


## Initier un bilan sanguin à la suite du repérage de symptômes et signes suggestifs d'un trouble neurocognitif léger ou majeur

Annexes complémentaires au rapport en soutien au protocole médical et au modèle d'ordonnance collective

Une production de l'Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux (INESSS)

Direction du médicament





## Initier un bilan sanguin à la suite du repérage de symptômes et signes suggestifs d'un trouble neurocognitif léger ou majeur

Annexes complémentaires au rapport en soutien au protocole médical et au modèle d'ordonnance collective

Le présent document contient les annexes complémentaires au rapport en soutien au protocole médical national intitulé *Initier un bilan sanguin à la suite du repérage de symptômes et signes suggestifs d'un trouble neurocognitif léger ou majeur* et modèle d'ordonnance collective associée.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ces annexes et le rapport final sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

## **Renseignements**

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5e étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
Téléphone : 418 643-1339  
Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
Téléphone : 514 873-2563  
Télécopieur : 514 873-1369

[inesss@inesss.qc.ca](mailto:inesss@inesss.qc.ca)  
[www.inesss.qc.ca](http://www.inesss.qc.ca)

## **Responsabilité**

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation du rapport en soutien au protocole médical national intitulé *Initier un bilan sanguin à la suite du repérage de symptômes et signes suggestifs d'un trouble neurocognitif léger ou majeur* et modèle d'ordonnance collective associée aux lecteurs qui désirent plus de détails sur sa démarche scientifique.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

# TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE A.....	1
Stratégie de recherche de l'information .....	1
ANNEXE B.....	7
Critères d'inclusion et d'exclusion des documents.....	7
ANNEXE C .....	8
Sélection des documents .....	8
ANNEXE D .....	9
Liste des documents exclus et raisons d'exclusion.....	9
ANNEXE E.....	11
Traitement des commentaires des lecteurs externes.....	11
ANNEXE F .....	33
Sondage futurs utilisateurs .....	33
ANNEXE G .....	36
Résultats du sondage auprès des futurs utilisateurs.....	36
ANNEXE H .....	39
Mandat du comité consultatif.....	39
ANNEXE I .....	40
Mandat du comité d'excellence clinique en usage optimal du médicament, des protocoles médicaux nationaux et ordonnances.....	40

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau B-1 : Critères d'inclusion et d'exclusion des documents .....	7
Tableau D-1 : Liste des documents et raison d'exclusion .....	9
Tableau E-1 Traitement des commentaires des lecteurs externes .....	11

## LISTE DES FIGURES

Figure C.1. Diagramme de flot .....	8
-------------------------------------	---



# ANNEXE A

## Stratégie de recherche de l'information

### Bases de données bibliographiques

PubMed (NLM) Date du repérage : mai 2019 Limites : 2014- ; anglais, français	
#1	Alzheimer Disease/diagnosis[majr] OR Cognition Disorders/diagnosis[majr] OR Dementia/diagnosis[majr] OR Frontotemporal Lobar Degeneration/diagnosis[majr] OR Lewy Body Disease/diagnosis[majr] OR Memory Disorders/diagnosis[majr] OR Parkinson Disease/diagnosis[majr] OR Parkinsonian Disorders/diagnosis[majr]
#2	Alzheimer Disease/drug therapy[majr] OR Cognition Disorders/drug therapy[majr] OR Dementia/drug therapy[majr] OR Frontotemporal Lobar Degeneration/drug therapy[majr] OR Lewy Body Disease/drug therapy[majr] OR Memory Disorders/drug therapy[majr] OR Parkinson Disease/drug therapy[majr] OR Parkinsonian Disorders/drug therapy[majr]
#3	#1 OR #2
#4	alzheimer*[ti] OR alzheimer*[ti] OR amentia[ti] OR cognition disorder*[ti] OR cognitive decline*[ti] OR cognitive defect*[ti] OR cognitive deficit[ti] OR cognitive disabilit*[ti] OR cognitive disorder*[ti] OR cognitive dysfunction*[ti] OR cognitive impairment*[ti] OR cognitive performance*[ti] OR dement*[ti] OR diffuse cortical sclerosis[ti] OR (frontotemporal[ti] AND lobar[ti] AND degeneration*[ti]) OR hemiparkinsonism[ti] OR (lewy[ti] AND bod*[ti]) OR memory blocking[ti] OR memory decline*[ti] OR memory defect*[ti] OR memory deficit[ti] OR memory disabilit*[ti] OR memory disorder*[ti] OR memory dysfunction*[ti] OR memory impairment*[ti] OR memory performance[ti] OR neurocognitive disorder*[ti] OR overinclusion[ti] OR paralysis agitans[ti] OR parkinson[ti] OR parkinsonian[ti] OR parkinsonism[ti] OR pick complex[ti] OR "pick's complex"[ti] OR response interference[ti]
#5	alzheimer*[ot] OR alzheimer*[ot] OR amentia[ot] OR cognition disorder*[ot] OR cognitive decline*[ot] OR cognitive defect*[ot] OR cognitive deficit[ot] OR cognitive disabilit*[ot] OR cognitive disorder*[ot] OR cognitive dysfunction*[ot] OR cognitive impairment*[ot] OR cognitive performance*[ot] OR dement*[ot] OR diffuse cortical sclerosis[ot] OR (frontotemporal[ot] AND lobar[ot] AND degeneration*[ot]) OR hemiparkinsonism[ot] OR (lewy[ot] AND bod*[ot]) OR memory blocking[ot] OR memory decline*[ot] OR memory defect*[ot] OR memory deficit[ot] OR memory disabilit*[ot] OR memory disorder*[ot] OR memory dysfunction*[ot] OR memory impairment*[ot] OR memory performance[ot] OR neurocognitive disorder*[ot] OR overinclusion[ot] OR paralysis agitans[ot] OR parkinson[ot] OR parkinsonian[ot] OR parkinsonism[ot] OR pick complex[ot] OR "pick's complex"[ot] OR response interference[ot]
#6	#4 OR #5
#7	Acetylcholinesterase[majr] OR Cholinesterase Inhibitors[majr] OR Donepezil[majr] OR Galantamine[majr] OR Memantine[majr] OR Rivastigmine[majr]
#8	acetyl cholinesterase[ti] OR acetylcholine acetyl hydrolase[ti] OR acetylcholine acetylhydrolase[ti] OR acetylcholine esterase[ti] OR acetylcholine hydrolase[ti] OR acetylcholinehydrolase[ti] OR acetylcholinesterase[ti] OR acetylthiocholinesterase[ti] OR bovine erythrocyte cholinesterase[ti] OR choline acetylcholinesterase[ti] OR cholinesterase 1[ti] OR erythrocyte cholinesterase[ti] OR trans acetylcholinesterase[ti] OR true cholinesterase[ti]
#9	acetyl cholinesterase[ot] OR acetylcholine acetyl hydrolase[ot] OR acetylcholine acetylhydrolase[ot] OR acetylcholine esterase[ot] OR acetylcholine hydrolase[ot] OR acetylcholinehydrolase[ot] OR acetylcholinesterase[ot] OR acetylthiocholinesterase[ot] OR bovine erythrocyte cholinesterase[ot] OR choline acetylcholinesterase[ot] OR cholinesterase 1[ot] OR erythrocyte cholinesterase[ot] OR trans acetylcholinesterase[ot] OR true cholinesterase[ot]
#10	acetylcholinestase inhibitor*[ti] OR acetylcholinesterase inhibitor*[ti] OR anti-cholinesterase*[ti] OR anticholesterinase[ti] OR anticholinesterase*[ti] OR cholinesterase blocker[ti] OR cholinesterase blocking agent[ti] OR cholinesterase inhibiting agent[ti] OR cholinesterase inhibitor*[ti] OR phosphoorganic choline esterase inhibitor[ti]

#11	acetylcholinestase inhibitor*[ot] OR acetylcholinesterase inhibitor*[ot] OR anti-cholinesterase*[ot] OR anticholinesterase*[ot] OR anticholesterinase[ot] OR aricept[ot] OR cholinesterase blocker[ot] OR cholinesterase blocking agent[ot] OR cholinesterase inhibiting agent[ot] OR cholinesterase inhibitor*[ot] OR donepezil*[ot] OR phosphoorganic choline esterase inhibitor[ot] OR
#12	aricept[ti] OR asenta[ti] OR doneliquid geriasan[ti] OR donepezil*[ti] OR e 2020[ti] OR e2020[ti] OR eranz[ti] OR memac[ti] OR memorit[ti]
#13	aricept[ot] OR asenta[ot] OR doneliquid geriasan[ot] OR donepezil*[ot] OR e 2020[ot] OR e2020[ot] OR eranz[ot] OR memac[ot] OR memorit[ot]
#14	acumor[ti] OR alenzo[ti] OR aneprosil[ti] OR bergal[ti] OR consion[ti] OR elmino[ti] OR galantamin*[ti] OR galantex[ti] OR galanthamine[ti] OR galanthen[ti] OR galanyl[ti] OR galatamin[ti] OR galatamina[ti] OR galema[ti] OR galnora[ti] OR galsya[ti] OR gamyl[ti] OR gatalin[ti] OR gazylan[ti] OR girlamen[ti] OR jilkon[ti] OR lotprosin[ti] OR loxifren[ti] OR luventa[ti] OR lycoremin[ti] OR lycoremine[ti] OR margal[ti] OR masparen[ti] OR memoton life[ti] OR memoton-life[ti] OR micol[ti] OR natagal[ti] OR nivalin[ti] OR nivaline[ti] OR razadyne[ti] OR reminyl[ti] OR spegal[ti] OR vertusal[ti] OR zentan[ti] OR zoroflog[ti]
#15	acumor[ot] OR alenzo[ot] OR aneprosil[ot] OR bergal[ot] OR consion[ot] OR elmino[ot] OR galantamin*[ot] OR galantex[ot] OR galanthamine[ot] OR galanthen[ot] OR galanyl[ot] OR galatamin[ot] OR galatamina[ot] OR galema[ot] OR galnora[ot] OR galsya[ot] OR gamyl[ot] OR gatalin[ot] OR gazylan[ot] OR girlamen[ot] OR jilkon[ot] OR lotprosin[ot] OR loxifren[ot] OR luventa[ot] OR lycoremin[ot] OR lycoremine[ot] OR margal[ot] OR masparen[ot] OR memoton life[ot] OR memoton-life[ot] OR micol[ot] OR natagal[ot] OR nivalin[ot] OR nivaline[ot] OR razadyne[ot] OR reminyl[ot] OR spegal[ot] OR vertusal[ot] OR zentan[ot] OR zoroflog[ot]
#16	(amino[ti] AND dimethyladamantane[ti]) OR akatinol[ti] OR axura[ti] OR d-145[ti] OR d145[ti] OR (dimethyl[ti] AND (adamantanamine[ti] OR aminoadamantane[ti] OR adamantamine[ti] OR adamantanamine[ti])) OR dimethylaminoadamantane[ti] OR ebix[ti] OR ebixa[ti] OR ebixza[ti] OR marixino[ti] OR maruxa[ti] OR memantin*[ti] OR namenda[ti] OR nemdatine[ti] OR nsc 102290[ti] OR nsc102290[ti]
#17	(amino[ot] AND dimethyladamantane[ot]) OR akatinol[ot] OR axura[ot] OR d-145[ot] OR d145[ot] OR (dimethyl[ot] AND (adamantanamine[ot] OR aminoadamantane[ot] OR adamantamine[ot] OR adamantanamine[ot])) OR dimethylaminoadamantane[ot] OR ebix[ot] OR ebixa[ot] OR ebixza[ot] OR marixino[ot] OR maruxa[ot] OR memantin*[ot] OR namenda[ot] OR nemdatine[ot] OR nsc 102290[ot] OR nsc102290[ot]
#18	ena 713[ti] OR ena713[ti] OR exelon[ti] OR nimvastid[ti] OR prometax[ti] OR rivastigmin*[ti] OR sdz 212 713[ti] OR sdz 212-713[ti] OR sdz 212713[ti] OR sdz212 713[ti] OR sdz212-713[ti] OR sdz212713[ti]
#19	ena 713[ot] OR ena713[ot] OR exelon[ot] OR nimvastid[ot] OR prometax[ot] OR rivastigmin*[ot] OR sdz 212 713[ot] OR sdz 212-713[ot] OR sdz 212713[ot] OR sdz212 713[ot] OR sdz212-713[ot] OR sdz212713[ot]
#20	assess*[ti] OR detect*[ti] OR diagnos*[ti] OR evaluat*[ti] OR examin*[ti] OR management[ti] OR recogni*[ti] OR screen*[ti]
#21	assess*[ot] OR detect*[ot] OR diagnos*[ot] OR evaluat*[ot] OR examin*[ot] OR management[ot] OR recogni*[ot] OR screen*[ot]
#22	drug therap*[ti] OR treatment*[ti]
#23	drug therap*[ot] OR treatment*[ot]
#24	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23
#25	#3 OR (#6 AND #24)
#26	Algorithms[majr] OR Clinical Conference[pt] OR Clinical Protocols[majr] OR Consensus[majr] OR Consensus Development Conference, NIH[pt] OR Consensus Development Conference[pt] OR Consensus Development Conferences, NIH as topic[majr] OR Consensus Development Conferences as Topic[majr] OR Critical Pathways[majr] OR Guideline[pt] OR Guidelines as Topic[majr] OR Health Planning Guidelines[majr] OR Practice Guidelines as Topic[majr] OR Practice Guideline[pt] OR Systematic Review[pt]
#27	algorithm*[ti] OR best evidence[ti] OR best practice*[ti] OR (best[ti] AND practice*[ti]) OR CPG[ti] OR CPGs[ti] OR clinical path[ti] OR clinical paths[ti] OR clinical pathway*[ti] OR clinical protocol*[ti] OR committee opinion*[ti] OR consens*[ti] OR critical pathway*[ti] OR critical review*[ti] OR evidence base*[ti] OR evidence report*[ti] OR evidence synthes*[ti] OR gold standard*[ti] OR guidance*[ti] OR guideline*[ti] OR guide line*[ti] OR policy statement*[ti] OR position statement*[ti] OR practical guide*[ti] OR practice based evidence[ti] OR practice parameter*[ti] OR practice pathway*[ti] OR protocol[ti] OR protocols[ti] OR recommend*[ti] OR research evidence*[ti] OR standard*[ti] OR statement*[ti]

