

Guide de pratique



Pratiques exemplaires pour améliorer la continuité des soins et services offerts aux aînés vivant avec un trouble neurocognitif majeur et à leurs personnes proches aidantes en contexte de transition

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Ce guide fait suite à la publication du document Pratiques exemplaires pour améliorer la continuité des soins et services offerts aux aînés vivant avec un trouble neurocognitif majeur et à leurs personnes proches aidantes en contexte de transition : Rapport en soutien au guide de pratique, paru en 2024. Ces deux documents peuvent être consultés sur le site inesss.qc.ca.

ÉQUIPE DE RÉALISATION DU GUIDE DE PRATIQUE

Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale

Auteurs principaux

Marilyn Fortin, Ph. D.

Myriam Gagné, Ph. D.

El Kebir Ghandour, Ph. D.

Marilyne Joyal, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Annie Tessier, Ph. D.

Adjointe à la direction

Anne Chamberland, B.A., M.S.S.

Directrice

Marie-Claude Sirois, M. Sc. Ps.-Éd., M. Sc. adm.

L'Institut tient à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce guide de pratique.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

ISBN 978-2-550-97221-1 (PDF)

Tous droits réservés

Bureau – Méthodologies et éthique

Équipe du transfert de connaissances

**Professionnelle scientifique
en transfert de connaissances**
Esther McSween-Cadieux, Ph. D.

Sous la coordination de
Geneviève Corriveau, M. Sc.

Adjointe à la direction
Mélanie Martin, Ph. D.

Graphiste
Emilia Gagnon, B. Des.

Directrice
Isabelle Ganache, Ph. D.

© Gouvernement du Québec, 2024

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.


Table des matières

LISTE DES ACRONYMES	4
MISE EN CONTEXTE	5
INTRODUCTION	6
TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS (TNM)	6
SOINS ET SERVICES EN CONTEXTE DE TRANSITION	6
PROFESSIONNELS ET INTERVENANTS OFFRANT DES SOINS ET SERVICES EN CONTEXTE DE TRANSITION.....	7
SECTION 1. COMPOSANTES TRANSVERSALES DES SOINS ET SERVICES EN CONTEXTE DE TRANSITION	9
SECTION 2. PRATIQUES GÉNÉRALES POUR AMÉLIORER LES SOINS ET SERVICES EN DIVERS CONTEXTES DE TRANSITION	12
SECTION 3. PRATIQUES SPÉCIFIQUES AU CONTEXTE DE TRANSITION LORS D'UNE VISITE À L'URGENCE OU D'UN SÉJOUR EN CENTRE HOSPITALIER.....	15
SECTION 4. PRATIQUES SPÉCIFIQUES AU CONTEXTE DE TRANSITION LORS DE L'INTÉGRATION DANS UN NOUVEAU MILIEU DE VIE	19
RÉSUMÉ DES PRATIQUES DU GUIDE	22
LISTE DES RESSOURCES CITÉES DANS CE GUIDE.....	23

LISTE DES ACRONYMES

CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CI(U)SSS	Centre intégré (universitaire) de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
EÉSAD	Entreprise d'économie sociale en aide à domicile
GMF	Groupe de médecine de famille
IPSPL	Infirmière ou infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PPA	Personne proche aidante
PSI	Plan de services individualisé
RI-RTF	Ressources intermédiaires et ressources de type familial
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
TNCM	Trouble neurocognitif majeur

MISE EN CONTEXTE

Cliquez sur les mots [soulignés](#) pour accéder à des ressources externes. 

La continuité des soins et services offerts aux personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM) et à leurs personnes proches aidantes (PPA) est complexifiée par la multitude de transitions qu'elles traversent et la diversité de professionnels et intervenants de plusieurs organisations qui les accompagnent.

LES SOINS ET SERVICES EN CONTEXTE DE TRANSITION

correspondent à un ensemble d'actions accomplies pour assurer la continuité des soins et des services entre les intervenants et professionnels des différents milieux.

Objectif du guide

Ce guide présente les pratiques exemplaires à adopter par les professionnels et intervenants pour assurer la continuité des soins et services offerts aux aînés vivant avec un TNCM et à leurs PPA en contexte de transition.

Il se veut complémentaire à divers outils cliniques de prise en charge, notamment au regard du diagnostic.

Outils cliniques complémentaires

Le lecteur peut se référer aux [outils destinés au repérage et au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et autres TNC](#), au [processus clinique interdisciplinaire de suivi](#) ainsi qu'aux [orientations ministérielles sur les TNCM](#).

Conception du guide

La conception du guide a été réalisée en collaboration avec diverses parties prenantes, dont des PPA, des professionnels et intervenants, des gestionnaires et des chercheurs. Le guide s'accompagne d'un [rapport](#) qui comprend les références scientifiques soutenant les pratiques exemplaires recommandées.



Public cible

Ce guide s'adresse aux professionnels et intervenants affiliés à divers organismes ou établissements du réseau de la santé et des services sociaux ou à ses partenaires.

Les gestionnaires d'établissements de santé et de services sociaux peuvent aussi s'y référer pour soutenir l'amélioration continue de la qualité des soins et services en contexte de transition.

STRUCTURE DU GUIDE

Le guide comporte quatre sections :

- 01 Composantes transversales des transitions
- 02 Pratiques générales en contexte de transition
- 03 Épisode de soins en centre hospitalier
- 04 Intégration dans un nouveau milieu de vie

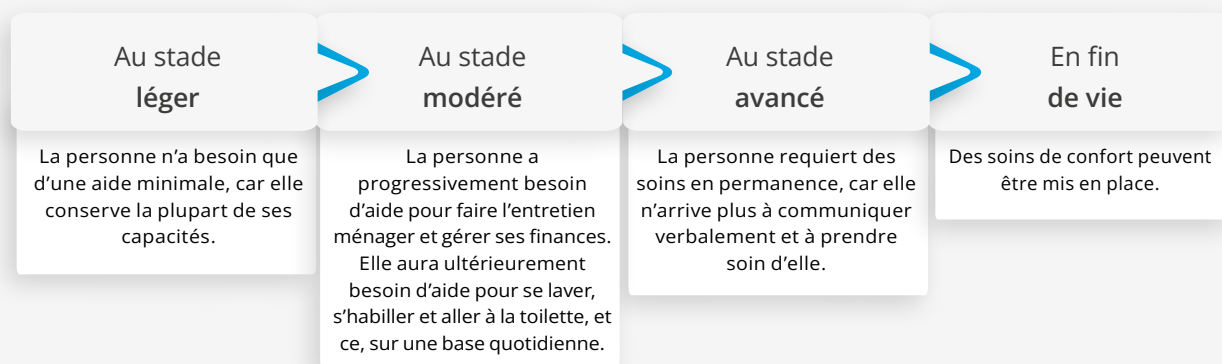
INTRODUCTION

Troubles neurocognitifs majeurs (TNCM)

Les TNCM sont caractérisés par le déclin de fonctions cognitives, telles que la mémoire, l'orientation, le langage et le jugement. Ils regroupent plusieurs affections, qui diffèrent dans leur étiologie, leur évolution et leur traitement.

