies par un GMF et orientées vers des	À déterminer

²⁴ Nombre de personnes ayant obtenu un diagnostic et qui ont été orientées vers une équipe de gestion des SCPD durant l'année sur le nombre de personnes ayant obtenu un diagnostic X 100

²⁵ Nombre de personnes ayant obtenu un diagnostic et qui ont été orientées au SAD durant l'année sur le nombre de personnes ayant obtenu un diagnostic X 100.

COMPOSANTES	PRÉCISIONS	RESPONSABLES	INDICATEURS (P/S ou R) ¹⁵	CIBLES
			organismes communautaires durant l'année ²⁶ (R)	
19. Instaurer un processus d'amélioration continue de la qualité.	<p>19.1. Les réévaluations régulières du processus et des retombées cliniques permettront de réajuster les pratiques, au besoin, selon les documents de référence disponibles.</p> <p>19.2. Le CISSS ou le CIUSSS produit un rapport annuel qui inclut les résultats relatifs aux indicateurs cités dans le présent tableau et aux autres indicateurs jugés pertinents par le MSSS. Un modèle de rapport annuel et de rapport de reddition de comptes sera transmis aux responsables de la mise en œuvre de l'Initiative en août 2016.</p> <p>19.3. Le rapport annuel contient de l'information sur l'évolution du projet d'implantation ciblée, le cas échéant.</p>	CISSS ou CIUSSS	Rapport annuel de suivi déposé le 30 avril de chaque année financière (P/S)	Présent

²⁶ Nombre de personnes ayant obtenu un diagnostic et qui ont été orientées vers des organismes communautaires durant l'année sur le nombre de personnes ayant obtenu un diagnostic X 100.

ANNEXE E : STRATÉGIE RECOMMANDÉE POUR LA FORMATION²⁷

La stratégie cherche à répondre à quatre objectifs principaux, chacun associé à un ou plusieurs moyens spécifiques. Ces moyens prennent la forme de différentes activités. La mise en place de ces activités contribuera à mieux répondre aux besoins des médecins et des professionnels et ainsi assurer un enrichissement le plus étendu possible des savoirs.

OBJECTIFS	MOYENS	ACTIVITÉS DE FORMATION
Rendre accessible un ensemble de connaissances de base	Présentations PowerPoint par thématique sur les connaissances de base requises	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation locale à l'aide des présentations <ul style="list-style-type: none"> - Formation interprofessionnelle (groupe de formateurs de diverses professions et groupe de participants de diverses professions) - Ajout de témoignages vidéo ou participation directe dans les formations de personnes atteintes de la maladie (premiers stades) et de proches ▪ Formation régionale à l'aide des présentations <ul style="list-style-type: none"> - Formation interprofessionnelle (groupe de formateurs de diverses professions et groupe de participants de diverses professions) - Ajout de témoignages vidéo ou participation active dans les formations de personnes atteintes de la maladie (premiers stades) et de proches
Favoriser l'apprentissage fondé sur la pratique clinique et les études de cas réels	Rencontres dans les GMF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activité d'échanges sur des cas réels dans un ou plusieurs GMF d'un même territoire, en recourant aux éléments facilitant la mise en place de telles activités indiqués dans le tableau suivant
	Webinaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séminaires mensuels interactifs Web portant sur les thématiques des connaissances de base : <ul style="list-style-type: none"> - présentés sous forme de cas réels - en présence d'experts provinciaux - axés sur des questions et des réponses entre médecins, professionnels et experts - accessibles ensuite en ligne - avec ajout de témoignages vidéo ou participation active dans les formations de personnes atteintes de la maladie (premiers stades) et de proches
Favoriser la formation en co-perfectionnement de médecins à titre de <i>leaders</i> , de professionnels à titre de <i>leaders</i> ou d'équipes <i>leaders</i>	Formation et soutien d'un <i>leader</i> pour assurer, à l'interne, un apprentissage assisté par les pairs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation d'un <i>leader</i> dans chaque GMF pour animer de manière autonome les réunions locales d'échange de pratiques et de discussion de cas ▪ Rencontres de discussion de cas entre les <i>leaders</i> ▪ Soutien direct du leader par un expert local expérimenté, sinon par un expert provincial (sur place, au téléphone ou en ligne) ▪ Mise en place et animation d'une communauté de pratiques des <i>leaders</i> locaux

²⁷ Les recommandations viennent du Groupe de travail inter-RUIS dans sa stratégie de formation et de diffusion, dont les présents contenus ont été présentés en septembre et en décembre 2015. Le groupe comprenait le RUIS Université Laval, représenté par le D^r Claude Patry et Philippe Voyer, le RUIS Université McGill, représenté par le D^r Howard Bergman et Éric Maubert, le RUIS Université de Montréal, représenté par la D^{re} Élisabeth Azuelos, la D^{re} Marie-Jeanne Kergoat et Karine Thorn, le RUIS Université de Sherbrooke, représenté par le D^r Christian Bocti, le D^r Guy Lacombe et Anne-Marie Simard.