#28	integrative review*[ti] OR integrative overview*[ti] OR integrative literature review*[ti] OR meta review*[ti] OR metareview*[ti] OR overview of review*[ti] OR overviews of review*[ti] OR quantitative review*[ti] OR quantitative overview*[ti] OR (review[tw] AND (medline[ti] OR pubmed[ti]) AND (cinahl[ti] OR cochrane[ti] OR embase[ti] OR psycinfo[ti])) OR (systematic*[ti] AND (review*[ti] OR overview*[ti] OR search*[ti] OR research*[ti])) OR umbrella review*[ti]
#29	Case Reports[pt] OR Comment[pt] OR Editorial[pt] OR Letter[pt] OR case report*[ti] OR comment*[ti] OR reply[ti] OR replies[ti] OR editorial*[ti] OR letter*[ti]
#30	(#26 OR #27 OR #28) NOT #29
#31	#25 AND #30
#32	animals[mh:noexp] NOT (humans[mh:noexp] AND animals[mh:noexp])
#33	#31 NOT #32

\* troncature; / qualificatif de descripteur; [majr] descripteur sujet principal; [mh:noexp] descripteur sujet sans inclusion de ses termes spécifiques; [ot] mot-clé de terme de l'auteur; [pt] type de publication; [ti] titre

Embase (Ovid)	
Date du repérage : mai 2019	
Limites : 2014- ; anglais, français	
1	*Alzheimer Disease/di,dt OR *Cognitive Defect/di,dt OR *Dementia/di,dt OR *Multiinfarct Dementia/di,dt OR *Frontotemporal Dementia/di,dt OR *Diffuse Lewy Body Disease/di,dt OR *Memory Disorder/di,dt OR *Parkinson Disease/di,dt OR *Parkinsonism/di,dt
2	(alzeimer* OR alzheimer* OR amentia OR cognition disorder* OR cognitive decline* OR cognitive defect* OR cognitive deficit OR cognitive disabilit* OR cognitive disorder* OR cognitive dysfunction* OR cognitive impairment* OR cognitive performance* OR dement* OR diffuse cortical sclerosis OR (frontotemporal AND lobar AND degeneration*) OR hemiparkinsonism OR (lewy AND bod*) OR memory blocking OR memory decline* OR memory defect* OR memory deficit OR memory disabilit* OR memory disorder* OR memory dysfunction* OR memory impairment* OR memory performance OR neurocognitive disorder* OR overinclusion OR paralysis agitans OR parkinson OR parkinsonian OR parkinsonism OR pick complex OR "pick's complex" OR response interference).ti,kw.
3	*Acetylcholinesterase/ OR *Cholinesterase Inhibitor/ OR *Donepezil/ OR *Galantamine OR *Memantine/ OR *Rivastigmine/
4	(acetyl cholinesterase OR acetylcholine acetyl hydrolase OR acetylcholine acetylhydrolase OR acetylcholine esterase OR acetylcholine hydrolase OR acetylcholinehydrolase OR acetylcholinesterase OR acetylthiocholinesterase OR bovine erythrocyte cholinesterase OR choline acetylcholinesterase OR cholinesterase 1 OR erythrocyte cholinesterase OR trans acetylcholinesterase OR true cholinesterase).ti,kw.
5	(acetylcholinestase inhibitor* OR acetylcholinesterase inhibitor* OR anti-cholinesterase* OR anticholinesterinase OR anticholinesterase* OR cholinesterase blocker OR cholinesterase blocking agent OR cholinesterase inhibiting agent OR cholinesterase inhibitor* OR phosphoorganic choline esterase inhibitor).ti,kw.
6	(aricept OR asenta OR doneliquid geriasan OR donepezil* OR e 2020 OR e2020 OR eranz OR memac OR memorit).ti,kw.
7	(acumor OR alenzo OR aneprosil OR bergal OR consion OR elmino OR galantamin* OR galantex OR galanthamine OR galanthen OR galanyl OR galatamin OR galatamina OR galema OR galnora OR galsya OR gamyl OR gatalin OR gazylan OR girlamen OR jilkon OR lotprosin OR loxifren OR luventa OR lycoremin OR lycoremine OR margal OR masparen OR memoton life OR memoton-life OR micol OR natagal OR nivalin OR nivaline OR razadyne OR reminyl OR spegal OR vertusal OR zentan OR zoroflog).ti,kw.
8	((amino AND dimethyladamantane) OR akatinol OR axura OR d-145 OR d145 OR (dimethyl AND (adamantanamine OR aminoadamantane OR adamantamine OR adamantanamine)) OR dimethylaminoadamantane OR ebix OR ebixa OR ebixza OR marixino OR maruxa OR memantin* OR namenda OR nemdatine OR nsc 102290 OR nsc102290).ti,kw.
9	(ena 713 OR ena713 OR exelon OR nimvastid OR prometax OR rivastigmin* OR sdz 212 713 OR sdz 212-713 OR sdz 212713 OR sdz212 713 OR sdz212-713 OR sdz212713).ti,kw.
10	(assess* OR detect* OR diagnos* OR evaluat* OR examin* OR management OR recogni* OR screen*).ti,kw.
11	(drug therap* OR treatment*).ti,kw.

12	OR/3-11
13	1 OR (2 AND 12)
14	*Algorithm/ OR *Consensus/ OR *Consensus Development/ OR *Clinical Pathway/ OR *Clinical Protocol/ OR *Health Care Planning/ OR *Practice Guideline/ OR *Systematic Review/ OR **Systematic Review (topic)"/
15	(algorithm* OR best evidence OR (best ADJ3 practice*) OR CPG OR CPGs OR clinical path OR clinical paths OR (clinical ADJ3 pathway*) OR clinical protocol* OR committee opinion* OR consens* OR (critical ADJ3 pathway*) OR evidence base* OR evidence report* OR evidence syntheses* OR gold standard* OR guidance* OR guideline* OR guide line* OR integrative review* OR integrative overview* OR integrative literature review* OR meta review* OR metareview* OR overview of review* OR overviews of review* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice based evidence OR practice parameter* OR practice pathway* OR protocol* OR quantitative review* OR quantitative overview* OR recommend* OR research evidence* OR standard* OR statement* OR (systematic* AND (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR umbrella review*).ti.
16	review.tw. AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti.
17	Case Report/ OR Editorial/ OR Letter/
18	(case report* OR comment* OR editorial* OR letter* OR replies OR reply).ti.
19	(14 OR 15 OR 16) NOT (17 OR 18)
20	13 AND 19
21	nonhuman/ NOT (human/ AND nonhuman/)
22	20 NOT 21

**EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database**  
**Date du repérage : mai 2019**  
**Limites : 2014-**

1	(alzheimer* OR alzheimer* OR amentia OR cognition disorder* OR cognitive decline* OR cognitive defect* OR cognitive deficit OR cognitive disabilit* OR cognitive disorder* OR cognitive dysfunction* OR cognitive impairment* OR cognitive performance* OR dement* OR diffuse cortical sclerosis OR (frontotemporal AND lobar AND degeneration*) OR hemiparkinsonism OR (lewy AND bod*) OR memory blocking OR memory decline* OR memory defect* OR memory deficit OR memory disabilit* OR memory disorder* OR memory dysfunction* OR memory impairment* OR memory performance OR neurocognitive disorder* OR overinclusion OR paralysis agitans OR parkinson OR parkinsonian OR parkinsonism OR pick complex OR "pick's complex" OR response interference).ti,kw.
2	(acetyl cholinesterase OR acetylcholine acetyl hydrolase OR acetylcholine acetylhydrolase OR acetylcholine esterase OR acetylcholine hydrolase OR acetylcholinehydrolase OR acetylcholinesterase OR acetylthiocholinesterase OR bovine erythrocyte cholinesterase OR choline acetylcholinesterase OR cholinesterase 1 OR erythrocyte cholinesterase OR trans acetylcholinesterase OR true cholinesterase).ti,kw.
3	(acetylcholinestase inhibitor* OR acetylcholinesterase inhibitor* OR anti-cholinesterase* OR anticholesterinase OR anticholinesterase* OR cholinesterase blocker OR cholinesterase blocking agent OR cholinesterase inhibiting agent OR cholinesterase inhibitor* OR phosphoorganic choline esterase inhibitor).ti,kw.
4	(aricept OR asenta OR doneliquid geriasan OR donepezil* OR e 2020 OR e2020 OR eranz OR memac OR memorit).ti,kw.
5	(acumor OR alenzo OR aneprosil OR bergal OR consion OR elmino OR galantamin* OR galantex OR galanthamine OR galanthen OR galanyl OR galatamin OR galatamina OR galema OR galnora OR galsya OR gamyl OR gatalin OR gazylan OR girlamen OR jilkon OR lotprosin OR loxifren OR luventa OR lycoremin OR lycoremine OR margal OR masparen OR memoton life OR memoton-life OR micol OR natagal OR nivalin OR nivaline OR razadyne OR reminyl OR spegal OR vertusal OR zentan OR zoroflog).ti,kw.
6	((amino AND dimethyladamantane) OR akatinol OR axura OR d-145 OR d145 OR (dimethyl AND adamantanamine OR aminoadamantane OR adamantamine OR adamantanamine)) OR dimethylaminoadamantane OR ebix OR ebixa OR ebixa OR marixino OR maruxa OR memantin* OR namenda OR nemdatine OR nsc 102290 OR nsc102290).ti,kw.
7	(ena 713 OR ena713 OR exelon OR nimvastid OR prometax OR rivastigmin* OR sdz 212 713 OR sdz 212-713 OR sdz 212713 OR sdz212 713 OR sdz212-713 OR sdz212713).ti,kw.
8	(assess* OR detect* OR diagnos* OR evaluat* OR examin* OR management OR recogni* OR screen*).ti,kw.

9	(drug therap* OR treatment*).ti,kw.
10	OR/2-9
11	1 AND 10

**Sigles et acronymes :** \* troncature; \* sujet principal devant un descripteur; / descripteur; /di qualificatif de descripteur Diagnosis; /dt qualificatif de descripteur Drug Therapy; **ADJ3** proximité de 2 mots avec un maximum de 3 mots entre eux peu importe l'ordre; .kw (Embase) mot-clé de terme de l'auteur; .ti titre; .tw combinaison de champs textes

## **Stratégie de recherche manuelle**

Recherche effectuée au mois d'avril 2019 avec les mots clés « neurocognitive disorder », « dementia », « diagnosis », « laboratory tests » sur les sites suivants :

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- Agency for Health Quality and Assessment of Catalonia
- Alberta, *Notifiable Disease Guidelines and Related Documents*
- *Evidence-based Medicine (EBM) Guidelines*
- Guidelines International Network (G-I-N)
- Government of Australia, National Health and Medical Research Council (NHMRC)
- Government of Western Australia, Department of Health
- Haute Autorité de Santé (HAS)
- Health Quality Ontario (HQO)
- Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- New Zealand Guidelines Group (NZGG)
- Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Santé sexuelle et reproductive*
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- *Toward Optimized Practice (TOP)*
- United States Preventive Services Task Force (USPSTF)
- Western Australian Department of Health (WADH)

## **Autres sources**

Les sites Web des organismes suivants ont été visités :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) / Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