La maladie d'Alzheimer représente de 60 % à 80 % de tous les diagnostics de TNCM. Les autres principales causes de ce trouble sont le trouble neurocognitif d'origine vasculaire, le trouble neurocognitif frontotemporal, la maladie à corps de Lewy ainsi que le trouble neurocognitif dû à la maladie de Parkinson.

Les TNCM progressent lentement selon un continuum.



Soins et services en contexte de transition

Les transitions peuvent survenir à divers moments. Dans ce guide, le terme « transition » fait référence à :

- un déplacement physique de la personne usagère intra ou inter organisations;
- un transfert ou partage de responsabilités entre les professionnels et intervenants (p. ex. : changement d'infirmier à l'hôpital);
- un changement du niveau d'aide requise en fonction de l'évolution des besoins en soins et en services de la personne usagère ou de ses PPA, sans égard au milieu de vie (p. ex. : ajout de services offerts par un organisme communautaire).

Les transitions sont une source de stress et peuvent bouleverser la personne vivant avec un TNCM. En général, elles représentent aussi des zones de fragilité qui exposent la personne à un risque accru de vivre des événements indésirables (p. ex. : erreurs de médication ou de diagnostic, chutes, infections postopératoires, délirium) pouvant accélérer la progression de la maladie. Il est donc primordial de prévenir autant que possible les transitions pouvant être évitées et de faire en sorte que, lorsqu'elles sont requises, elles se déroulent sans bris de continuité.



Soins et services en contexte de transition (suite)

Les soins et les services en contexte de transition correspondent à un ensemble d'actions accomplies pour assurer la continuité des soins et des services. Plusieurs pratiques exemplaires peuvent contribuer à la **continuité**. Toutefois, la littérature scientifique souligne que l'application de plusieurs pratiques exemplaires simultanément est garante de meilleures transitions que l'utilisation de pratiques isolées.

LA CONTINUITÉ

La continuité comporte une dimension temporelle et une dimension expérientielle. Elle se produit lorsque les interventions sont conformes et synchrones aux divers besoins de la personne usagère durant son parcours, et que l'expérience de soins est vécue de manière positive. Elle nécessite une coordination entre les professionnels et intervenants. Il existe plusieurs types de continuité.

Continuité informationnelle

L'accès au bon moment, au bon endroit et par la bonne personne, aux informations requises pour la meilleure intervention possible.

Continuité d'approche

La cohérence entre les objectifs cliniques poursuivis et les modalités d'intervention adoptées pour atteindre ces objectifs.

Continuité relationnelle

L'établissement d'un véritable lien de confiance avec la personne usagère et ses PPA par la présence soutenue et continue d'un professionnel ou intervenant significatif pour elle.

Professionnels et intervenants offrant des soins et services en contexte de transition

Pour appliquer l'ensemble des pratiques exemplaires, **des professionnels et des intervenants de plusieurs milieux sont mis à contribution.**

- Médecins de famille, urgentologues, gériatres, gérontopsychiatres, neurologues et autres médecins spécialistes
- Infirmières et infirmiers cliniciens et praticiens spécialisés en soins de première ligne (IPSPL), infirmières et infirmiers en pratique avancée en gériatrie à l'urgence et autres membres du personnel infirmier
- Pharmaciennes et pharmaciens
- Travailleuses et travailleurs sociaux
- Professionnelles et professionnels de la réadaptation
- Intervenantes et intervenants communautaires
- Tout autre prestataire impliqué (p. ex. : psychoéducatrices ou psychoéducateurs, ambulancières ou ambulanciers paramédicaux)

Les professionnels et intervenants peuvent œuvrer dans un groupe de médecine de famille (GMF) ou en clinique médicale (tous champs professionnels confondus), à la pharmacie communautaire, dans une entreprise d'économie sociale en aide à domicile (ÉESAD) ou dans un organisme communautaire (p. ex. : les [Sociétés Alzheimer](#), [L'Appui](#)), un centre hospitalier, un centre local de services communautaires (CLSC) ou un milieu d'hébergement, incluant une maison des aînés, un centre d'hébergement et de soins de longue durée public (CHSLD) privé ou privé conventionné, une résidence intermédiaire ou de type familial (RI-RTF) ou une résidence privée pour aînés (RPA).