OBJECTIFS	MOYENS	ACTIVITÉS DE FORMATION
Rendre accessibles des contenus spécifiques « avancés »	Formations accréditées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colloque, cours ou conférence en personne selon les besoins des publics cibles <ul style="list-style-type: none"> - Des témoignages vidéo ou la participation active dans les formations de personnes atteintes de la maladie (premiers stades) et des proches y sont associés. ▪ Cours ou conférence sur le Web, selon les besoins des publics cibles <ul style="list-style-type: none"> - Des témoignages vidéo ou la participation active dans les formations de personnes atteintes de la maladie (premiers stades) et des proches y sont associés.

Éléments facilitant la mise en place d'activités d'apprentissage fondé sur la pratique clinique et les études de cas réels

THÈMES	ÉLÉMENTS FACILITANTS
Contexte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les activités d'apprentissage fondé sur la pratique clinique et les études de cas réels doivent s'intégrer dans une offre globale de formation destinée aux GMF. Cette offre globale combine des formations théoriques et des rencontres de discussion de cas. 2. Un niveau de connaissance de base sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs favorise une meilleure participation et une meilleure intégration des acquis lors des formations fondées sur la pratique clinique. 3. Avant les rencontres, les médecins et les professionnels sont encouragés à lire certains documents de référence. Les discussions portant sur des cas réels leur permettent de mieux comprendre ces lectures et de mieux intégrer ces nouvelles connaissances dans leur pratique.
Objectifs	<ol style="list-style-type: none"> 4. Améliorer les pratiques d'évaluation et de prise en charge de la maladie Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs majeurs. 5. Renforcer les collaborations interprofessionnelles en créant une culture d'échange entre les médecins et les professionnels du GMF. 6. Préciser le rôle des médecins et des professionnels pour améliorer la complémentarité, dans l'équipe et avec les partenaires (deuxième ligne, organismes communautaires, etc.). 7. Valider l'expérience déjà acquise par les médecins et les professionnels et valider les pratiques qui leur apportent les meilleurs résultats. 8. « Ancrer » les sentiments de compétence et de confiance des médecins et des professionnels qui participent aux activités d'apprentissage. 9. Partager des outils dont l'efficacité est prouvée et reconnue. 10. Harmoniser les pratiques dans les GMF et entre les GMF.
Format	<ol style="list-style-type: none"> 11. Les activités d'apprentissage fondé sur la pratique clinique doivent se faire à partir de cas réels. Les médecins et les professionnels doivent recenser des cas réels, ou des expériences cliniques vécues, pour préparer les échanges, à savoir des cas qui présentent des défis (ex. : MCI, SCPD, comorbidité, etc.) face auxquels les médecins ou les professionnels requièrent du soutien ou des conseils pour répondre au patient. 12. La rencontre se fait sur place, dans un GMF ou un groupe de GMF. 13. Les membres de l'équipe (médecin et infirmière ou travailleur sociale, etc.) sont présents pendant l'activité. 14. La rencontre dure de 60 à 90 minutes et se tient à l'heure qui convient le mieux aux médecins et aux professionnels (début de journée, heures de repas, fin de journée, etc.). 15. L'activité prend la forme d'une discussion autour d'une table autour de laquelle discutent les médecins, les professionnels et l'expert choisi pour participer à la formation. Cette rencontre peut se faire en personne ou par visioconférence.