## ANNEXE B

### Critères d'inclusion et d'exclusion des documents

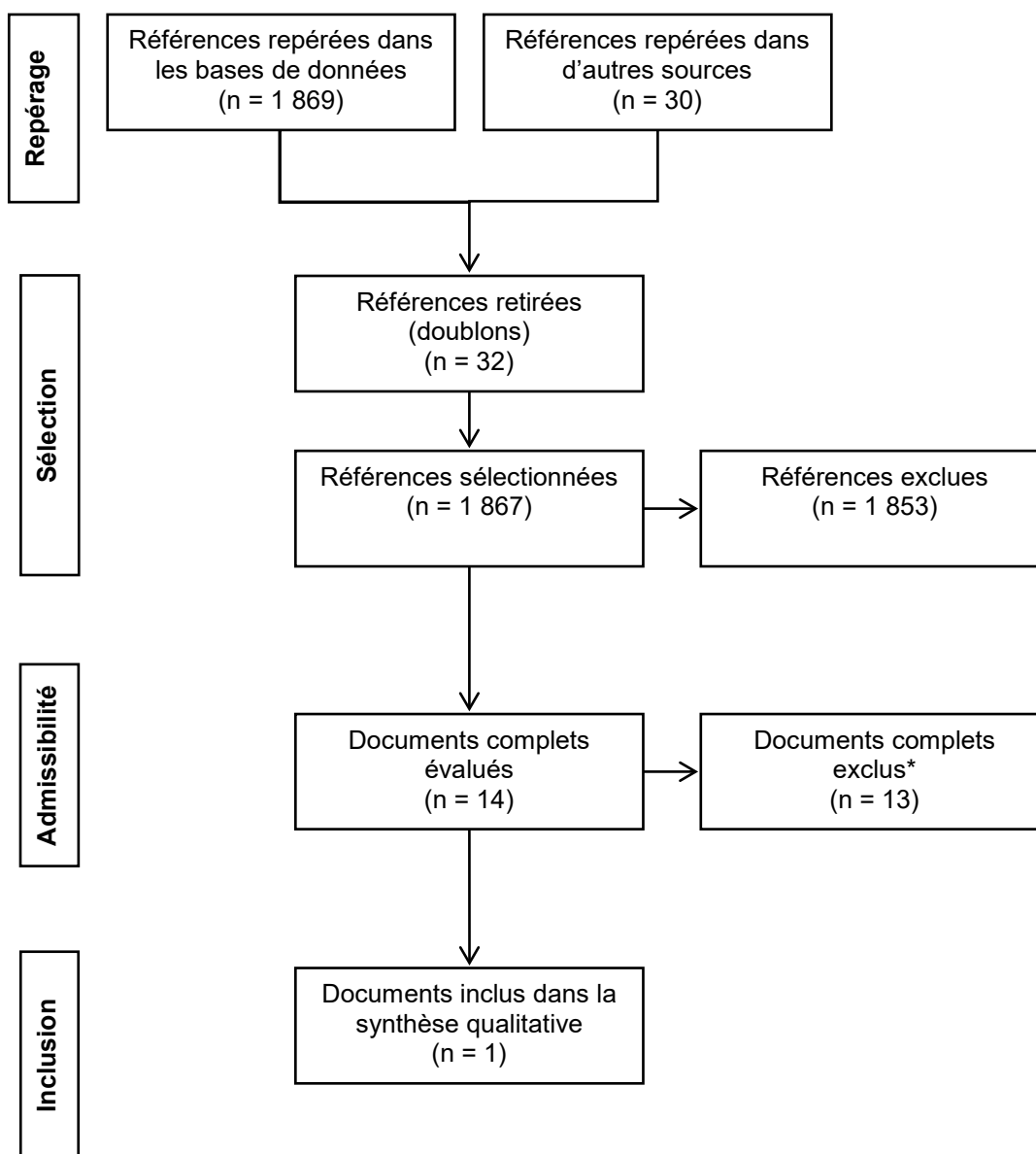
Tableau B-1 : Critères d'inclusion et d'exclusion des documents

Critères d'inclusion	
<b>POPULATION</b>	Personne âgée de 60 ans et plus chez qui un trouble neurocognitif (TNC) léger ou majeur est soupçonné et dont les symptômes et signes ont été objectivés après une évaluation clinique OU une appréciation objective des symptômes à l'aide d'outils de repérage validés.
<b>INTERVENTION</b>	Initier des mesures diagnostiques (analyses de laboratoire et bilan sanguin) au cours du processus menant au diagnostic d'un TNC léger ou majeur.
<b>PROFESSIONNELS VISÉS</b>	Médecins, infirmières
<b>PARAMÈTRES D'INTÉRÊTS (OUTCOMES)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Examens complémentaires et paracliniques, analyses de laboratoire (formule sanguine complète, glycémie, calcémie, dosage de la vitamine B12, dosage de la thyroïdostimuline hypophysaire, créatinine, électrolytes)</li><li>- Examens paracliniques à effectuer uniquement au besoin (bilan hépatique, alanine aminotransférase [ALT], test sérologique de la syphilis ou du virus de l'immunodéficience humaine [VIH], dosage du niveau des folates)</li><li>- Critères d'orientation vers les services spécialisés</li></ul>
<b>MILIEU ET CONTEXTE CLINIQUE DE L'INTERVENTION</b>	Première ligne (établissement, ambulatoire)
<b>TYPE DE PUBLICATION</b>	GPC, conférence consensuelle, rapport d'ETS, revue systématique.
<b>ANNÉE PUBLICATION</b>	2014 à 2019
Critères d'exclusion	
<b>POPULATION</b>	Personnes âgées de 60 ans et moins chez qui un TNC léger ou majeur est soupçonné.
<b>ANALYSES DE LABORATOIRE OU EXAMEN PARACLINIQUE</b>	Toute autre analyse de laboratoire ou examen paraclinique que ceux mentionnés dans les critères d'inclusion (p.ex., neuroimagerie, électroencéphalogramme)
<b>QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE</b>	Publications jugées de qualité méthodologique inadéquate à l'aide de la grille d'évaluation AGREE II à moins de l'absence d'autres documents de meilleure qualité

# ANNEXE C

## Sélection des documents

Figure C.1. Diagramme de flot



\* Liste complète des documents exclus avec les raisons d'exclusion disponible à l'annexe D

## ANNEXE D

### Liste des documents exclus et raisons d'exclusion

Tableau D-1 : Liste des documents et raison d'exclusion

Titres et références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 <sup>er</sup> auteur)		Raison d'exclusion
1	Abd Razak MA, Ahmad NA, Chan YY, Mohamad Kasim N, Yusof M, Abdul Ghani MK, et al. Validity of screening tools for dementia and mild cognitive impairment among the elderly in primary health care: A systematic review. Public Health 2019;169:84-92.	Revue systématique sans recommandation
2	Annear MJ, Toye C, McInerney F, Eccleston C, Tranter B, Elliott KE, Robinson A. What should we know about dementia in the 21st century? A Delphi consensus study. BMC Geriatr 2015;15:5.	Hors contexte Résultats non pertinents
3	Bature F, Guinn BA, Pang D, Pappas Y. Signs and symptoms preceding the diagnosis of Alzheimer's disease: A systematic scoping review of literature from 1937 to 2016. BMJ Open 2017;7(8):e015746.	Revue systématique sans recommandation
4	Costa A, Bak T, Caffarra P, Caltagirone C, Ceccaldi M, Collette F, et al. The need for harmonisation and innovation of neuropsychological assessment in neurodegenerative dementias in Europe: Consensus document of the Joint Program for Neurodegenerative Diseases Working Group. Alzheimers Res Ther 2017;9(1):27.	Méthodologie insuffisante
5	Dyer SM, Laver K, Pond CD, Cumming RG, Whitehead C, Crotty M. Clinical practice guidelines and principles of care for people with dementia in Australia. Aust Fam Physician 2016;45(12):884-9.	Type de publication (Ne correspond pas à GPC)
6	Laver K, Cumming RG, Dyer SM, Agar MR, Anstey KJ, Beattie E, et al. Clinical practice guidelines for dementia in Australia. Med J Aust 2016;204(5):191-3.	Type de publication (Ne correspond pas à GPC)
7	Guideline Adaptation Committee. Clinical practice guidelines and principles of care for people with dementia. Sydney, Australie : NHMRC Partnership Centre for Dealing with Cognitive and Related Functional Decline in Older People; 2016. Disponible à : <a href="https://cdpc.sydney.edu.au/research/clinical-guidelines-for-dementia/">https://cdpc.sydney.edu.au/research/clinical-guidelines-for-dementia/</a> .	ADAPTE du GPC de NICE 2007
8	Haute Autorité de Santé (HAS). Guide du parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2018. Disponible à : <a href="https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf">https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf</a> .	Les recommandations relatives aux questions de recherche du présent travail (p.ex., examens paracliniques) sont les mêmes que celles publiées dans le Guide de la HAS 2011 <sup>1</sup> .
9	McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, Halliday G, Taylor JP, Weintraub D, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. Neurology 2017;89(1):88-100.	Hors contexte Résultats non pertinents

<sup>1</sup> Haute Autorité de Santé (HAS). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Recommandations. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2011. Disponible à : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_maladie\\_d\\_alzheimer\\_et\\_maladies\\_apparentees\\_diagnostic\\_et\\_prsie\\_en\\_charge.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf).

Titres et références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 <sup>er</sup> auteur)		Raison d'exclusion
10	National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline [NG97]. Londres, Angleterre : NICE; 2018. Disponible à : <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/evidence">https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/evidence</a> .	La mise à jour 2018 ne concerne pas les questions de recherche du présent travail. Il n'y a donc aucune nouvelle recommandation par rapport à celles présentées dans le GPC 2007.
11	Ngo J et J. Holroyd-Leduc JM. Systematic review of recent dementia practice guidelines. Age Ageing 2015;44(1):25-33.	Hors contexte Résultats non pertinents
12	Pottie K, Rahal R, Jaramillo A, Birtwhistle R, Thombs BD, Singh H, et al. Recommendations on screening for cognitive impairment in older adults. CMAJ 2016;188(1):37-46.	Hors contexte Résultats non pertinents
13	Ritchie K, Ropacki M, Albala B, Harrison J, Kaye J, Kramer J, et al. Recommended cognitive outcomes in preclinical Alzheimer's disease: Consensus statement from the European Prevention of Alzheimer's Dementia project. Alzheimers Dement 2017;13(2):186-95.	Hors contexte Résultats non pertinents