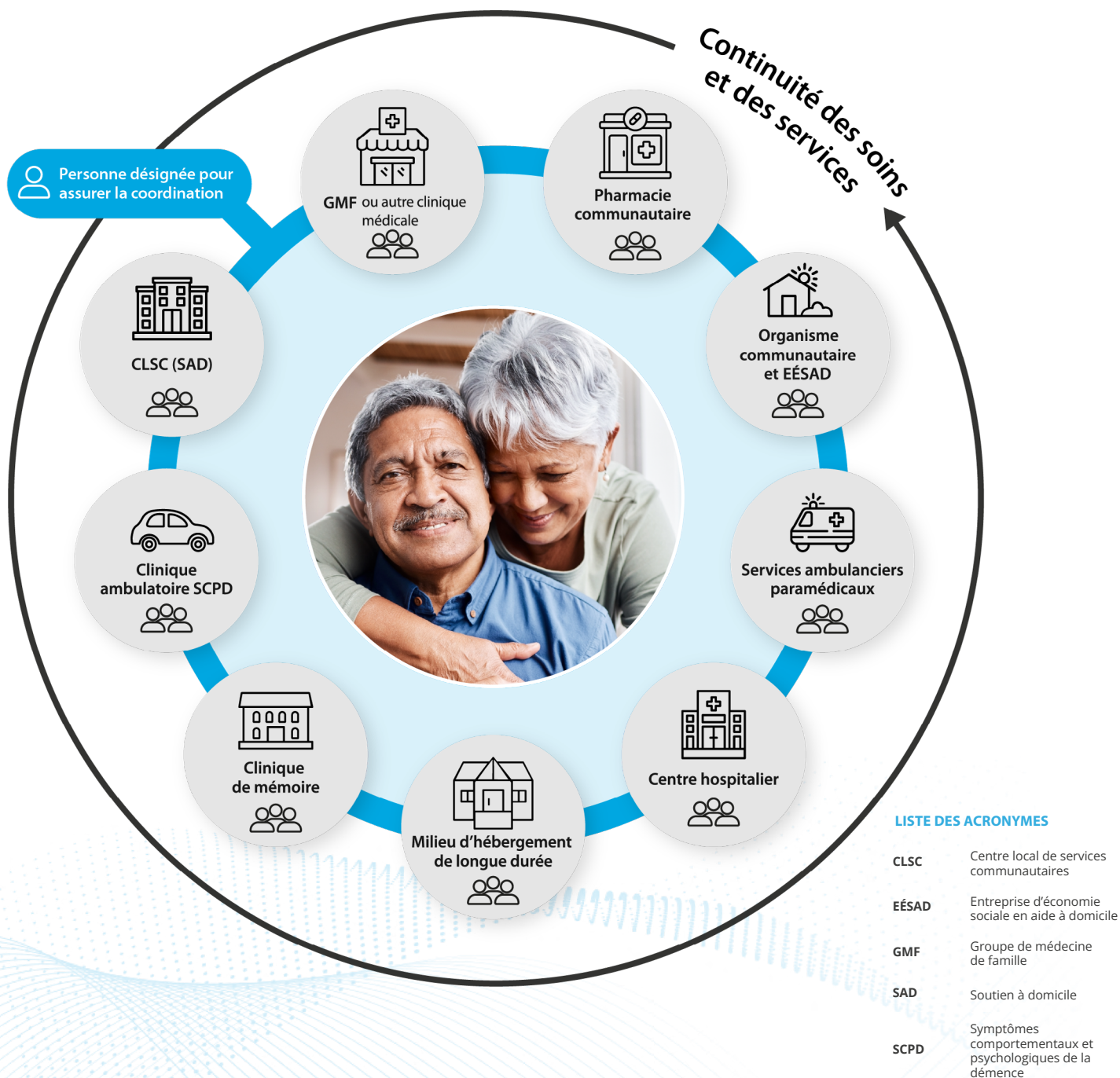
Les professionnels et intervenants ciblés par les pratiques exemplaires recensées dans ce guide sont également ceux qui dispensent des services spécialisés au sein d'une [équipe ambulatoire de gestion des symptômes comportementaux et psychologiques reliés à la démence \(SCPD\)](#), ou dans une [clinique de mémoire](#).

Personne désignée pour assurer la coordination

Cette personne soutient la continuité des soins et des services offerts aux personnes vivant avec un TNCM et à leurs PPA par divers professionnels et intervenants.

Selon la littérature et les experts consultés, il est essentiel qu'une personne soit désignée pour assumer un rôle de coordination interorganisationnelle. En effet, les soins et services en contexte de transition ne constituent pas une série d'actions distinctes. Une vision d'ensemble est nécessaire pour évaluer et améliorer la qualité de ces soins.

Il est suggéré que la personne désignée soit celle ayant un contact plus étroit avec la personne usagère, selon l'évolution du TNCM (p. ex. : provenant d'un GMF au début de la maladie, puis ultérieurement du soutien à domicile (SAD)).



SECTION 1. Composantes transversales des soins et services en contexte de transition

Cette section présente **trois composantes essentielles** des soins et services pertinentes dans le cadre des divers contextes de transition.

1. Renforcement des compétences professionnelles
2. Approche de partenariat et prise de décision partagée
3. Partage des informations entre les professionnels et intervenants



Renforcement des compétences professionnelles

La formation initiale et la formation continue sont essentielles au renforcement des compétences de tous.

Des formations et [ressources en ligne](#) sont accessibles, notamment via le site de la Société Alzheimer et le [réseau de l'Environnement numérique d'apprentissage](#) (ENA). Les professionnels et intervenants peuvent aussi se référer aux [ressources territoriales](#) du Plan ministériel TNCM de leur région.

Pour améliorer les soins et services en contexte de transition, **les professionnels et intervenants doivent pouvoir :**

- comprendre les TNCM et leur évolution, incluant les comorbidités et les SCPD, afin de prévoir les besoins et les services requis;
- être sensibles à l'expérience de transition et aux divers deuils (p. ex. : **deuil blanc**) vécus par la personne usagère et ses PPA, faire preuve de compassion, les accompagner et les soutenir;
- offrir des soins et des services dans une approche de partenariat avec la personne et ses PPA;
- communiquer de manière à favoriser la compréhension des informations essentielles au déroulement optimal des transitions par la personne usagère, comme :
 - segmenter les informations à transmettre;
 - répéter les informations clés;
 - communiquer les informations verbalement et par écrit;
 - présenter une même information sous différentes formes (p. ex. : texte, diagramme, pictogramme);
 - demander à la personne de répéter dans ses mots les informations transmises pour vérifier sa compréhension, et rectifier le message au besoin.

DEUIL BLANC

Le deuil blanc peut être vécu par les PPA lorsque la personne vivant avec un TNCM n'est plus la même qu'avant sur les plans mental et affectif, malgré qu'elle soit toujours présente physiquement.

Des ressources sur le deuil blanc sont disponibles en ligne [pour les PPA](#) et [pour les prestataires de soins et de services](#).

STRATÉGIES DE COMMUNICATION

Des stratégies additionnelles pour faciliter la participation aux échanges de la personne vivant avec un TNCM sont listées dans cette [fiche sur la communication](#).

Approche de partenariat entre la personne usagère, ses personnes proches aidantes et les professionnels et intervenants qui leur offrent des soins et services

Dans cette approche, la relation développée entre les différents acteurs mise sur le partage et la complémentarité de leurs savoirs respectifs ainsi que sur les façons de travailler ensemble.