THÈMES	ÉLÉMENTS FACILITANTS
Rôle de l'expert	<ul style="list-style-type: none"> 16. La personne nommée à titre d'expert est là pour apporter un soutien et une sécurité lors des échanges. 17. Cette personne s'implique dans la discussion pour stimuler les échanges lorsque cela est nécessaire. Son rôle consiste à inciter les participants à trouver des solutions grâce à la dynamique de groupe. Ces échanges doivent prendre la forme d'un processus collectif suivi par les médecins et les professionnels présents. 18. Cette personne doit être choisie en fonction de son niveau de connaissance sur la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs majeurs. 19. Sa présence permet de valider les propositions et les décisions des participants. 20. L'expert peut être un médecin spécialiste, par exemple un membre de la clinique de mémoire, ou un <i>leader</i> du GMF ou d'un groupe de GMF. 21. L'expert provient idéalement du territoire du GMF, sinon de la région ou encore du réseau provincial. 22. Cette personne peut être contactée au besoin à la suite de l'activité d'apprentissage.
Préparation et organisation	<ul style="list-style-type: none"> 23. Une demande d'accréditation concernant la formation est soumise à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec puis dans une Faculté des sciences infirmières. 24. La participation aux heures de repas favorise un contexte convivial. 25. Les RUIS peuvent créer l'événement en accompagnant les GMF et en formulant des propositions sur l'organisation des formations. 26. Bien qu'appelés à jouer un rôle important en matière de transfert de connaissances, les RUIS n'en ont pas pour autant l'exclusivité. D'autres organismes provinciaux, régionaux ou même locaux peuvent être impliqués dans la dispensation d'une formation, en s'assurant de sa dynamique et en jouant un rôle de coordination.

ANNEXE F : BOÎTE À OUTILS : DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE ET FORMATIONS

Documents de référence²⁸

THÈME	RÉFÉRENCES ²⁹
Processus clinique en première ligne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Processus clinique interdisciplinaire en première ligne</i>, 2014, 4 p. ▪ <i>Protocole de soins – Processus clinique interdisciplinaire en première ligne</i>, 14 novembre 2014, 20 p. ▪ <i>Protocole de soins – Processus clinique interdisciplinaire en première ligne</i>, Annexes, 14 novembre 2014, 20 p. ▪ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS). <i>Repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs</i>, rapport rédigé par Caroline Colette et Geneviève Robitaille, Québec, 2015, INESSS, 101 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : https://www.inesss.qc.ca/publications/publications/publication/reperage-et-processus-menant-au-diagnostic-de-la-maladie-dalzheimer-et-dautres-troubles-deurocognitifs.html ▪ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS). <i>La maladie d'Alzheimer (MA) et les autres troubles neurocognitifs (TNC) – Document synthèse : repérage, diagnostic, annonce et suivi</i>, octobre 2015, 25 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : https://www.inesss.qc.ca/publications/publications/publication/reperage-et-processus-menant-au-diagnostic-de-la-maladie-dalzheimer-et-dautres-troubles-deurocognitifs.html
Cliniques de mémoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Clinique de mémoire – Les paramètres organisationnels</i>, 2014, 34 p.
Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence</i>, 2014, 15 p. ▪ <i>Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence</i>, 2014, 31 p. ▪ <i>Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence</i>, 2014, 38 p. ▪ <i>Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence</i>, 2014, 37 p. ▪ <i>Équipes ambulatoires symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : Les paramètres organisationnels</i>, 2014, 33 p.
Proches aidants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'APPUI POUR LES PROCHEs AIDANTS D'ÂÎNÉS, <i>Guide des pratiques prometteuses en information-formation</i>. ▪ L'APPUI POUR LES PROCHEs AIDANTS D'ÂÎNÉS, <i>Guide des pratiques prometteuses en répit</i>.

²⁸ Accessibles en ligne à l'adresse suivante: <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/alzheimer/>

²⁹ À moins d'indications contraires, le MSSH est l'éditeur des documents de référence énumérés.