# ANNEXE E

## Traitement des commentaires des lecteurs externes

Tableau E-1 Traitement des commentaires des lecteurs externes

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
D <sup>re</sup> Catherine Brodeur, gériatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal et chercheure clinicienne associée, CRIUGM, Montréal.	
<b>1. CONTENU GÉNÉRAL</b>	
1.1. Les informations dans le protocole médical national (PMN) sont-elles bien présentées et faciles à lire ? <b>Réponse : Oui</b>	n.a
1.2. La méthodologie vous semble-t-elle appropriée (voir rapport en soutien)? <b>Réponse : Oui</b>	n.a
1.3. Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel ? <b>Réponse : Oui</b>	n.a
1.4. Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN et l'ordonnance collective sont-ils tous présents (voir rapport en soutien) ? <b>Réponse : Oui</b>	n.a
1.5. Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste ? <b>Réponse : Oui</b>	n.a
1.6. Les références sont-elles d'actualité ? <b>Réponse : Oui</b>	n.a
1.7. Dans le contexte d'une OC appliquée au Québec par des professionnels autorisés est-ce que les contre-indications à l'application de l'OC par un professionnel, une infirmière praticienne spécialisée ou un médecin sont adéquates ? <b>Réponse : Oui, mais, je mettrais une note qu'en cas de délirium ou de déclin cognitif significatif au cours des derniers 6 mois, le bilan doit être répété car il n'est pas impossible que le patient ait développé, par ex., une insuffisance rénale reliée à des médicaments nouvellement introduits.</b>	Après discussion avec le comité consultatif, il a été convenu de ne pas adresser ce commentaire puisque cet aspect sort du processus de repérage et reste mentionner dans le point 4 du PMN comme situation particulière.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>1.8. Dans le contexte d'une OC appliquée au Québec par des professionnels autorisés est-ce que les limites ou situations exigeant une consultation obligatoire avec une infirmière praticienne spécialisée ou un médecin sont adéquates ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Où se trouvent-elles ? Je ne vois que cette remarque dans le Doc C : les médecins ou les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) peuvent ainsi se concentrer sur les activités qu'ils sont les seuls à pouvoir exercer. Je ne trouve pas d'autres références aux IPS ou MD dans les documents A et B (PMN et OC). Je crois que c'est une section à venir, si je comprends bien...</i></p>	<p>Lors d'échanges récents avec le CMQ, l'INESSS a appris que les IPS peuvent uniquement signer une ordonnance individuelle d'ajustement. Ce point a donc été retiré puisqu'il ne s'applique pas dans le contexte d'une OC.</p>
<p><b>2. CONTENU SPÉCIFIQUE</b></p>	
<p><b>PMN ET OC : SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE</b></p> <p><b>Personne âgée de <u>65 ans et plus</u> chez qui un trouble neurocognitif (TNC) majeur est soupçonné</b></p> <p><i>Je mettrais ici un bémol, malgré votre revue de littérature et les chiffres à l'appui. En effet, il n'est pas exceptionnel de voir dans mes cliniques de cognition (je travaille dans 3 cliniques différentes) des patients avec TNC dans la cinquantaine ou début soixantaine.</i></p> <p><i>Souvent, le bilan de base n'a pas été fait. Je dois donc planifier des prises de sang (s'il a déjà été fait, il est souvent incomplet) et un CT cérébral et réévaluer le patient à la suite de ces investigations.</i></p> <p><i>Qu'est-ce qui coûte plus cher ? Un peu trop de tests ou un rendez-vous de plus chez le médecin spécialiste ? Le dit médecin qui, en voyant des suivis, voit moins de nouveaux patients...Et le but du Plan Alzheimer n'est-il pas de désengorger la médecine spécialisée et permettre la prise en charge par la 1<sup>ère</sup> ligne ?</i></p> <p><i>J'interpelle par ailleurs ici le Dr. Bocti qui, en tant que neurologue, voit des patients plus jeunes que les gériatres.</i></p> <p><i>Finalement, la limite de 65 ans est par ailleurs en contradiction avec les critères de neuroimagerie (scan si moins de 60 ans)</i></p>	<p>Après discussion avec le comité consultatif, il a été convenu d'abaisser l'âge limite inférieur à l'application du PMN à 60 ans.</p> <p>Le règlement du CMQ prévoit l'obligation de référer intégralement aux protocoles publiés par l'INESSS lorsque l'ordonnance porte sur une condition clinique visée par un tel protocole. Les modèles d'ordonnance produits par l'INESSS sont quant à eux facultatifs et sont proposés pour faciliter le travail d'élaboration d'une ordonnance. Il n'est donc pas obligatoire de les utiliser intégralement.</p> <p>Les milieux qui souhaitent rédiger une ordonnance collective à partir du modèle de l'INESSS pourront modifier au besoin l'âge de la clientèle visée par l'OC selon leurs ressources.</p>
<p><b>PMN: CONTRE-INDICATIONS À L'APPLICATION DU PROTOCOLE</b></p> <p><b>Présence dans le dossier médical des résultats de toutes les analyses de laboratoire visées réalisées au cours des 6 derniers mois :</b></p> <p><i>Je mettrais une note qu'en cas de délirium ou de déclin cognitif significatif au cours des derniers 6 mois, le bilan doit être répété.</i></p> <p><i>Le délirium est mentionné seulement clairement au point 4 comme situation particulière... et je crains que les gens ne se rendent pas tous là dans la lecture du document !</i></p>	<p>Après discussion avec le comité consultatif, il a été convenu de ne pas adresser ce commentaire puisque cet aspect sort du processus de repérage et reste mentionner dans le point 4 du PMN comme situation particulière.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p><b>PMN : DIRECTIVES-APPRÉCIATION DE LA CONDITION DE SANTÉ</b></p> <p><b>Un effet indésirable d'un médicament ou d'une combinaison de plusieurs médicaments, un nouveau médicament, une interaction médicamenteuse ou une cascade d'effets secondaires de plusieurs médicaments</b></p> <p><i>Ce libellé me semble lourd et inutilement long! Je suggère : effet indésirable d'un ou de plusieurs médicaments, pouvant être secondaire au médicament en lui-même ou aux interactions médicamenteuses.</i></p>	<p>Les modifications suggérées ont été apportées au libellé initialement proposé dans le PMN.</p>
<p><b>PMN : DIRECTIVES-RÉALISATION D'UN BILAN SANGUIN-BILAN DE BASE</b></p> <p><b>Pour le dosage de la vitamine B12, justifier les raisons d'une telle demande à défaut de quoi, la requête pourrait être refusée par le laboratoire. Le dosage de la vitamine B12 est indiqué en présence de symptômes neurologiques inexpliqués comme des troubles neurocognitifs et un changement de personnalité.</b></p> <p><i>Triste d'apprendre ça, je vois qu'on a révisé l'offre de l'ensemble des laboratoires du Québec.</i></p> <p><i>Enfin, je mettrais aussi dans les indications : signes de polyneuropathie (PNP), plus clair que 'symptômes neurologiques inexpliqués', surtout que la PNP peut être asymptomatique.</i></p>	<p>Le libellé présenté ici correspond à celui qui est présenté dans le document portant sur l'<a href="#">Usage judicieux de 14 analyses biomédicales</a> publié par l'INESSS en 2014.</p> <p>Pour ne pas créer de la confusion, le terme symptômes neurologiques inexpliqués a été retiré du PMN. Seule la présence de TNC et changement de personnalité ont été conservés.</p>
<p><b>PMN : DIRECTIVES- RÉALISATION D'UN BILAN SANGUIN-AU BESOIN</b></p> <p><b>ALT en présence d'une maladie hépatique :</b></p> <p><i>Je mettrais plutôt : ALT et bilirubine en présence ou si suspicion de maladie hépatique.</i></p> <p><i>En effet, nous savons que chez les patients avec cirrhose, l'ALT peut être normale, mais la bilirubine a davantage de risque d'être augmentée. De plus, le patient peut avoir une maladie hépatique non diagnostiquée, d'origine médicamenteuse, virale ou éthylique.</i></p>	<p>Après consultation, il a été convenu ne pas adresser ce commentaire puisque le dosage de la bilirubine se ferait principalement comme 2<sup>e</sup> investigation dans le cas où les résultats de l'ALT seraient anormaux.</p>
<p><b>PMN : DIRECTIVES-SUIVI DES ANALYSES DE LABORATOIRE</b></p> <p>1. <i>J'ajouterais : déterminer qui est le responsable du suivi : l'infirmière qui montre les résultats au médecin si anormaux, ou directement le médecin. Car ça peut varier selon les milieux de pratique.</i></p> <p>2. <i>Déterminer si d'autres analyses de laboratoire sont à effectuer : Il me semble que cette phrase est redondante puisqu'il est déjà mentionné qu'il faut aviser le patient si des investigations supplémentaires sont nécessaires et qu'il faut déterminer si un suivi particulier à faire.</i></p>	<p><b>1. Suivi des analyses de laboratoire</b></p> <p>La transmission des résultats d'examen ou d'analyse au patient ainsi que le suivi clinique requis par son état de santé relèvent du professionnel de la santé qui a prescrit l'examen ou l'analyse.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	<p>Selon l'article 32 du Code de déontologie des médecins, les médecins qui prescrivent des examens diagnostiques ont l'obligation de communiquer les résultats au patient et de faire des efforts raisonnables pour s'assurer qu'un suivi est effectué.</p> <p>Selon l'article 44.1[3] du Code de déontologie des infirmières et infirmiers, l'infirmière ou l'infirmier habilité à prescrire : « doit, lorsqu'il prescrit un examen ou une analyse de laboratoire, en assurer le suivi requis par l'état du client, à moins de s'être assuré qu'une autre infirmière ou un autre infirmier, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à sa place. »</p> <p>Si le professionnel se voit dans l'impossibilité de faire le suivi des résultats, il doit donc prendre les moyens nécessaires afin de s'assurer qu'un collègue pourra procéder au suivi requis par la demande de ces analyses. Puisque cet aspect fait partie même du code de déontologie des médecins (article 32), ainsi que celui des infirmiers-infirmières (article 44.1), les membres du comité consultatif n'ont pas jugé bon de le préciser dans le présent protocole.</p> <p>De plus, les PMN de l'INESSS reflètent la bonne pratique clinique indépendamment du professionnel de la santé qui l'utilise. Il n'appartient pas à l'INESSS de déterminer les pratiques organisationnelles au sein d'un établissement dans le cadre de l'application d'une ordonnance collective par des professionnels habilités. Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il revient en fait à l'établissement de santé de se doter d'une structure sécuritaire de transmission de résultats d'examen ou d'analyse qui tienne compte des champs d'exercices des différents professionnels de la santé (AQESSS/ACMDPQ/CMQ, 2012).</p> <p>2. L'énoncé a été retiré du PMN</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p><b>PMN ET OC : DIRECTIVES-SITUATIONS EXIGEANT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE</b></p> <p><b>Présence de co-morbidités graves ou atteinte importante des organes (p.ex., diabète, hypertension, insuffisance cardiaque ou respiratoire, maladie hépatique ou rénale);</b></p> <p><i>Diabète et l'hypertension : changera le bilan seulement si mal contrôlé</i></p>	<p>La notion de comorbidités mal-contrôlées a été ajoutée au libellé initialement proposé dans le PMN</p>
<p><b>PMN : ANNEXE 1-TABLEAU 2 : CRITÈRES DE NEUROIMAGERIE</b></p> <p><i>Je ne suis pas d'accord avec les recommandations qui datent du 4e Consensus canadien sur la démence. J'ai travaillé dans le groupe de neuroradiologie du 5e Consensus canadien cette année et nos recommandations sont différentes (à paraître cependant... je suis consciente qu'on ne peut le mettre comme référence et je n'ai pas encore la date de publication).</i></p> <p><i>Je vous suggère donc d'ôter le critère d'âge et de parler de déclin cognitif ou fonctionnel dans les 2 dernières années (et non quelques mois).</i></p>	<p>Bien que la 5<sup>e</sup> CCCDTD ne semble plus tenir compte des critères de neuro-imagerie préalablement établis en 2008, l'INESSS ne peut y faire référence dans le PMN puisque les nouvelles recommandations n'ont pas encore été officiellement publiées.</p> <p>De ce fait, après discussion avec le comité consultatif, il a été convenu de retirer du PMN le tableau 2 présentant initialement les critères de neuro-imagerie de la CCCDTD4. Certaines situations cliniques suivantes qui y étaient listées ont cependant été regroupées et ajoutées à la section 4 du PMN. Les deux situations cliniques suivantes ont donc été ajoutées à la section comprenant les situations exigeant une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Présence de signes neurologiques focaux ou troubles de la marche;</li> <li>✓ Présence d'un tableau clinique inhabituel ou atypique (p.ex., détérioration rapide et inexpliquée des facultés cognitives ou de l'état de l'autonomie fonctionnelle).</li> </ul>
<p><b>RAPPORT EN SOUTIEN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SVP, changez mon affiliation pour Dre Catherine Brodeur, gériatre, Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal et chercheure clinicienne associée, CRIUGM, Montréal.</li> <li>2. SVP, ajouter dans la déclaration des conflits d'intérêts : participation au CCCDTD5 en 2019.</li> </ol>	<p>Les modifications suggérées ont été apportées dans le rapport en soutien.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p><b>RAPPORT EN SOUTIEN</b></p> <p><b>«En ce qui concerne l'utilisation de la neuro-imagerie structurale (p.ex., tomodensitométrie de la tête ou une imagerie par résonance magnétique) aux fins de diagnostic, les membres du comité consultatif ont jugé bon de ne pas inclure ce type d'examen paraclinique dans le PMN».</b></p> <p><i>C'est peut-être moi qui ne comprends pas mais... on retrouve bien un tableau dans le PMN. Il a beau être en annexe, il semble faire partie des recommandations dans le bilan !</i></p>	<p>Après discussion avec le comité consultatif, il a été convenu de retirer du PMN le tableau 2 présentant initialement les critères de neuro-imagerie de la CCCDTD4.</p>
<p><b>RAPPORT EN SOUTIEN_SECTION 3.1.2.2</b></p> <p><b>«Les TNC légers sont caractérisés par la présence d'un déficit cognitif plus important que celui lié au processus normal du vieillissement...»</b></p> <p><i>Je ne crois pas qu'on puisse parler de 'déficits cognitifs associés au vieillissement'; il s'agit de 'changements cognitifs associés au vieillissement' ou de 'vieillissement cognitif normal'</i></p>	<p>Les modifications suggérées ont été apportées dans le rapport en soutien.</p>
<p><b>RAPPORT EN SOUTIEN-SECTION</b></p> <p><b>1. «...si les atteintes fonctionnelles sont compromises ou non».</b></p> <p><i>Modifier la phrase pour : si l'état fonctionnel est compromis ou non</i></p> <p><b>2. «...et l'évaluation fonctionnelle complète se fait généralement en ergothérapie ou en physiothérapie».</b></p> <p><i>Les physiothérapeutes ne pourront nous parler en général que de l'aspect mobilité, qui peut bien sûr affecter l'autonomie, et des répercussions cognitives évidentes... Du coup, j'ôterais 'physiothérapie' pour éviter la confusion pour les néophytes. Ce n'est malheureusement pas les physiothérapeutes qui peuvent faire des mises en situation à la cuisine ou un dépistage de l'aptitude à gérer ses finances, par exemple.</i></p>	<p>Les modifications suggérées ont été apportées dans le rapport en soutien.</p>
<p><b>3. QUALITÉ SCIENTIFIQUE</b></p>	
<p>De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifieriez-vous la qualité scientifique du PMN?</p> <p><b>Réponse : 8 / 10</b></p>	<p>n.a</p>
<p><b>4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES</b></p>	

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Médecins de famille, médecins spécialistes non familiers avec les troubles cognitifs, IPS, infirmières cliniciennes. Peut-être trop pointu pour la population générale. Et je ne vois pas comment ça peut influencer les décideurs.</i></p>	n.a

**Sigles et acronymes :** ALT : Alanine aminotransférase, CCCDTD : Conférence consensuelle canadienne sur le diagnostic et le traitement de la démence, CMQ : Collège des médecins du Québec, INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, IPS : Infirmière praticienne spécialisée, MD : médecin, OC : Ordonnance collective, PMN : Protocole médical national, TNC : trouble neurocognitif.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<b>Dre. Andrée Robillard, Médecin de famille, service de gériatrie du département de médecine générale, CIUSSS Nord-de-l'île-de-Montréal.</b>	
<b>1. CONTENU GÉNÉRAL</b>	
<p>1.1. Les informations dans le protocole médical national (PMN) sont-elles bien présentées et faciles à lire ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Oui</i></p>	n.a
<p>1.2. La méthodologie vous semble-t-elle appropriée (voir rapport en soutien)?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Oui</i></p>	n.a
<p>1.3. Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Le PMN est applicable pour l'ensemble des médecins de famille. Souvent les médecins ne sont pas certains du bilan nécessaire en TNC en première ligne et c'est un bon départ.</i></p> <p><i>Pour les autres intervenants, je pense que le cadre GMF est nécessaire et qu'il faudrait d'abord s'assurer que les professionnels en GMF qui vont s'en prévaloir ont eu la formation complète en TNC dans le cadre du plan ministériel Alzheimer de la part des infirmières formatrices ou de support régional.</i></p>	L'implantation des PMN ainsi que la formation des différents professionnels de la santé dans le cadre du plan Alzheimer découlent du MSSS et ne font pas partie des mandats de l'INESSS.
<p>1.4. Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN et l'ordonnance collective sont-ils tous présents (voir rapport en soutien) ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Oui</i></p>	n.a
<p>1.5. Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Oui</i></p>	n.a