Pour améliorer les soins et services en contexte de transition, **tous les professionnels et intervenants** doivent :

- adopter une approche de **prise de décision partagée** avec la personne usagère et, s'il y a lieu, ses PPA pour toute décision relative aux soins et aux services à leur rendre en contexte de transition. Il est important de reconnaître que les personnes peuvent être capables de prendre des décisions, même si elles vivent avec un TNCM. Dans cette perspective, le professionnel ou intervenant doit :
 - présenter les différentes options pertinentes et appropriées de soins et de services, incluant leurs bénéfices attendus et leurs inconvénients potentiels (p. ex. : services d'aide à la vie domestique, services de soutien émotionnel, services de répit);
 - soutenir l'expression de leurs besoins, valeurs et préférences relativement aux soins et aux services pouvant leur être rendus. Cela inclut les objectifs de soins et les souhaits de la personne entourant sa fin de vie;
 - convenir avec la personne des soins et des services à rendre. Étant donné le caractère évolutif des TNCM, en cas de doute, l'aptitude de la personne à consentir aux soins devrait être vérifiée à chaque fois que des soins lui sont proposés et qu'une décision nécessite son consentement;
- soutenir l'autonomie de la personne et ses PPA par le développement de diverses compétences concernant, par exemple :
 - l'autogestion des soins;
 - les stratégies préventives pour éviter ou retarder l'apparition des SCPD;
 - l'identification des situations qui nécessitent la consultation d'un professionnel;
 - la navigation dans le système de santé et de services sociaux;
 - la communication avec les différents professionnels et intervenants;

APPROCHE DE PARTENARIAT

Le partenariat avec la personne usagère et ses PPA, décrit dans le [cadre de référence de l'approche de partenariat](#), doit être combiné à une approche de collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle.

PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE

La prise de décision partagée implique une discussion entre la personne usagère, ses proches (s'il y a lieu) et les professionnels et intervenants dans le but d'éclairer une décision. Cette discussion permet que la décision soit fondée sur les données probantes scientifiques et cohérente avec les valeurs, besoins et préférences de la personne.

Des outils tels que [la fiche d'informations sur le respect du choix individuel](#) soutiennent l'application de la prise de décision partagée avec des personnes ayant un TNCM.

Section 1
Composantes transversales

Section 2

Section 3

Section 4

- au fur et à mesure que la condition de la personne évolue, vérifier que le niveau d'implication des PPA demeure conforme à ce qu'elles souhaitent et réaliste par rapport à leurs capacités et à leur propre santé;
- adopter une approche de collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle qui amène l'équipe à interagir de façon dynamique (p. ex. : avec une influence mutuelle entre les membres de l'équipe), afin de favoriser l'utilisation des compétences, des connaissances et de l'expertise propres à chacun.

Partage des informations entre les différents professionnels et intervenants

Pour améliorer les soins et services en contexte de transition, **tous les professionnels et intervenants** doivent :

- utiliser les outils d'évaluation et de requête de services standardisés pour uniformiser l'ensemble des pratiques et faciliter la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle;
- consigner au dossier et communiquer les informations pertinentes à l'ensemble des professionnels et intervenants, pour assurer la continuité informationnelle, p. ex. :
 - transmettre les informations via le dossier de santé numérique commun, lorsqu'un tel dossier est disponible; sinon, utiliser les moyens de communication sécuritaires et confidentiels qui ont été convenus entre les professionnels et les intervenants ou entre les organisations;
 - rendre accessibles les coordonnées de la personne désignée pour assurer la coordination (p. ex. : via un dossier de santé numérique);
 - partager les informations entre les différents professionnels et intervenants par le biais de rencontres formelles, au besoin.

Lorsqu'une requête de services est faite, la communication entre les personnes concernées est essentielle à une transition efficace. Le requérant doit préciser clairement le motif de la demande et les résultats des évaluations et des examens faits à ce jour. Pour sa part, la personne interpellée doit notamment expliquer au requérant :

- les temps d'attente (s'il y a lieu);
- les services rendus;
- les services refusés (s'il y a lieu);
- les autres besoins devant être comblés et les recommandations proposées (s'il y a lieu).

CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

L'obtention du consentement libre et éclairé de la personne vivant avec un TNCM est requise pour partager ses renseignements personnels avec des tiers.

Si un [détenteur du consentement substitué](#) a été désigné en raison de la condition de la personne usagère, le consentement libre et éclairé du décideur substitut doit être obtenu.

Le consentement doit être consigné dans le dossier de la personne usagère. L'obtention du consentement en temps opportun facilite l'accès rapide aux renseignements lors des transitions (p. ex. : visite à l'urgence).

Section 1
Composantes
transversales

Section 2

Section 3

Section 4

SECTION 2. Pratiques générales pour améliorer les soins et services en divers contextes de transition

Cette section présente les pratiques exemplaires visant à améliorer les soins et les services offerts dans le cadre de tout type de transition pour la personne vivant avec un TNCM et ses PPA. Les pratiques permettant d'assurer la continuité des soins et services de première ligne y sont particulièrement mises de l'avant.

Coordination

Pour assurer la continuité des soins et des services, un professionnel devrait être désigné et légitimé afin d'assumer la fonction de coordination (p. ex. : provenant d'un GMF au début de la maladie, puis ultérieurement du SAD).

La personne assurant la coordination :

- assure la liaison entre la personne usagère, ses PPA et les différents professionnels et intervenants;
- fournit à la personne et à ses PPA les informations sur les soins et services requis et disponibles dans le réseau et le milieu communautaire;
- organise le soutien et assure un suivi, particulièrement lors des périodes de transition;
- intervient au besoin, de façon ponctuelle, auprès de la personne ou de ses PPA, en fonction de son champ de compétences cliniques.

Évaluation et réévaluation périodique

La personne assurant la coordination, en collaboration avec les professionnels et intervenants concernés, devrait :

- déterminer les besoins psychosociaux de la personne et de ses PPA, en partenariat avec elles, en évaluant les conditions gériatriques et fonctionnelles (p. ex. : fragilité, état nutritionnel, polypharmacie), l'environnement physique, etc.;
- s'assurer que tous les éléments ayant mené au diagnostic cognitif initial figurent au dossier de la personne usagère (anamnèse, examen clinique et paraclinique, tests cognitifs, etc.), et qu'une évaluation cognitive à jour y apparaisse;
 - L'évaluation cognitive devrait minimalement avoir lieu une fois par année;
- revoir régulièrement les besoins biopsychosociaux de la personne et de ses PPA, en fonction de l'évolution du TNCM.



Planification des soins et des services

La personne assurant la coordination, en collaboration avec les professionnels et intervenants concernés, devrait :

- planifier les soins et les services à rendre, les mettre en œuvre et les revoir régulièrement en partenariat avec la personne et ses PPA, tout en s'assurant que les besoins soient satisfaits en temps opportun par les professionnels et intervenants requis (p. ex. : soins et services du médecin de famille ou IPSPL, du travailleur social, de l'infirmier, de l'ergothérapeute, du nutritionniste, du physiothérapeute, du psychoéducateur, etc.).