THÈME	RESSOURCES
Le plan Alzheimer Québec	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Plan Alzheimer Québec : le défi de l'implantation</i> <ul style="list-style-type: none"> - Rédigé par le D^r Howard Bergman, M. D., FCFP, FRCPC, directeur, Département de médecine de famille, professeur de médecine de famille, de médecine (gériatrie) et d'oncologie, et la D^{re} Isabelle Vedel, M. D., Ph. D., professeure adjointe, Département de médecine de famille, Université McGill
Repérage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Le repérage en première ligne</i> <ul style="list-style-type: none"> - Rédigé par le D^r Claude Patry, M. D., médecin de famille, GMF de Loretteville - Commentaires sur la présentation
Approche interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>L'approche interdisciplinaire en GMF et le rôle de l'infirmière pivot Alzheimer</i> <ul style="list-style-type: none"> - Rédigé par Julie Brunet, infirmière clinicienne, RUIS de l'Université de Montréal - Commentaires sur la présentation
Évaluation des fonctions cognitives et de l'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>L'évaluation cognitive : les fonctions cognitives et l'autonomie fonctionnelle</i> <ul style="list-style-type: none"> - Rédigé par Karine Thorn, infirmière, M. Sc., professionnelle de recherche au CRIUGM, avec la collaboration de la D^{re} Marie-Jeanne Kergoat, M. D., FCFP, FRCPC, gériatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Commentaires sur la présentation
Évaluation médicale et diagnostique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>L'évaluation médicale des troubles cognitifs en première ligne : bilan sanguin et imagerie</i> <ul style="list-style-type: none"> - Rédigé par le D^r Christian Bocti, M. D., FRCPC, professeur agrégé de neurologie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, CIUSSS de l'Estrie – CHUS - Commentaires sur la présentation ▪ <i>L'évaluation médicale des troubles cognitifs : approche diagnostique – délirium</i> <ul style="list-style-type: none"> - Rédigé par le D^r Christian Bocti, M. D., FRCPC, professeur agrégé de neurologie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, CIUSSS de l'Estrie – CHUS ▪ <i>L'évaluation médicale et diagnostique : démence et mci (déficit cognitif léger)</i> <ul style="list-style-type: none"> - Rédigé par le D^r Louis Verret, M. D., FRCPC, neurologue certifié en neurologie comportementale et neuropsychiatrie par le United Council for Neurologic Subspecialties (UCNS) ▪ <i>L'évaluation médicale et diagnostique : les différentes démences et leur tableau clinique</i> <ul style="list-style-type: none"> - Rédigé par la D^{re} Catherine Brodeur, M. D., FRCPC, interniste et gériatre, Centre universitaire de Santé McGill (CUSM) - Commentaires sur la présentation
Traitement et suivi de la médication	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Les troubles neurocognitifs : le traitement pharmacologique et son suivi en GMF</i> <ul style="list-style-type: none"> - Rédigé par le D^r Fadi Massoud, M. D., FRCPC, gériatre, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Suivi de l'évolution de la maladie :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>L'évolution de la dépendance dans les troubles neurocognitifs</i> <ul style="list-style-type: none"> - Rédigé par le D^r John Kirk, M. D., médecin de famille, Hôpital général juif (HGJ)

³⁰ Ils sont accessibles en ligne, sous l'onglet « formation et mentorat », sur le site du MSSS à l'adresse suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/alzheimer/formation-et-mentorat>.

dépendance,
conduite
automobile et
inaptitude

- Commentaires sur la présentation
- *Quand doit-on évaluer l'aptitude à conduire chez le patient dément?*
 - Rédigé par la D^{re} Elisabeth Azuelos, M. D., médecin de famille en gériatrie, CISSS de Laval
 - Commentaires sur la présentation
- *Évaluation clinique de l'inaptitude*
 - Rédigé par la D^{re} Elisabeth Azuelos, M. D., médecin de famille en gériatrie, CISSS de Laval
 - Commentaires sur la présentation

Symptômes
comportementaux
et psychologiques
de la démence
(SCPD)

- *Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*
 - Rédigé par Philippe Voyer, infirmier, Ph. D., professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et chercheur au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, la D^{re} Marie-Andrée Bruneau, gériopsychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, professeure agrégée de clinique, directrice adjointe pour la gériopsychiatrie, Faculté de médecine, Département de psychiatrie, Université de Montréal, et Caroline Ménard, psychologue, Équipe SCPD, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
 - Commentaires sur la présentation
- *Capsules SCPD : capsules de formation pour mieux comprendre et intervenir auprès des personnes qui présentent des SCPD*
 - Collaboration inter-RUIS sous la direction du CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal – Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Proches aidants et
partenaires
communautaires

- *Soutenir la dyade aidé-aidant : qui sont nos partenaires?*
 - Rédigé par Magalie Dumas, gestionnaire Info-aidant, L'Appui pour les proches aidants d'ainés

ANNEXE G : MODÈLE DE RÉDACTION DU PLAN D'ACTION TRIENNAL PROPOSÉ

Le modèle proposé contient les rubriques suivantes³¹ :

- A. Personnes responsables du plan d'action triennal
- B. Partenaires impliqués
- C. Portrait de la clientèle et des services offerts
- D. Objectifs généraux poursuivis en 2016-2017
- E. Répartition budgétaire prévue, centrée sur une affectation en première ligne
- F. Stratégie, résultats et échéancier du plan d'action triennal
 - Stratégies et moyens
 - Résultats et livrables
 - Responsables
 - Échéancier
 - Indicateurs
 - Cible visée
 - Cible atteinte

³¹ La version électronique complète du modèle est disponible sur demande à la DGSS, à l'adresse de courriel suivante : Helene.VanNieuwenhuyse@msss.gouv.qc.ca .