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>1.6. Les références sont-elles d'actualité ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Je pense qu'il faudrait ajouter et se référer aux actes de la dernière CCCDTD à Québec en octobre 2019. Étant donné que ce document porte sur le bilan sanguin dont on explique bien les raisons et indications, on ne devrait pas, selon moi, faire mention de l'investigation radiologique et de l'imagerie qui devrait faire l'objet d'un autre travail de la part de l'INESSS</i></p>	<p>Bien que la 5<sup>e</sup> CCCDTD ne semble plus tenir compte des critères de neuro-imagerie préalablement établis en 2008, l'INESSS ne peut y faire référence dans le PMN puisque les nouvelles recommandations n'ont pas encore été officiellement publiées.</p> <p>De ce fait, après discussion avec le comité consultatif, il a été convenu de retirer du PMN le tableau 2 présentant initialement les critères de neuro-imagerie de la CCCDTD4. Certaines situations cliniques suivantes qui y étaient listées ont cependant été regroupées et ajoutées à la section 4 du PMN. Les deux situations cliniques suivantes ont donc été ajoutées à la section comprenant les situations exigeant une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Présence de signes neurologiques focaux ou troubles de la marche;</li> <li>✓ Présence d'un tableau clinique inhabituel ou atypique (p.ex., détérioration rapide et inexplicable des facultés cognitives ou de l'état de l'autonomie fonctionnelle).</li> </ul>
<p>1.7. Dans le contexte d'une OC appliquée au Québec par des professionnels autorisés est-ce que les contre-indications à l'application de l'OC par un professionnel, une infirmière praticienne spécialisée ou un médecin sont adéquates ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Je n'ai pas vu la liste des contre-indications à ce bilan sanguin dans le document. Je pense que l'on devrait plutôt parler de certaines mises en garde comme :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vérifier au DSQ si ces tests ont été faits depuis 6 mois afin de ne pas les répéter. Si l'un des tests au DSQ est anormal, en aviser le médecin.</i></li> <li>• <i>Avoir l'autorisation du patient ou du répondant. Respecter les refus et les noter au dossier.</i></li> <li>• <i>Avoir un mécanisme de suivi des résultats de laboratoire et des résultats critiques.</i></li> <li>• <i>Avoir une autorisation et des explications quant à la recherche des ITSS comme le VDR. Si le patient à un TNC cela peut impliquer un répondant avec toute la délicatesse éthique que cela comporte.</i></li> <li>• <i>Aviser le médecin que ces laboratoires sont demandés car il est possible dans le cadre du suivi global en première ligne qu'il y ait d'autres prises de sang à faire, ceci pour limiter la multiplication des déplacements et des prises de sang.</i></li> <li>• <i>Ne pas uniquement se fier à l'albumine pour évaluer l'état nutritionnel de la personne âgée.</i></li> <li>• <i>Avoir un mécanisme de communication des résultats au patient mais aussi tenir compte si TNC, qu'un répondant peut aussi devoir être rejoint.</i></li> </ul>	<p>La liste des contre-indications est présentée dans la première page du PMN (voir deuxième encadré)</p> <p>Les contre-indications pour lesquelles l'OC ne peut s'appliquer sont les mêmes que celles élaborées pour l'application du PMN. Les membres du comité consultatif ont déterminé que ces contre-indications étaient suffisantes et que l'OC ne nécessite pas de contre-indication supplémentaire. De plus, selon les particularités et les ressources du milieu, certaines situations cliniques peuvent être ajoutées comme contre-indications par les milieux qui souhaitent rédiger une OC à partir du modèle proposé par l'Institut.</p> <p>La section 3.1.3 du rapport en soutien décrit plus en détail les différentes conditions qui excluront l'application du PMN.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	<p>Les contre-indications établies avec le comité consultatif sont les suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si, suite à la première évaluation, les résultats démontrent que les fonctions cognitives ne sont pas compromises.</li> <li>• Présence dans le dossier médical des résultats de toutes les analyses de laboratoire visées réalisées au cours des 6 derniers mois.</li> </ul>
<p>1.8. Dans le contexte d'une OC appliquée au Québec par des professionnels autorisés est-ce que les limites ou situations exigeant une consultation obligatoire avec une infirmière praticienne spécialisée ou un médecin sont adéquates ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Dans un contexte de Choose Wisely et d'organisme gouvernemental sur la pertinence des actes médicaux qui prendra le jour, je m'inquiète quant à la multiplication des professionnels qui prescriront des bilans sanguins dans le cadre d'une problématique précise alors que la personne âgée peut avoir diverses comorbidités à considérer aussi. Rien de plus facile que de prescrire des prises de sang, mais accompagner un patient et sa famille est plus complexe. Les TNC sont habituellement une évolution lente qui demande aussi un examen médical et neurologique complet. En cas de détérioration rapide voire de délirium, ce bilan pourrait devenir une fausse assurance, il y a urgence médicale.</i></p>	<p>Selon les membres du comité consultatif, la plupart des cas de TNC légers ou majeurs peuvent être évalués et pris en charge en première ligne. Après une évaluation globale du patient, il peut cependant persister des incertitudes relativement au diagnostic. Certaines situations mériteraient donc une attention particulière et pourraient, selon le contexte clinique et le jugement du professionnel, faire l'objet d'une évaluation plus approfondie. Les situations sont listées dans la section 4 du PMN et décrites plus en détail dans la section 3.1.7 du rapport en soutien.</p> <p>Dans le cadre de l'application de l'OC, les membres du comité consultatif ont identifié les limites ou situations où le professionnel habilité doit faire appel avec le prescripteur autorisé qui suit la personne. Les membres du comité ont déterminé que les situations préalablement établies dans la section du PMN étaient suffisantes et que l'OC ne nécessite pas d'autres situations particulières (voir section 3.2.4 du rapport en soutien).</p>
<p><b>2. CONTENU SPÉCIFIQUE</b></p>	
<p><b>PMN : TITRE</b></p> <p>Je pense que ce bilan s'applique aussi au TNC léger vu l'hypothèse d'un continuum dans l'évolution des TNC et le souhait d'intervenir précocement.</p>	<p>Après discussion avec le comité consultatif, il a été convenu de modifier le titre comme suit :</p> <p><i>Initier un bilan sanguin à la suite du repérage de symptômes et signes suggestifs d'un trouble neurocognitif léger ou majeur.</i></p>
<p><b>PMN : SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>D'accord pour limiter aux 65 ans et plus.</i></li> </ul>	<p>Suite au commentaire d'un des lecteurs externes et après discussion avec le comité consultatif, l'âge limite inférieur à l'application du PMN a été abaissé à</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Devrait-on se référer aussi aux modes de référence des CRDS sur ce sujet?</i></li> </ul>	<p>60 ans.</p> <p>Le règlement du CMQ prévoit l'obligation de référer intégralement aux protocoles publiés par l'INESSS lorsque l'ordonnance porte sur une condition clinique visée par un tel protocole. Les modèles d'ordonnance produits par l'INESSS sont quant à eux facultatifs et sont proposés pour faciliter le travail d'élaboration d'une ordonnance. Il n'est donc pas obligatoire de les utiliser intégralement.</p> <p>Les milieux qui souhaitent rédiger une ordonnance collective à partir du modèle de l'INESSS pourront modifier au besoin l'âge de la clientèle visée par l'OC selon leurs ressources.</p>
<p><b>PMN : RÉALISATION D'UN BILAN SANGUIN</b></p> <p><b>Effectuer un bilan sanguin afin d'exclure des causes secondaires</b> <i>me semble une phrase un peu simpliste.</i></p> <p><i>D'ailleurs le document plus loin le précise, ces dosages tentent d'identifier des causes ou facteurs contributifs au TNC et potentiellement possibles d'être corrigés et d'avoir un impact favorable sur la cognition.</i></p> <p><i>La terminologie utilisée plus loin dans le rapport à la section 3.1.2 me semble plus exacte: afin de détecter les maladies concomitantes pouvant causer ou exacerber celles-ci.</i></p>	<p>Dans la section 2 du PMN la phrase suivante :</p> <p>«effectuer un bilan sanguin afin d'exclure des causes secondaires (p.ex. comorbidités) qui pourraient altérer les fonctions cognitives»</p> <p>a été modifiée pour :</p> <p>«Effectuer un bilan sanguin afin de détecter les maladies concomitantes pouvant causer ou exacerber les symptômes et signes suggestifs d'une atteinte cognitive».</p>
<p><b>PMN : SUIVI DES ANALYSES DE LABORATOIRE</b></p> <p>a) <i>Bien préciser l'imputabilité de la personne qui les demande quant au suivi des résultats;</i></p> <p>b) <i>Ne devrait-il pas toujours en aviser le médecin de famille afin justement de travailler en équipe et non en silo autosuffisant? Et si justement une PV était déjà prévu par le médecin de famille?</i></p> <p>c) <i>Avoir une façon précise, voire écrite, de communiquer les résultats. Ex.: Est-ce qu'on communique toujours les résultats normaux? Par téléphone? Par courriel? Est-ce que ça nécessite toujours un autre rendez-vous?</i></p> <p>d) <i>Est-ce que l'on peut aussi responsabiliser le patient et/ou sa famille quant à l'obtention de ses résultats?</i></p> <p>e) <i>Devrait-on déterminer des résultats critiques vs anormaux?</i></p> <p>f) <i>Les laboratoires doivent savoir exactement quel prescripteur rejoindre si résultat critique, etc.</i></p> <p>g) <i>S'assurer qu'il y a un suivi médical des laboratoires au GMF afin de ne pas référer le patient dans une urgence par un professionnel inquiet?</i></p>	<p>a) Le professionnel de la santé qui fait la requête du bilan sanguin est généralement responsable du suivi qui en découle, et ce dans les limites de son champ d'exercices ou domaine de compétence. Puisque cet aspect fait partie même du code de déontologie des médecins (article 32), ainsi que de celui des infirmiers-infirmières (article 44.1), les membres du comité consultatif n'ont pas jugé bon de le préciser dans le PMN.</p> <p>b) Puisque cet aspect représente une bonne pratique générale pour tous les professionnels de la santé et que les informations devraient se retrouver dans le DSQ ou le dossier du patient, il a été convenu de ne pas ajouter d'information dans le PMN.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	<p>c) Les PMN de l'INESSS reflètent la bonne pratique clinique indépendamment du professionnel de la santé qui l'utilise. Il n'appartient pas à l'INESSS de déterminer les pratiques organisationnelles au sein d'un établissement dans le cadre de l'application d'une ordonnance collective par des professionnels habilités. Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il revient à l'établissement de santé de se doter d'une structure sécuritaire de transmission de résultats d'examen ou d'analyse qui tienne compte des champs d'exercices des différents professionnels de la santé (AQESSS/ACMDPQ/CMQ, 2012).</p> <p>d) Faire participer les patients à leurs propres soins peut effectivement aider à consolider les systèmes de suivi des résultats. Tel que mentionné dans la section 3 du PMN, une discussion des raisons pour lesquelles une investigation a été demandée est donc conseillée et peut permettre au patient de reconnaître son importance au plan clinique. De plus amples informations en lien avec cet aspect seront ajoutées dans le rapport en soutien.</p> <p>e) Non pas dans le cadre de ces travaux. Les seuils sont déterminés par les laboratoires et inscrits dans les rapports.</p> <p>f) Tel que mentionné précédemment, dans le cadre des travaux sur les PMN, l'INESSS ne se positionne pas sur l'organisation du travail dans les différents milieux</p>
<p><b>PMN : SITUATIONS QUI EXIGENT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE, UNE RÉÉVALUATION OU UNE INVESTIGATION SUPPLÉMENTAIRE</b></p> <p><i>Ajouter : voir le médecin dans les plus brefs délais?</i></p>	<p>Puisqu'un PMN se veut neutre et qu'il peut être appliqué par un médecin, une infirmière ou une IPS, il est préférable de laisser dans le PMN en tant que tel, libre court aux professionnels habilités d'exercer leur jugement clinique en fonction de la situation qui se présente à lui. Les situations pour lesquelles une consultation avec médecin traitant est obligatoire dans le modèle d'ordonnance collective ont cependant été modifiées pour la phrase suivante :</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	<p><i>Lorsque les symptômes et signes suggestifs d'un TNC (léger ou majeur) ont été objectivés par des outils de repérage et que les résultats sous-entendent une dysfonction cognitive, indépendamment des résultats du bilan sanguin (qu'ils soient normaux ou anormaux).</i></p>
<p><b>PMN : ANNEXE 1-TABLEAU 2 : CRITÈRES DE NEUROIMAGERIE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>On a beau vouloir rationaliser l'usage de l'imagerie, la plupart des patients et de leur famille vont souhaiter une imagerie assez rapidement.</i></li> <li>• <i>Si l'on attend que la consultation en spécialité ou en 2<sup>e</sup> ligne pour une imagerie ne risque-t-on pas d'augmenter le nombre de consultations et les délais? Ne pas oublier que les présentations atypiques ou indifférenciées risquent de plus en plus de passer d'abord par la 1<sup>e</sup> ligne</i></li> </ul>	<p>Bien que la 5<sup>e</sup> CCCDTD ne semble plus tenir compte des critères de neuro-imagerie préalablement établis en 2008, l'INESSS ne peut y faire référence dans le PMN puisque les nouvelles recommandations n'ont pas encore été officiellement publiées.</p> <p>De ce fait, après discussion avec le comité consultatif, il a été convenu de retirer du PMN le tableau 2 présentant initialement les critères de neuro-imagerie de la CCCDTD4. Certaines situations cliniques suivantes qui y étaient listées ont cependant été regroupées et ajoutées à la section 4 du PMN. Les deux situations cliniques suivantes ont donc été ajoutées à la section comprenant les situations exigeant une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Présence de signes neurologiques focaux ou troubles de la marche;</li> <li>✓ Présence d'un tableau clinique inhabituel ou atypique (p.ex., détérioration rapide et inexplicquée des facultés cognitives ou de l'état de l'autonomie fonctionnelle).</li> </ul>
<p><b>PMN : ANNEXE I-DÉFINITIONS TNC LÉGERS ET MAJEURS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>Devrait-on parler de TNC léger ou mineur ? Alors qu'on peut avoir un TNC majeur léger-modéré – sévère confondant avec le Mild Cognitive Impairment anglophone?</i></li> <li>b) <i>En français on démarque en général les AVQ des AVD (plutôt qu'activités instrumentales complexes)...la conduite auto devrait aussi être ajoutée et la prise de ses médicaments</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Bien que cela puisse causer certaines confusions, la terminologie utilisée par le DSM-V est bel et bien TNC léger et TNC majeur. La sévérité d'un TNC majeur peut être léger, modéré ou sévère, selon la difficulté de réaliser les AVD ou AVQ et le degré de dépendance du patient.</li> <li>b) Les définitions de TNC léger et TNC majeur présentées dans le PMN proviennent intégralement de la version française du DSM-V. Par conséquent, le terme <i>activité instrumentale complexes de la vie quotidienne (AIVQ)</i> a été conservé, mais une note de bas de page a été</li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	<p>ajouté afin de rappeler au lecteur que les AIVQ sont aussi appelées les activités de la vie domestique (AVD). La conduite automobile ne fait pas partie des exemples proposés dans la définition du DSM-V, mais la gestion de la prise des médicaments y est inscrite.</p>
<p><b>PMN : ANNEXE III</b></p> <p><i>S'assurer que les gens qui utilisent TOUS les outils (MOCA mais aussi NPI-R, OSp-9 ont eu la formation nécessaire.</i></p>	<p>Dans le cadre des travaux sur le repérage et le processus menant au diagnostic d'un TNC majeur élaborés par l'INESSS en 2015, les membres du comité consultatif avaient formulé plusieurs mises en garde quant à l'utilisation des outils de repérage dont :</p> <p>«Les professionnels de la santé ou des services sociaux qui utilisent les outils repérage doivent avoir reçu une formation appropriée afin de les administrer et d'en apprécier les résultats selon les normes en vigueur».</p> <p>Puisque ces mises en garde se retrouvent à plusieurs reprises dans les différents outils recommandés par l'institut et que ces outils sont référencés dans les annexes du PMN, les membres du comité consultatif ont préféré ne pas dupliquer les informations.</p> <p>Une note concernant la formation obligatoire exigée pour l'utilisation du MoCA a également été ajoutée dans l'annexe III.</p>
<p><b>RAPPORT EN SOUTIEN : TYPE DE TNC SOUPÇONNÉ (LÉGER VS MAJEUR)</b></p> <p><i>Section 3.1.2.2 : La CCCDTD de 2008 date de 2008! Il semble que depuis, étant donné le haut taux de conversion que les TNC mineurs avec plainte subjective prédominante (surtout quand très scolarisé) devraient avoir un suivi et donc un bilan sanguin initial semblable?</i></p>	<p>Afin d'éviter la confusion, de limiter l'utilisation du PMN à la clientèle ciblée et dans le but de rester conforme aux autres PMN produits par l'INESSS, le terme TNC léger a été ajouté au titre. Le titre a donc été modifié comme suit:</p> <p><i>Initier un bilan sanguin à la suite du repérage de symptômes et signes suggestifs d'un trouble neurocognitif léger ou majeur.</i></p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p><b>RAPPORT EN SOUTIEN : OUTILS DE REPÉRAGE</b></p> <p><i>Il faut s'assurer dans l'application du protocole qu'il respecte l'approche personnalisée et de choisir judicieusement les tests qui se veulent de plus en plus la philosophie des soins en GMF-1<sup>e</sup> ligne.</i></p>	<p>Dans le cadre des travaux sur le repérage et le processus menant au diagnostic d'un TNC majeur élaboré par l'INESSS en 2015, les membres du comité consultatif avaient formulé plusieurs mises en garde sur le sujet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• adapter le choix des outils selon les symptômes du patient;</li> <li>• prendre en considération tous les facteurs pouvant influencer sur la performance et le rendement des outils et déterminer les facteurs confondants afin d'éviter un diagnostic erroné : environnement bruyant, anxiété attribuable à la première visite, problème d'audition ou de langage, effet indésirable dû à la prise de médicaments ou toute condition médicale pouvant être à l'origine ou représenter une source d'aggravation du TNC.</li> </ul> <p>Puisque ces mises en garde se retrouvent à plusieurs reprises dans les différents outils recommandés par l'institut et que ces outils sont référencés dans les annexes du PMN, les membres du comité consultatif ont préféré ne pas dupliquer les informations.</p>
<p><b>RAPPORT EN SOUTIEN : DOSAGE DE LA VITAMINE B12</b></p> <p>a) <i>Il y a parfois une mode de dosage de l'homocystéine surtout quand on revient de certains colloques américains. Serait-il pertinent d'ajouter un mot là-dessus?</i></p> <p>b) <i>Les laboratoires pourraient-ils assouplir leur réglementation pour le dosage de B12 chez les plus de 65 ans, ça peut devenir fastidieux de tout justifier en première ligne alors que des tests inutiles ou répétés sont faits souvent en spécialité.</i></p>	<p>a) Les vitamines B (folate (B9), B6 et B12) convertissent l'homocystéine (Hcy) en méthionine, un important acide aminé. Des niveaux élevés de Hcy dans le sang sont donc associés à de faibles niveaux de vitamines B. Ainsi, les taux sériques d'Hcy sont souvent utilisés comme étant une mesure indirecte des taux sériques de vitamine B12. Il est cependant important de préciser que les taux de Hcy sériques peuvent également être élevés en présence d'insuffisance rénale, d'hypertension chronique ou de diabète de type II, anomalies fréquentes chez les adultes plus âgés.</p> <p>b) Le besoin de justifier le dosage de la vitamine B12 provient des recommandations incluses dans le document sur l'<a href="#">Usage judicieux de 14 analyses biomédicales</a> publié par l'INESSS en 2014. Dans</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
	le cadre de ce projet, l'INESSS n'a pas eu le mandat de regarder la pertinence clinique des différents tests de laboratoire.
<p><b>RAPPORT EN SOUTIEN : DOSAGE DES FOLATES</b></p> <p><i>Outre la maladie caéliquie, avec la mode au sans gluten, devrait-on doser le folate selon aussi certaines habitudes alimentaires restrictives?</i></p>	<p>Puisque la prévalence de la carence en acide folique a beaucoup diminué au cours des dernières années depuis que les farines et certains autres aliments ont été enrichis avec ce type de supplément, le dosage de l'acide folique n'est presque plus offert. Certaines lignes directrices canadiennes recommandent même de traiter avec de l'acide folique les personnes chez qui une carence est soupçonnée, sans toutefois procéder à des tests de laboratoire<sup>2</sup>. Basés sur ces éléments justificatifs, les membres du comité consultatif ont donc décidé de ne pas inclure le dosage des folates dans les analyses complémentaires à faire au besoin.</p>
<p><b>RAPPORT EN SOUTIEN : DOSAGE DE L'ALBUMINE</b></p> <p><i>Il est bien de doser l'albumine, mais les valeurs peuvent être faussement basses, élevées ou rassurantes: voir ci-joint cet énoncé de position de la SQG sur la malnutrition chez les personnes âgées.</i></p> <p><a href="https://www.sggeriatrie.org/dl.php?file=2017-09_le_diagnostic_l39investigation_la_prise_en_charge_et_le_depistag.pdf">https://www.sggeriatrie.org/dl.php?file=2017-09_le_diagnostic_l39investigation_la_prise_en_charge_et_le_depistag.pdf</a></p>	<p>La section 3.1.5.2.1 du rapport en soutien a été modifiée afin de tenir compte des limites soulevées quant à l'utilisation du dosage de l'albumine à des fins diagnostics.</p>
<p><b>RAPPORT EN SOUTIEN : SÉROLOGIE SYPHILIS ET VIH</b></p> <p>A) <i>Doit-on avoir consentement plus élaboré, plus précis, par écrit ?</i>  B) <i>Si positif=déclaration MADO; par qui?</i>  C) <i>Qui annonce le diagnostic de l'ITS au patient?</i>  D) <i>La syphilis latente peut échapper au questionnaire actuel, de mon côté en clinique de cognition, je trouve au moins 1 à 2 cas par an en élargissant ma recherche et bonne réponse à la pénicilline. Il semble que le taux d'ITS serait plus élevé que l'on pense chez les plus de 65 ans. Je serais curieuse d'avoir l'opinion d'un Dr. Réjean Thomas sur ce sujet.</i></p>	<p>Le lien vers le guide québécois de dépistage sur les infections transmissible sexuellement et par le sang, mis à jour en 2019 par le MSSS, a été ajouté au PMN. Ce guide comprend plusieurs informations pertinentes concernant plusieurs des sujets soulevés.</p> <p><a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-13W.pdf">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-13W.pdf</a></p>

<sup>2</sup> Guidelines and Protocols Advisory Committee. Cobalamin (vitamin B12) deficiency - Investigation & Management. Victoria, BC : British Columbia Ministry of Health, British Columbia Medical Association (BCMA); 2013. Disponible à : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/cobalamin.pdf>.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p><b>RAPPORT EN SOUTIEN : IMAGERIE</b></p> <p>A) <i>Assez préoccupant mais il semble que l'imagerie cérébrale en cognition est lue de manière très différente en termes de spécificité d'un milieu à l'autre: faudrait-il impliquer des radiologistes?</i></p> <p>B) <i>Ce n'est pas l'objet de ce travail mais on ne peut pas mettre sur le même pied le scan et l'IRM tant par leur indication, technique, sensibilité, spécificité, radiation, préparation, etc.</i></p>	<p>Bien que la 5e CCCDTD ne semble plus tenir compte des critères de neuro-imagerie préalablement établis en 2008, l'INESSS ne peut y faire référence dans le PMN puisque les nouvelles recommandations n'ont pas encore été officiellement publiées.</p> <p>De ce fait, après discussion avec le comité consultatif, il a été convenu de retirer du PMN le tableau 2 présentant initialement les critères de neuro-imagerie de la CCCDTD4. Certaines situations cliniques suivantes qui y étaient listées ont cependant été regroupées et ajoutées à la section 4 du PMN. Les deux situations cliniques suivantes ont donc été ajoutées à la section comprenant les situations exigeant une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Présence de signes neurologiques focaux ou troubles de la marche;</li> <li>✓ Présence d'un tableau clinique inhabituel ou atypique (p.ex., détérioration rapide et inexplicable des facultés cognitives ou de l'état de l'autonomie fonctionnelle).</li> </ul>
<p><b>3. QUALITÉ SCIENTIFIQUE</b></p>	
<p>De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifieriez-vous la qualité scientifique du PMN?</p> <p><b>Réponse :</b> 7 / 10 : <i>Excellent document, démarche scientifique et aspect pratique</i></p>	<p>n.a</p>
<p><b>4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES</b></p>	
<p>Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Médecins, infirmières, population, professionnels de la santé.</i></p>	<p>n.a</p>

**Sigles et acronymes :** AVD : Activités de la vie domestique, AVQ : Activités de la vie quotidienne, CCCDTD : Conférence consensuelle canadienne sur le diagnostic et le traitement de la démence, DSM-V : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSQ : Dossier santé Québec, GMF : Groupe de médecine de famille, INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, IPS : Infirmière praticienne spécialisée, IRM : Imagerie par résonance magnétique, ITSS : Infections transmissibles sexuellement et par le sang, MADO : Maladies à déclaration obligatoire, MD : Médecin, MoCA : Montréal Cognitive Assessment, OC : Ordonnance collective, PMN : Protocole médical national, TNC : trouble neurocognitif, VDRL : Venereal Disease Research Laboratory.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Mme Andréanne Tardif, Infirmière pivot Alzheimer, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.	
<b>1. CONTENU GÉNÉRAL</b>	
<p>1.2. Les informations dans le protocole médical national (PMN) sont-elles bien présentées et faciles à lire ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Oui, très facile. Les informations y sont claires. J'ai ajouté quelques points directement dans le document qui pourrait être plus précis pour les infirmières qui vont utiliser cette ordonnance collective. N'oublions pas que les infirmières visées ne seront pas nécessairement des inf. spécialisées en troubles cognitifs donc on se doit d'être le plus clair et précis possible selon moi.</i></p>	<p>Les informations ont été ajoutées à la section 2 (contenu spécifique) de ce présent tableau et seront prises en considération dans l'élaboration de la version finale du PMN.</p>
<p>1.2. La méthodologie vous semble-t-elle appropriée (voir rapport en soutien)?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Oui, très complète et très détaillée. Il est bien d'ajouter le site web en référence lorsqu'il est pertinent de le faire ainsi nous pouvons accéder à plus d'informations. Je trouve intéressant que nous parlions de l'impact clinique de cette OC. Ainsi, les professionnels sont en mesure de bien comprendre le but des démarches.</i></p>	n.a
<p>1.3. Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Tout à fait au niveau des GMF et cliniques médicales où le travail est effectué en étroite collaboration avec les médecins de famille. Et où, une belle ouverture dans les dernières années du personnel médical à accepter l'utilisation des OC par les infirmières. J'utilise cette même OC en tant qu'inf. pivot Alzheimer et tous les médecins sont en accord avec cela et apprécient beaucoup. Par contre, il sera impossible pour les infirmières œuvrant à l'extérieur des cliniques (inf. à domicile, inf. en CLSC) d'utiliser cette OC, étant donné qu'elles n'ont pas accès au dossier médical du patient. Impossible de valider les résultats de prise de sang, les diagnostics, etc. Elles devront à ce moment, référer le patient à l'inf. GMF pour la suite de l'investigation.</i></p>	<p>Pour l'application de l'OC seule les résultats de laboratoire sont requis et ces derniers se trouvent dans le Dossier santé Québec (DSQ).</p> <p>Selon la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé, mis en place pour améliorer la qualité, l'efficacité et la performance du système québécois de santé, un intervenant autorisé est un intervenant du secteur de la santé et des services sociaux inscrit au registre des intervenants dont l'identité a été confirmée et à qui sont attribuées des autorisations d'accès aux banques de renseignements de santé d'un domaine clinique ou au système de gestion des ordonnances électroniques de médicaments, conformément aux règles particulières en matière de gestion de l'information définies par le dirigeant réseau de l'information du secteur de la santé et des services sociaux. Parmi les intervenants autorisés, on retrouve les médecins et les infirmières qui exercent leur profession dans un centre exploité par un établissement de santé, dans un cabinet privé de médecin ou dans un centre médical spécialisé. Le règlement prévoit que les autorisations d'accès peuvent être attribuées à un intervenant visé selon l'ordre professionnel auquel il appartient, sa spécialité, ses fonctions ou l'actif</p>

**COMMENTAIRES DES  
LECTEURS EXTERNES**

**RÉPONSES DE L'INESSS**

informationnel auquel il peut avoir accès. C'est le gestionnaire des autorisations d'accès qui doit demander les autorisations d'accès nécessaires afin qu'un intervenant visé puisse agir à titre d'intervenant autorisé. Lors de l'inscription d'un intervenant du secteur de la santé et des services sociaux au registre des intervenants autorisés, la Régie de l'assurance maladie du Québec lui attribue un numéro d'identification unique d'intervenant qui lui permet de se connecter au DSQ.

Après quelques vérifications auprès de parties prenantes, outre la demande d'accès au DSQ et la disponibilité d'un ordinateur (fixe ou portable) il n'y a aucune raison pour que les infirmières qui travaillent en CLSC ou à domicile n'aient pas accès au DSQ, lequel est un outil indispensable à leur pratique.

Du côté du CIUSSS de la Capitale Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches par exemple, il ne semble y avoir aucun problème pour les infirmières et tout semble très bien fonctionner.

Pour l'accès aux examens de laboratoire ainsi qu'à la médication, les infirmières en soins à domicile (SAD) et CLSC ont tous accès au DSQ puisqu'elles ont leur propre clé. C'est habituellement le CIUSSS qui paie les licences. L'icône doit être placée sur le portable et grâce à la clé DSQ et son code personnalisé, l'infirmière peut avoir accès en tout temps à tous les résultats d'un patient. Pour une tablette, il doit y avoir un adaptateur.

Pour optimiser la mise en application d'une OC à partir du modèle de l'INESSS, ces enjeux devront être pris en considération par les gestionnaires des établissements concernés.

<https://www.quebec.ca/sante/vos-informations-de-sante/dossier-sante-quebec/intervenants-autorises/>

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-9.0001>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>1.4. Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN et l'ordonnance collective sont-ils tous présents (voir rapport en soutien) ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Je crois que oui. Je n'ai pas constaté de manque.</i></p>	n.a
<p>1.5. Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>J'ai encore une fois ajouté quelques commentaires directement sur le document pour préciser certains points en me mettant dans la peau d'une inf. non spécialisée. Pour s'assurer de sa bonne compréhension.</i></p>	Les informations ont été ajoutées à la section 2 (contenu spécifique) de ce présent tableau et seront prises en considération dans l'élaboration de la version finale du PMN.
<p>1.6. Les références sont-elles d'actualité ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Oui, tous semblent récents et actuels. Plusieurs références utilisées sont pour moi en tant que IPA, des références que j'utilise régulièrement dans ma pratique.</i></p>	n.a
<p>1.7. Dans le contexte d'une OC appliquée au Québec par des professionnels autorisés est-ce que les contre-indications à l'application de l'OC par un professionnel, une infirmière praticienne spécialisée ou un médecin sont adéquates ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>J'y ai aussi ajouté des commentaires sur le document pour que ce soit plus clair. Il est important de ne pas ajouter des seuils de résultats au MMSE et au MoCA car beaucoup de patients ont de bons résultats à ces tests mais ont de grandes atteintes fonctionnelles. Bonne décision de ne pas mettre de seuil. Ça peut induire à l'erreur. Toujours prendre en considération autant les atteintes fonctionnelles que les résultats aux tests.</i></p>	Les informations ont été ajoutées à la section 2 (contenu spécifique) de ce présent tableau et seront prises en considération dans l'élaboration de la version finale de l'OC.
<p>1.8. Dans le contexte d'une OC appliquée au Québec par des professionnels autorisés est-ce que les limites ou situations exigeant une consultation obligatoire avec une infirmière praticienne spécialisée ou un médecin sont adéquates ?</p> <p><b>Réponse :</b> <i>Oui, elles le sont. J'ai ajouté un commentaire au niveau de quoi faire lorsque les résultats d'analyse sont hors normes. Par contre, dans le document C, je vois qu'il est spécifié de consulter un médecin ou une IPSPL si résultats anormaux. Est-ce nécessaire de l'ajouter dans le PMN aussi ? À vous de juger.</i></p>	n.a
<p><b>2. CONTENU SPÉCIFIQUE</b></p>	
<p><b>PMN : CONTRE INDICATIONS À L'APPLICATION DU PMN</b></p> <p>Ajouter la portion en gras italique à la phrase suivante:</p> <p>Si, suite à la première évaluation, les résultats (<b><i>autant au niveau des tests de repérage qu'au niveau fonctionnel</i></b>) démontrent que les fonctions cognitives ne sont pas compromises.</p>	Après discussion avec le comité consultatif, il a été convenu de ne pas modifier le libellé initialement présenté dans le PMN.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p><b>PMN : DIRECTIVES-APPRÉCIATION DE LA CONDITION DE SANTÉ</b></p> <p>Ajouter la portion en gras italique à la phrase suivante :</p> <p>apprécié de manière objective les atteintes rapportées ou suspectées (<i>cognitives avec tests de repérage Folstein, Horloge et MOCA, fonctionnelles évaluation de l'autonomie fonctionnelle ou comportementale, présence de SCPD</i>) à l'aide d'outils de repérage</p>	<p>Il a été convenu de ne pas modifier le libellé initialement présenté dans le PMN puisque les hyperliens vers les différents outils d'aide à la décision de l'INESSS, les fiches informatives sur les outils de repérage ainsi que le processus clinique interdisciplinaire en première ligne du MSSS ont été ajoutés dans un encadré et présenté dans les annexes II et III du protocole. Les professionnels pourront ainsi les consulter au besoin.</p>
<p><b>PMN : DIRECTIVES-RÉALISATION D'UN BILAN SANGUIN</b></p> <p><i>Nous travaillons également avec une OC nous autorisant à demander un ECG si une molécule (inhibiteur de la cholinestérase) est envisagée à être débutée. Notre OC comprend au niveau des analyses, la demande d'ECG.</i></p> <p><i>S'il n'y en a pas de récente (plus de 6 mois) au dossier. À titre informatif seulement, je comprends que cette OC ne comprend que les analyses de laboratoire.</i></p>	<p>Puisque le PMN et l'OC visés par les présents travaux concernent uniquement la réalisation d'un bilan sanguin lors du repérage, la demande d'ECG n'a pas été incluse.</p> <p>Selon le Guide d'usage optimal sur les traitements pharmacologiques de la maladie d'Alzheimer publié par l'INESSS en 2015 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant de prescrire un IAcHé, la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG), si cet examen est facile d'accès, représente une bonne pratique, mais n'est pas obligatoire.</li> <li>• En présence d'indices de signes ou symptômes associés à arythmie, bradycardie, syncope ou présyncope, l'ECG devrait être fait d'emblée.</li> </ul> <p><a href="https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Webinaires/Octobre_2015/INESSS_GUO_Alzheimer.pdf">https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Webinaires/Octobre_2015/INESSS_GUO_Alzheimer.pdf</a></p> <p>Dans le cadre des présents travaux, un PMN ainsi qu'une ordonnance individuelle d'ajustement des IAcHé et de la mémantine sera également produit. Nous vous invitons donc à consulter les documents qui seront publiés sur le site web de l'INESSS d'ici février 2020.</p>
<p><b>PMN : DIRECTIVES-RÉALISATION D'UN BILAN SANGUIN</b></p> <p><i>Le dosage de l'albumine est demandé d'emblée dans mon milieu de travail.</i></p>	<p>Le règlement du CMQ prévoit l'obligation de référer intégralement aux protocoles publiés par l'INESSS lorsque l'ordonnance porte sur une condition clinique visée par un tel protocole. Tous les établissements devront modifier leur OC portant sur la thématique du PMN lors de sa publication.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p><b>PMN : SUIVI DES ANALYSES DE LABORATOIRES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Déterminer si d'autres analyses de laboratoire sont à effectuer.</li> </ul> <p><i>Par l'infirmière d'emblée? Ou consultation avec le médecin à ce niveau? De notre côté, si résultats anormaux, on consulte le médecin et prévoit le suivi ou autres analyses avec lui.</i></p>	<p>Ce point a été enlevé du PMN puisqu'il était redondant avec le point : identifier les patients nécessitant un suivi particulier.</p>
<p><b>PMN : ANNEXE I : CRITÈRES DE NEUROIMAGERIE</b></p> <p>a) <i>Bien que la CCCDTD recommande une neuroimagerie chez les patients âgés de moins de 60 ans, beaucoup de médecins le demandent d'emblée chez les patients âgés de moins de 70 ans.</i></p> <p>b) <i>Traumatisme crânien grave survenu récemment (moins de 3 mois); <b>commotion cérébrale</b></i></p>	<p>Après discussion avec le comité consultatif et puisque les critères de neuro-imagerie seront modifiés dans les prochaines recommandations de la 5<sup>e</sup> CCCDTD qui sera publiée prochainement, le tableau 2 présentant les critères de neuro-imagerie de la CCCDTD4 datant de 2008 a été retiré du PMN. Certaines situations cliniques suivantes qui y étaient listées ont cependant été regroupées et ajoutées à la section 4 du PMN. Les deux situations cliniques suivantes ont donc été ajoutées à la section comprenant les situations exigeant une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Présence de signes neurologiques focaux ou troubles de la marche;</li> <li>✓ Présence d'un tableau clinique inhabituel ou atypique (p.ex., détérioration rapide et inexpliquée des facultés cognitives ou de l'état de l'autonomie fonctionnelle).</li> </ul>
<p><b>PMN : ANNEXE I – DÉFINITIONS DE TNC</b></p> <p>Ajouter la portion en gras italique à la phrase suivante:</p> <p>Un patient souffrant d'un TNC majeur présente un déclin cognitif significatif par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivomotrices <b><i>peut-être écrire praxie, orientation dans le temps et/ou l'espace ou cognition sociale</i></b>).</p>	<p>Il a été convenu de ne pas modifier le libellé initialement présenté dans le PMN puisque les définitions présentées proviennent intégralement du DSM-V.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p><b>PMN : ANNEXE III – APPRÉCIATION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE</b></p> <p><i>Il est essentiel d'interpeller le proche aidant pour l'évaluation fonctionnelle. Les patients ayant des signes de TNC majeur sont souvent en anosognosie non conscients de leurs pertes, c'est primordial de faire intervenir un proche du patient. Si le patient se présente seul, demander l'autorisation pour appeler ou prendre un autre rendez-vous avec le proche aidant. C'est très important pour préciser les atteintes fonctionnelles.</i></p>	<p>Ces informations sont mentionnées à plusieurs reprises dans les différents fiches et outils élaborés par l'INESSS qui sont référencés en annexe du présent PMN.</p>
<p><b>3. QUALITÉ SCIENTIFIQUE</b></p>	
<p>De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifieriez-vous la qualité scientifique du PMN?</p> <p><b>Réponse : 9 /10</b></p>	<p>n.a</p>
<p><b>4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES</b></p>	
<p>Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN?</p> <p><b>Réponse : Inf. clinicienne. Médecin.</b></p>	<p>n.a</p>

**Signes et acronymes :** CCCDTD : Conférence consensuelle canadienne sur le diagnostic et le traitement de la démence, CLSC : centre local de services communautaires, DSQ : Dossier santé Québec, ECG : Électrocardiogramme, GMF : Groupe de médecine de famille, IAcHE : inhibiteur de l'acétylcholinestérase, INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, IPS : Infirmière praticienne spécialisée, MoCA : Montréal Cognitive Assessment, MMSE : Mini-mental state examination, OC : Ordonnance collective, PMN : Protocole médical national, SAD : soins à domicile, TNC : trouble neurocognitif.

## ANNEXE F

### Sondage futurs utilisateurs

#### Questions générales

1. Quelle est votre profession ?

Omnipraticien

Infirmière clinicienne

Infirmière praticienne spécialisée

Pharmacien communautaire

Pharmacien d'établissement

2. Veuillez nous indiquer comment vous aimeriez être cité dans le rapport final pour votre participation à ce projet (nom, spécialité, acronymes, affiliation, établissement) ?

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Questions portant sur le protocole médical national sur l'initiation d'un bilan sanguin chez les personnes qui présentent des symptômes et signes suggestifs d'un trouble neurocognitif majeur

3. Le **contenu** du protocole médical national sur l'initiation d'un bilan sanguin est **pertinent** à ma pratique ou à celle de mes collègues (adapté à la réalité et aux besoins du terrain) :

*Totalement en désaccord*

*Plutôt en désaccord*

*Plutôt en accord*

*Totalement en accord*

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Le protocole médical national sur l'initiation d'un bilan sanguin présente les informations de façon **claire et facile à comprendre** :

*Totalement en désaccord*

*Plutôt en désaccord*

*Plutôt en accord*

*Totalement en accord*

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Le protocole médical national contient toutes les informations nécessaires pour aider le professionnel habilité à initier un bilan sanguin chez des personnes âgées de 65 ans<sup>3</sup> et plus chez qui un trouble neurocognitif (TNC) majeur est soupçonné et dont les symptômes et signes ont été objectivés.

*Totalement en désaccord*    *Plutôt en désaccord*    *Plutôt en accord*    *Totalement en accord*

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Les situations exigeant une attention particulière, une investigation supplémentaire ou une réévaluation sont justes et pertinentes?

*Totalement en désaccord*    *Plutôt en désaccord*    *Plutôt en accord*    *Totalement en accord*

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Questions portant sur le modèle d'ordonnance collective

7. Le contenu du modèle d'ordonnance collective est **pertinent** à ma pratique ou à celle de mes collègues (adapté à la réalité et aux besoins du terrain) :

*Totalement en désaccord*    *Plutôt en désaccord*    *Plutôt en accord*    *Totalement en accord*

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Le modèle d'ordonnance collective présente les informations de façon **claire et facile à comprendre** :

*Totalement en désaccord*    *Plutôt en désaccord*    *Plutôt en accord*    *Totalement en accord*

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Dans le modèle d'ordonnance collective, les limites ou situations pour lesquelles une consultation avec le prescripteur autorisé qui suit la personne est obligatoire sont claires pour moi :

*Totalement en désaccord*    *Plutôt en désaccord*    *Plutôt en accord*    *Totalement en accord*

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Suite aux commentaires recueillis lors des différentes consultations auprès des lecteurs externes et des futurs utilisateurs, les membres du comité consultatif ont convenu d'abaisser l'âge limite inférieur du PMN à 60 ans.

## Commentaires supplémentaires

10. Avez-vous des **commentaires supplémentaires** sur la qualité, la clarté et la convivialité du protocole médical national et du modèle d'ordonnance collective sur l'initiation d'un bilan sanguin chez les personnes âgées de 65 ans<sup>4</sup> et plus chez qui un TNC majeur est soupçonné et dont les symptômes et signes ont été objectivés?

*Commentaires :* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Autres commentaires :

*Commentaires :* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

<sup>4</sup> Suite aux commentaires recueillis lors des différentes consultations auprès des lecteurs externes et des futurs utilisateurs, les membres du comité consultatif ont convenu d'abaisser l'âge limite inférieur du PMN à 60 ans.

# ANNEXE G

## Résultats du sondage auprès des futurs utilisateurs

**Tableau G-1 Traitement des réponses au sondage des futurs utilisateurs**

QUESTIONS	Répartition des réponses (5 répondants)	%
1. Quelle est votre profession?	Infirmière clinicienne (n= 4)	80
	Infirmière praticienne spécialisée (n= 0)	0
	Omnipraticien (n= 1)	20
2. Veuillez nous indiquer comment vous aimeriez être cité dans le rapport final.	s.o	
<b>PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL SUR LA RÉALISATION D'UN BILAN SANGUIN</b>		
3. Le contenu du PMN sur la réalisation d'un bilan sanguin est pertinent à ma pratique ou à celle de mes collègues (adapté à la réalité et aux besoins du terrain).	Non répondu (n= 0)	0
	Totalement en désaccord (n= 0)	0
	Plutôt en désaccord (n= 0)	0
	Plutôt en accord (n= 0)	0
	Totalement en accord (n= 5)	100
4. Le PMN sur la réalisation d'un bilan sanguin présente les informations de façon claire et facile à comprendre.	Non répondu (n= 0)	0
	Totalement en désaccord (n= 0)	0
	Plutôt en désaccord (n= 0)	0
	Plutôt en accord (n= 0)	0
	Totalement en accord (n= 5)	100
5. Le PMN contient toutes les informations nécessaires pour aider le professionnel habilité à initier un bilan sanguin chez des personnes âgées de 65 ans <sup>5</sup> et plus chez qui un trouble neurocognitif (TNC) majeur est soupçonné et dont les symptômes et signes ont été objectivés.	Non répondu (n= 0)	0
	Totalement en désaccord (n= 0)	0
	Plutôt en désaccord (n= 0)	0
	Plutôt en accord (n= 0)	0
	Totalement en accord (n= 5)	100
6. Les situations exigeant une attention particulière, une investigation supplémentaire ou une réévaluation sont justes et pertinentes.	Non répondu (n= 0)	0
	Totalement en désaccord (n= 0)	0
	Plutôt en désaccord (n= 0)	0
	Plutôt en accord (n= 1)	20
	Totalement en accord (n= 4)	80
<b>MODÈLE D'ORDONNANCE COLLECTIVE SUR LA RÉALISATION D'UN BILAN SANGUIN</b>		
7. Le contenu du modèle d'ordonnance collective est pertinent à ma pratique ou à celle de mes collègues (adapté à la réalité et aux besoins du terrain).	Non répondu (n= 0)	0
	Totalement en désaccord (n= 0)	0
	Plutôt en désaccord (n= 1)	20
	Plutôt en accord (n= 0)	0
	Totalement en accord (n= 4)	80
8. Le modèle d'ordonnance collective présente les informations de façon claire et facile à comprendre.	Non répondu (n= 0)	0
	Totalement en désaccord (n= 0)	0
	Plutôt en désaccord (n= 0)	0
	Plutôt en accord (n= 1)	20
	Totalement en accord (n= 4)	80
9. Dans le modèle d'ordonnance collective, les limites ou situations pour lesquelles une consultation avec le	Non répondu (n= 0)	0
	Totalement en désaccord (n= 0)	0

<sup>5</sup> Suite aux commentaires recueillis lors des différentes consultations auprès des lecteurs externes et des futurs utilisateurs, les membres du comité consultatif ont convenu d'abaisser l'âge limite inférieur du PMN à 60 ans.

prescripteur autorisé qui suit la personne est obligatoire et du degré d'urgence de la situation sont claires pour moi.	Plutôt en désaccord (n= 0)	0
	Plutôt en accord (n= 0)	0
	Totalement en accord (n=5)	100
10. Avez-vous des commentaires supplémentaires sur la qualité, la clarté et la convivialité du PMN et du modèle d'OC sur la réalisation d'un bilan sanguin chez les personnes âgées de 65 ans <sup>6</sup> et plus chez qui un trouble neurocognitif majeur est soupçonné et dont les symptômes et signes ont été objectivés?	Voir tableau G-2	

**Sigles et acronymes** : OC : ordonnance collective, PMN : protocole médical national, s.o : sans objet, TNC : troubles neurocognitifs.

**Tableau G-2 Traitement des commentaires des futurs utilisateurs**

COMMENTAIRES REÇUS	RÉPONSE DE L'INESSS
<b>PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL ET MODÈLE SUR LA RÉALISATION D'UN BILAN SANGUIN</b>	
S'il est accepté par le CMDP de notre établissement, je vois une pertinence à utiliser le contenu, surtout pour les situations exigeant une attention particulière et les critères de neuro-imagerie.	Le règlement du CMQ prévoit l'obligation de référer intégralement aux protocoles publiés par l'INESSS lorsque l'ordonnance porte sur une condition clinique visée par un tel protocole. Tous les établissements devront modifier leur OC portant sur la thématique du PMN lors de sa publication.
L'information présentée est claire et utile.	n.a
La lecture de ces informations est intéressante et pertinente. Toutefois, je me questionne si les utilisateurs de cette ordonnance collective vont se référer systématiquement à ces informations. En effet, dans notre CIUSSS, lors d'un repérage des troubles neurocognitifs, les infirmières utilisent un questionnaire dans lequel les analyses demandées sont déjà déterminées et donc rapidement demandées dans la feuille de laboratoire.	Le règlement du CMQ prévoit l'obligation de référer intégralement aux protocoles publiés par l'INESSS lorsque l'ordonnance porte sur une condition clinique visée par un tel protocole.
<b>MODÈLE D'ORDONNANCE COLLECTIVE SUR LA RÉALISATION D'UN BILAN SANGUIN</b>	
Le modèle d'ordonnance collective n'est pas tant utile dans la pratique terrain, puisque les informations relatives au bilan sanguin à initier n'y sont pas inscrites. Il s'agit plus d'un document qui sera utilisé par la direction des soins infirmiers/CMDP	Les modèles d'ordonnance produits par l'INESSS sont facultatifs et sont proposés pour faciliter le travail d'élaboration d'une ordonnance. Il n'est donc pas obligatoire de les utiliser intégralement. Le contenu du protocole publié par l'INESSS est par contre obligatoire.
Le peu d'information écrit y est clair et facile à comprendre	n.a
Les limites ou situations pour lesquelles une consultation avec le prescripteur autorisé qui suit la personne est obligatoire et du degré d'urgence de la situation sont très clairement énoncé	n.a
<b>COMMENTAIRES GÉNÉRAUX</b>	

<sup>6</sup> Suite aux commentaires recueillis lors des différentes consultations auprès des lecteurs externes et des futurs utilisateurs, les membres du comité consultatif ont convenu d'abaisser l'âge limite inférieur du PMN à 60 ans.

<p>L'impact fonctionnel n'est pas toujours facile à valider surtout si le patient est rencontré seul.</p> <p>Bilan sanguin à faire si dépistage avec déclin cognitif significatif car TNC majeur soupçonné mais non objectivé?</p>	<p>Il est effectivement difficile, au stade du repérage d'établir de quel type de TNC le patient est atteint et si l'état fonctionnel est compromis ou non. Bien que tous les professionnels de la santé et des services sociaux peuvent repérer les signes d'une atteinte fonctionnelle, il s'avère cependant plus difficile en première ligne d'apprécier de façon objective l'autonomie d'une personne pour réaliser les AVQ et les AVD.</p> <p>Les membres du comité consultatif ont donc statué que devant une plainte cognitive objectivée, toutes les personnes âgées de 60 ans et plus devraient bénéficier d'un bilan sanguin, peu importe le type de TNC soupçonné, avec ou sans suspicion d'une atteinte de l'autonomie fonctionnelle.</p> <p>Afin d'éviter la confusion, de limiter l'utilisation du PMN à la clientèle ciblée et dans le but de rester conforme aux autres PMN produits par l'INESSS, le terme TNC léger a été ajouté au titre. Le titre a donc été modifié comme suit:</p> <p><i>Initier un bilan sanguin à la suite du repérage de symptômes et signes suggestifs d'un trouble neurocognitif léger ou majeur.</i></p>
<p>Je me questionne sur la pertinence de mettre l'annexe II et III qui selon moi alourdit le document.</p>	<p>Les annexes II et III ont été ajoutées au PMN de manière à pouvoir mieux outiller les professionnels si besoin et afin d'optimiser l'intégration des différents outils cliniques élaborés dans le cadre du plan Alzheimer.</p>
<p>Bon contenu intéressant pour la pratique</p> <p>Quelques fautes d'orthographe dans le tableau 2 et section TNC (p.3).</p> <p>Annexe II, je me questionne pourquoi à la fiche 5 de 6 il n'y a que la progression de la maladie d'Alzheimer plutôt que progression des TNC majeurs</p>	<p>Les fautes d'orthographe ont été corrigées et les documents seront envoyés en révision linguistique avant leur publication officielle sur le site web de l'INESSS.</p> <p>L'échelle de détérioration globale de Reisberg (GDS) proposée afin de surveiller la progression de la MA dans la fiche 5 est présentée à titre indicatif uniquement; d'autres échelles de stadification peuvent également être utilisées.</p>
<p>Documents d'une grande qualité pour nos équipes de soins en première ligne.</p>	<p>n.a</p>

**Sigles et acronymes** : CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, CMQ : Collège des médecins du Québec, OC : ordonnance collective, n.a : non-applicable, PMN : protocole médical national, TNC : troubles neurocognitifs.

# ANNEXE H

## Mandat du comité consultatif

### Mandat

Le comité consultatif a pour mandat d'accompagner l'INESSS dans ses travaux sur la réalisation des nouveaux protocoles médicaux et ordonnances associées ou la mise à jour afin d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique et l'acceptabilité professionnelle du produit livré et ce en fournissant des informations, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. Ils offrent aussi de la rétroaction à différentes étapes du projet.

À cette fin, le comité devra notamment :

- prendre connaissance de la revue de littérature portant sur les sujets des nouveaux protocoles médicaux nationaux;
- prendre connaissance de la revue de littérature publiée depuis la publication des protocoles médicaux nationaux et des ordonnances associées à mettre à jour et des modifications proposées par l'INESSS;
- prendre connaissance des livrables proposés par l'INESSS ou des modifications apportées et les commenter;
- fournir de l'information contextuelle et expérientielle;
- contribuer à dénouer les enjeux de contenu le cas échéant;
- contribuer à la formulation des recommandations finales;
- commenter sur l'applicabilité des livrables dans le réseau de la santé;
- se prononcer sur les produits de transfert de connaissances et les stratégies d'implantation.

## **ANNEXE I**

### **Mandat du comité d'excellence clinique en usage optimal du médicament, des protocoles médicaux nationaux et ordonnances**

#### **Mandat**

Le mandat du Comité d'excellence clinique en usage optimal du médicament et des protocoles médicaux nationaux et ordonnances consiste à assurer la rigueur scientifique ainsi que l'acceptabilité professionnelle et sociale des productions de l'INESSS.

À cette fin, les membres partagent leurs connaissances et expertises en appui à l'exercice du cycle d'activités scientifiques de l'Institut en matière de priorisation, production, soutien à l'implantation, mesure et évaluation.



### Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
418 643-1339

### Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12<sup>e</sup> étage, bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
514 873-2563  
[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)