Voici des exemples de besoins pour lesquels les professionnels et intervenants des milieux suivants peuvent être sollicités :

- les **professionnels et intervenants du GMF** pour soutenir l'adaptation de la personne et de ses PPA après l'annonce du diagnostic et pour les aider à naviguer dans le réseau;
- les **professionnels et intervenants du SAD du CLSC** pour contribuer au maintien à domicile de la personne et soutenir les PPA;
- les **intervenants des centres de jour** pour favoriser la socialisation, le maintien des capacités physiques et cognitives et, par le fait même, offrir du répit aux PPA;
- l'**équipe ambulatoire de gestion des SCPD** pour de l'aide à la gestion des SCPD modérés ou sévères;
- les **intervenants des organismes communautaires, d'ÉESAD et des services de répit** pour répondre aux besoins de soutien (p. ex. : gestion du deuil blanc), d'information ou de répit;
- consigner les soins et services à rendre dans un **plan de services individualisé (PSI) ou un plan d'intervention interdisciplinaire (PII)**. Le plan choisi devrait inclure une synthèse des objectifs et des moyens pour prévenir le déclin fonctionnel, les chutes, l'épuisement du réseau, ce qui contribue à la préservation de l'autonomie résiduelle de la personne et à son maintien à domicile;
- recueillir et mettre par écrit les commentaires de la personne et de ses PPA sur leur satisfaction quant aux soins et aux services reçus dans le contexte du plan (p. ex. : dans des notes évolutives).

SOUTIEN POUR LES PERSONNES PROCHES AIDANTES

Une référence à la Société Alzheimer ou à l'Appui peut être faite via l'[outil d'aide au partenariat et de référence pour les PPA de personnes âgées](#).

Orienter les PPA vers ces ressources tôt durant le parcours, même en l'absence de besoins clairement formulés, peut contribuer à créer un filet de sécurité pour la personne et ses PPA.



PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

Pour élaborer un plan de services individualisé, il importe de connaître :

- la nature du diagnostic posé;
- l'histoire et le projet de vie de la personne usagère (incluant ses besoins et attentes et ceux de ses PPA);
- la synthèse des résultats des évaluations de la condition physique et psychosociale;
- le profil pharmacologique;
- le profil d'autonomie fonctionnelle;
- l'offre locale de soins et de services.

La situation de la personne vivant avec un TNCM étant généralement complexe ou à risque de le devenir, une rencontre entre cette dernière, ses PPA (s'il y a lieu) et l'équipe de soins doit être organisée (en présentiel ou en virtuel) pour élaborer ce plan. Celui-ci doit faire l'objet d'un consensus et inclure une date de révision.

Les modalités du PSI sont régies par la [Loi sur les services de santé et les services sociaux](#).

Suivi de la thérapie médicamenteuse

Dès le début de la maladie, le **pharmacien communautaire ou du GMF**, en collaboration avec le médecin de famille ou l'IPSP, assure le suivi de la thérapie médicamenteuse, incluant les médicaments prescrits pour le TNCM ou les SCPD. Le pharmacien :

- effectue la surveillance des effets secondaires et optimise la thérapie médicamenteuse :
 - Une révision de la pertinence de poursuivre la thérapie médicamenteuse est suggérée aux 3 à 6 mois.
 - Il est indiqué d'ajuster ou de cesser des médicaments, si cela est requis.
 - Lors de toute modification, il est essentiel d'en informer le médecin traitant.
- propose à la personne et à ses PPA des outils ou des ressources pour faciliter l'adhésion à la thérapie médicamenteuse.

OUTILS LIÉS À LA THÉRAPIE MÉDICAMENTEUSE

Le pharmacien peut consulter les [standards de pratique de son ordre professionnel](#), le [guide d'usage optimal pour le traitement pharmacologique](#) de la maladie d'Alzheimer et de la démence mixte, de l'INESSS, ainsi que le [guide de gestion médicamenteuse](#), du Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des Services Hospitaliers de Gériatrie du Québec (RUSHGQ), qui propose des outils standardisés (p. ex. : les critères de BEERS sur les médicaments potentiellement inappropriés chez les aînés et l'outil STOPP-START).

Section 1

Section 2
Pratiques
générales

Section 3

Section 4

SECTION 3. Pratiques spécifiques au contexte de transition lors d'une visite à l'urgence ou d'un séjour en centre hospitalier

Cette section présente les pratiques exemplaires pour faciliter les transitions, assurant la continuité des soins et des services lors d'une visite à l'urgence ou d'un séjour en centre hospitalier.

Les pratiques sont présentées selon les étapes d'une visite :

1. En prévision d'une visite à l'urgence ou d'une hospitalisation
2. Lorsque la personne quitte son milieu pour se rendre à l'urgence
3. À l'urgence ou durant le séjour en milieu hospitalier
4. Au moment du congé



Section 1

Section 2

Section 3
**Urgence ou
hôpital**

Section 4

En prévision d'une visite à l'urgence ou d'une hospitalisation

La personne désignée pour assurer la coordination, soutenue au besoin par un autre intervenant du GMF, d'un organisme communautaire ou du SAD, aide la personne vivant avec un TNCM ou ses PPA à constituer **la trousse préparatoire à la visite à l'urgence ou à l'hôpital**, qu'elles pourront apporter si elles doivent s'y rendre.



TROUSSE PRÉPARATOIRE À LA VISITE À L'URGENCE OU À L'HÔPITAL

Les Sociétés Alzheimer proposent différentes fiches pour aider les professionnels et intervenants de l'hôpital à mieux accompagner la personne usagère et ses PPA. Ces fiches permettent de consigner par écrit :

- les [renseignements personnels](#) de la personne usagère;
- les [coordonnées des personnes qui la connaissent le mieux](#);
- les [médicaments](#) qu'elle prend (quotidiennement et au besoin);
- ses [volontés](#) (dans la situation où elle ne pourrait plus prendre de décisions pour elle-même).



Lorsque la personne quitte son milieu pour se rendre à l'urgence

Les **responsables des milieux de vie**, tels que les RPA ou CHSLD, partagent avec les services d'urgence les informations cliniques à jour (p. ex. : motif de consultation, conditions de santé de la personne, soins et services prodigués dans le milieu de vie) ainsi que les coordonnées de la personne du milieu de vie à contacter au besoin.

Si le **personnel ambulancier et paramédical** est interpellé, il rappelle à la personne usagère ou à ses PPA d'apporter la trousse préparatoire à la visite à l'urgence ou à l'hôpital. Si la personne habite dans un milieu d'hébergement, le personnel ambulancier et paramédical demande au milieu de lui partager les informations cliniques à jour ainsi que les coordonnées de la personne à contacter au besoin, afin de s'assurer que le personnel du centre hospitalier ait toutes les informations pertinentes à la planification des soins.

À l'urgence ou durant le séjour en milieu hospitalier

Un **intervenant de liaison de l'urgence ou de l'hôpital** est désigné le plus rapidement possible pour accompagner la personne usagère. Ses principales responsabilités sont de l'évaluer, de l'orienter vers les ressources appropriées et de s'assurer de sa prise en charge lors du congé. De concert avec la personne désignée pour assurer la coordination dans la communauté, il planifie la reprise ou la mise en place de services pour un retour sécuritaire dans le milieu de vie ou l'intégration d'un nouveau.

Le plus tôt possible, l'**intervenant de liaison de l'urgence ou de l'hôpital** :

- communique avec la personne désignée pour assurer la coordination, afin de prendre connaissance des informations cliniques pertinentes, incluant les conditions d'un retour à domicile réussi;
- avise le médecin traitant de la présence de la personne usagère, afin de compléter les informations requises pour la planification des soins et services.

Le **personnel soignant** :

- favorise la présence des PPA au chevet de la personne pour contribuer notamment à la continuité informationnelle, à la prévention d'un **délirium** et à une expérience de soins positive;
- porte attention aux comportements pouvant traduire la non-satisfaction des besoins de base (p. ex. : l'envie d'aller à la toilette).

Le **pharmacien de l'hôpital** réalise un [bilan comparatif des médicaments](#) ainsi que l'histoire pharmacothérapeutique.

DÉLIRIUM

Ce syndrome est une complication très fréquente chez les personnes âgées avec un TNCM. Les professionnels et les intervenants peuvent se référer au rapport sur [la prévention, le repérage et la prise en charge du délirium des personnes âgées à l'urgence](#). Le [cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier](#) ainsi que deux aide-mémoires, l'un sur [les interventions pour la clientèle âgée en unités de soins](#) et l'autre sur [les interventions systématiques en salle d'urgence](#), détaillent aussi certaines interventions spécifiques de prévention et de traitement précoce pour les personnes vivant avec un TNCM ou à risque de délirium, qui visent à prévenir un déclin fonctionnel.

Section 1

Section 2

Section 3
**Urgence ou
hôpital**

Section 4

L'**intervenant de liaison de l'urgence ou de l'hôpital**, en collaboration avec la personne usagère et ses PPA, la personne désignée pour assurer la coordination ainsi que les autres professionnels et intervenants concernés, devrait :

- évaluer le risque de réadmission à l'urgence ou à l'hôpital;
- planifier tôt les soins et les services post-congé;
 - effectuer les demandes de soins et services en prévision du congé;
 - utiliser un outil comme le **plan de suivi**;
- planifier les actions à accomplir en cas de détérioration rapide de la condition de la personne après le congé, et les consigner, par exemple, dans un **plan d'urgence**.



PLAN DE SUIVI

Ce plan prévoit, après le congé, des rencontres avec :

- le médecin de famille ou l'IPSPS;
- le pharmacien communautaire;

et lorsque la situation le requiert :

- un intervenant communautaire;
- un professionnel ou intervenant du SAD du CLSC;
- l'équipe ambulatoire de gestion des SCPD.

Les échéanciers doivent être précisés. Selon la complexité et l'urgence de la situation, un suivi peut être indiqué dans les 24 heures suivant le congé, notamment par le prestataire du GMF ou du SAD (selon la progression de la maladie).



PLAN D'URGENCE

Ce plan prévoit les diverses actions à accomplir par la personne usagère ou ses PPA et les professionnels et intervenants du milieu de vie, en cas :

- d'apparition ou de récurrence d'un délirium;
- de chute;
- d'apparition de SPCD;
- de réapparition des symptômes ayant mené à la visite en centre hospitalier.

Il peut inclure, par exemple, des renseignements sur le prestataire à consulter (qui et quand) lorsqu'un problème survient.

PLANIFICATION ET MODALITÉS DU SUIVI POST-CONGÉ

Un plan de suivi doit être convenu avec le GMF avant le départ de l'urgence ou le congé hospitalier, afin de faciliter le suivi avec le médecin de famille ou l'IPSPS.

Différentes modalités de suivi peuvent être utilisées selon la situation. Les suivis peuvent prendre la forme, par exemple, de visites à domicile ou d'appels téléphoniques et être réalisés en co-intervention, au besoin.

La personne désignée pour assurer la coordination est responsable de la mise en œuvre du plan de suivi et du plan d'urgence. Ces derniers devraient être partagés avec les professionnels et intervenants du milieu de vie (p. ex. : RPA, CHSLD).

Au moment du congé

Le **pharmacien de l'urgence ou de l'hôpital** met à jour la liste des médicaments que la personne doit prendre et justifie les modifications, s'il y a lieu.

L'intervenant de liaison de l'urgence ou de l'hôpital :

- vérifie que les informations cliniques pertinentes, incluant toute prescription et la liste des médicaments, ont été systématiquement communiquées au médecin traitant, à l'IPSP, à la pharmacie communautaire et aux professionnels et intervenants du SAD, s'il y a lieu;
- explique verbalement le plan de suivi et le plan d'urgence à la personne usagère et à ses PPA, leur remet une version écrite (adaptée au fonctionnement cognitif de la personne) et s'assure de leur compréhension des actions à poser, incluant la prise de médication;
- communique avec la personne désignée pour assurer la coordination du suivi post-congé.



FEUILLE SOMMAIRE D'HOSPITALISATION

Lorsque la personne usagère a été hospitalisée, les informations cliniques pertinentes et la liste des médicaments à jour doivent être consignées dans la [feuille sommaire d'hospitalisation](#), remplie sans délai par le médecin de l'unité hospitalière et le pharmacien de l'hôpital.

Pour la personne vivant avec un TNCM, il peut être particulièrement pertinent de documenter les aspects cognitif et comportemental ainsi que l'autonomie fonctionnelle au congé.

La personne assurant la coordination, en collaboration avec les professionnels et intervenants concernés :

- intègre le plan de suivi et le plan d'urgence aux autres plans de la personne usagère (PSI, PII ou plan d'intervention [PI]);
- s'assure de l'accomplissement, au moment opportun, des actions inscrites aux différents plans.

CONSIDÉRATION PARTICULIÈRE : ANTIPSYCHOTIQUES

Porter une attention particulière aux personnes ayant une prescription de médicaments antipsychotiques. Au besoin, consulter les [outils sur l'usage optimal des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNCM ayant un SCPD](#).

CONSIDÉRATION PARTICULIÈRE : PATIENTS ORPHELINS

Porter une attention particulière aux personnes sans médecin de famille, afin qu'elles reçoivent les suivis requis (p. ex. : en les orientant vers le [Guichet d'accès à la première ligne](#)).

Section 1

Section 2

Section 3
**Urgence ou
hôpital**

Section 4

SECTION 4. Pratiques spécifiques au contexte de transition lors de l'intégration dans un nouveau milieu de vie

Cette quatrième et dernière section présente les pratiques exemplaires facilitant l'intégration de la personne vivant avec un TNCM dans un nouveau milieu de vie. Cela inclut, entre autres, les RPA et les milieux d'hébergement temporaire et de longue durée.

Les pratiques sont présentées selon les étapes de l'intégration :

1. Dès qu'un changement de milieu de vie est présagé
2. Une fois le nouveau milieu de vie choisi et l'admissibilité confirmée
3. Lors de l'intégration dans le nouveau milieu de vie



Cette transition peut se vivre à partir du domicile ou d'autres milieux de vie, tels que les RPA, d'où l'importance que tous les professionnels et intervenants concernés collaborent et se partagent les responsabilités, en temps opportun, pour la faciliter.

De plus, tout au long du processus de transition, les professionnels et intervenants doivent offrir du soutien émotionnel à la personne et à ses PPA, pour les accompagner le mieux possible dans ce changement important.



Dès qu'un changement de milieu de vie est présagé

Pour accompagner la personne dans la transition vers un nouveau milieu de vie, **la personne désignée pour assurer la coordination, aidée au besoin d'autres professionnels et intervenants concernés**, devrait :

- discuter des besoins, valeurs et préférences en matière d'hébergement avec la personne usagère et ses PPA;
- présenter les différentes options d'hébergement répondant aux attentes et besoins actuels et futurs de la personne, et fournir toutes les informations qui s'y rattachent;

MÉCANISME D'ACCÈS À L'HÉBERGEMENT

Des rôles et responsabilités plus spécifiques sont attribués aux professionnels et intervenants dans [le cadre de référence sur le mécanisme d'accès à l'hébergement en centres d'hébergement et de soins de longue durée et en RI-RTF pour aînés](#).

- suggérer de visiter les divers milieux de vie envisagés, lorsque cela est possible, ou utiliser des moyens de remplacement (p. ex. : visite virtuelle, visionnement de capsule vidéo, consultation de guide d'accueil, etc.) pour éclairer la prise de décision;
- soutenir la personne et ses PPA dans les démarches d'admission dans le milieu choisi.

Une fois le nouveau milieu de vie choisi et l'admissibilité confirmée

La personne désignée pour assurer la coordination devrait :

- communiquer aux professionnels et intervenants du nouveau milieu de vie les informations pertinentes sur le projet de vie de la personne (p. ex. : sur les routines décrites dans l'histoire de vie et les préférences liées aux activités de loisirs, au niveau d'intervention médicale et aux soins de fin de vie);
- transmettre aux professionnels et intervenants du nouveau milieu de vie les autres informations nécessaires, p. ex. :
 - le résumé du dossier médical (celui du GMF, celui du SAD si la personne usagère y était connue et celui lié à l'épisode d'hospitalisation conduisant à la relocalisation, si c'est le cas), incluant les notes des services spécialisés (SCPD et clinique de mémoire);
 - la liste des médicaments à jour, incluant ceux en vente libre et les produits de santé naturels;
 - les résultats de la dernière évaluation fonctionnelle;
 - le PSI ou le PII à jour et les recommandations les plus récentes des professionnels impliqués (travailleur social, physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, etc.).

OUTILS POUR LA TRANSITION VERS UN NOUVEAU MILIEU DE VIE

Plusieurs outils peuvent faciliter cette transition, comme l'[outil pour bien choisir où vieillir](#) ou les outils pour [préparer le déménagement](#) et [s'adapter après le déménagement](#).

Le milieu d'hébergement peut aussi remettre un guide d'accueil et d'accompagnement au futur résident avant son intégration ([exemple de guide d'accueil](#)). Une fiche de son histoire de vie devrait également être placée en évidence dans sa chambre, avec le consentement de la personne, pour permettre au personnel de mieux la connaître, de personnaliser ses soins et d'entamer plus facilement des conversations avec elle, ce qui contribue à préserver les capacités cognitives résiduelles.

Section 1

Section 2

Section 3

Section 4
Nouveau milieu de vie

Lors de l'intégration dans le nouveau milieu de vie

Un **intervenant du nouveau milieu** (qui est parfois un préposé aux bénéficiaires) s'assure que la personne usagère et ses PPA comprennent bien le fonctionnement du nouveau milieu et les services offerts. Cet intervenant agit aussi à titre de personne-ressource à l'intérieur du nouveau milieu.

Les professionnels et intervenants du nouveau milieu de vie doivent :

- surveiller les signes d'installation d'un délirium;
- laisser un temps d'adaptation à la personne avant de juger de la réussite de la transition dans le nouveau milieu de vie;
- s'assurer que les soins offerts s'ajustent à l'évolution du niveau de fonctionnement et des besoins de la personne vivant avec un TNCM et de ses PPA, et demeurent conformes aux valeurs et aux préférences exprimées par celles-ci;
- réaliser une réévaluation annuelle des capacités fonctionnelles et des besoins de la personne, celle-ci étant essentielle pour s'assurer de la pertinence des soins et services offerts. Un changement considérable dans l'autonomie peut également justifier une réévaluation;
- intégrer la personne aux activités occupationnelles et de loisirs en fonction de ses champs d'intérêt, inviter ses PPA à y participer si toutes les parties le souhaitent et ajuster les activités en fonction de la satisfaction de la personne et de ses PPA;
- communiquer, au besoin, avec la personne désignée pour assurer la coordination, par exemple en cas de détérioration de la condition qui pourrait entraîner un changement de milieu de vie.

RÉSUMÉ DES PRATIQUES DU GUIDE

Les soins et les services en contexte de transition correspondent à un ensemble d’actions accomplies pour assurer la continuité des soins et des services.

Composantes transversales

Renforcement des compétences professionnelles

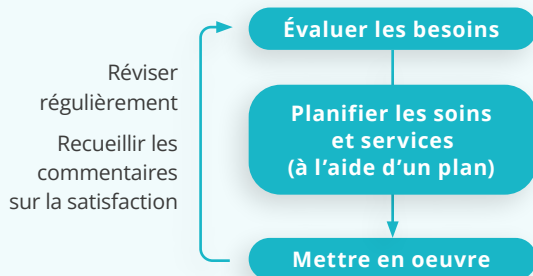
Approche de partenariat et prise de décision partagée

Partage d’informations entre les professionnels et intervenants



Pratiques générales en divers contextes de transition

Une **coordination** dès le diagnostic et pour toute la durée du parcours de vie



Rôle clé de la personne désignée pour assurer la **coordination**

La **mobilisation** de tous les professionnels et intervenants en temps opportun

- Groupe de médecine de famille (GMF)
- CLSC (Soutien à domicile)
- Pharmacie
- Centre hospitalier
- Clinique de mémoire
- Milieu d’hébergement
- Équipe ambulatoire
- Organisme communautaires et entreprise d’économie sociale
- Services ambulanciers paramédicaux

Suivi de la thérapie **médicamenteuse**

Surveiller les effets secondaires

Optimiser

Soutenir l’adhésion



Pratiques lors d’un épisode de soins en centre hospitalier

En prévision d’une visite

- Constituer la trousse préparatoire

Avant l’arrivée

- Communiquer les informations cliniques à jour



Durant le séjour

- Favoriser la présence des proches au chevet
- Évaluer les conditions pour un retour à domicile réussi et le risque de réadmission
- Réaliser un bilan comparatif des médicaments
- Planifier les soins et services post-congé
- Planifier les actions en cas de détérioration de la condition après le congé

Au moment du congé

- Mettre à jour la liste de médicaments
- Remplir la feuille sommaire d’hospitalisation
- Partager les informations aux professionnels et intervenants à l’externe, à la personne et à ses proches aidants
- Ajuster le plan de soins et services
- Assurer un suivi par les professionnels requis

Rôle clé de l’intervenant de liaison

Pratiques lors de l’intégration dans un nouveau milieu de vie

Dès qu’un changement est présagé

- Discuter des besoins, valeurs et préférences
- Présenter les options
- Suggérer de visiter les milieux
- Soutenir dans les démarches d’admission

Lorsque le nouveau milieu est choisi

- Partager les informations pertinentes au nouveau milieu, incluant le projet de vie



Lors de l’intégration

- Surveiller les signes d’installation d’un délirium
- Évaluer l’adaptation au nouveau milieu
- Adapter le plan de soins et services selon l’évolution
- Intégrer la personne aux activités de loisirs

Soutien **émotionnel** et **accompagnement**

LISTE DES RESSOURCES CITÉES DANS CE GUIDE

INTRODUCTION
Repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs (rapport et outils de transfert des connaissances) Source : Site Web de l'INESSS
Processus clinique interdisciplinaire – services de proximité en GMF troubles neurocognitifs légers et majeurs (TNCL-TNCM) (guide) Source : Site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Orientations ministérielles sur les troubles neurocognitifs majeurs phase 3 (document) Source : Site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Équipe ambulatoire symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : Les paramètres organisationnels (rapport) Source : Site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Clinique de mémoire : Les paramètres organisationnels (rapport) Source : Site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
SECTION 1. Composantes transversales des soins et services en contexte de transition
Développement professionnel (page Web avec modules de formation et d'apprentissage en ligne) Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada
Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial (plateforme pour la formation continue) Source : Site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Mandat des ressources territoriales en soins infirmiers et des travailleurs sociaux en soutien au déploiement du Plan ministériel sur les troubles neurocognitifs majeurs (document) Source : Site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Le deuil blanc : Ressource pour les personnes atteintes de l'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et leurs proches (document) Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada
Le deuil blanc : Ressource pour les fournisseurs de soins de santé (document) Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada
La communication (fiche d'information) Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada
Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux (cadre de référence) Source : Site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Les étapes clés associées à la prise de décision partagée (capsule vidéo) Source : Site Web de l'INESSS
Prise de décision : respecter le choix individuel (fiche d'information) Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada
Planifier l'avenir (page Web contenant de l'information sur le détenteur du consentement substitué) Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada

SECTION 2. Pratiques générales pour améliorer les soins et services en divers contextes de transition

Outil d'aide au partenariat et de référence pour les personnes proches aidantes de personnes âgées (formulaire de référence en ligne)

Source : Site Web de Référence aidance Québec

Loi sur les services de santé et les services sociaux (texte de loi)

Source : Site Web Les publications du Québec

Standards de pratique (document)

Source : Site Web de l'Ordre des pharmaciens du Québec

Guide d'usage optimal pour le traitement pharmacologique de la maladie d'Alzheimer et de la démence mixte (guide)

Source : Site Web de l'INESSS

Guide de gestion médicamenteuse en UCDG - Première section : Principes généraux (guide)

Source : Site Web du Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec

SECTION 3. Pratiques spécifiques au contexte de transition lors d'une visite à l'urgence ou d'un séjour en centre hospitalier

Préparez-vous à une visite à l'urgence : Renseignements personnels, Qui me connaît le mieux, Mes médicaments, Mes volontés (fiches de la trousse préparatoire à une visite à l'hôpital)

Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada

Bilan comparatif des médicaments : Recueil de politiques et procédures (document)

Source : Site Web de l'Ordre des pharmaciens du Québec

Délirium chez les personnes âgées à l'urgence : prévention, évaluation et prise en charge (guide)

Source : Site Web de l'INESSS

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence, aide-mémoire sur les interventions pour la clientèle âgée en unités de soins, aide-mémoire sur les interventions systématiques en salle d'urgence pour toute la clientèle âgée (Cadre de référence et aide-mémoires)

Source : Site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Feuille sommaire d'hospitalisation (formulaire)

Source : Site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée (avis et outils de transfert des connaissances)

Source : Site Web de l'INESSS

Guichet d'accès à la première ligne (Site Web)

Source : Site Web du gouvernement du Québec

SECTION 4. Pratiques spécifiques au contexte de transition lors de l'intégration dans un nouveau milieu de vie
Mécanisme d'accès à l'hébergement en centres d'hébergement et de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial pour aînés - Cadre de référence provincial (cadre de référence) Source : Site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Pour recevoir les soins et services dont j'ai besoin, devrais-je rester chez moi ou déménager ? (outil d'aide à la décision) Source : Site Web de la Chaire de recherche du Canada sur la décision partagée et l'application des connaissances
Soins de longue durée : Préparer le déménagement (fiche d'information) Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada
Soins de longue durée : S'adapter après le déménagement (fiche d'information) Source : Site Web de la Société Alzheimer du Canada
Votre histoire se poursuit : Guide d'accueil et d'accompagnement à l'intention des résidents et de leurs proches (guide) Source : Site Web du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale