

# Processus clinique et la collaboration interprofessionnelle

**Karine Ménard infcl, Dr. Claude Patry et Mireille Cliche, TS**

**Ressources territoriales du plan ministériel sur les troubles neurocognitifs majeurs  
CIUSSS de la Capitale-Nationale**

**Colloque Alzheimer 6 mai 2022**



**Aucun conflit d'intérêt**

# Objectifs

- Souligner l'importance de l'interdisciplinarité dans le processus clinique en GMF et dans tout le continuum de soins et de services pour la clientèle atteinte de TNCM et leur proche aidant
- Présenter le rôle de chaque professionnels en GMF et les zones de collaboration
- Décrire les avantages au diagnostic précoce et de l'enseignement prioritaire

# Processus clinique interdisciplinaire en GMF



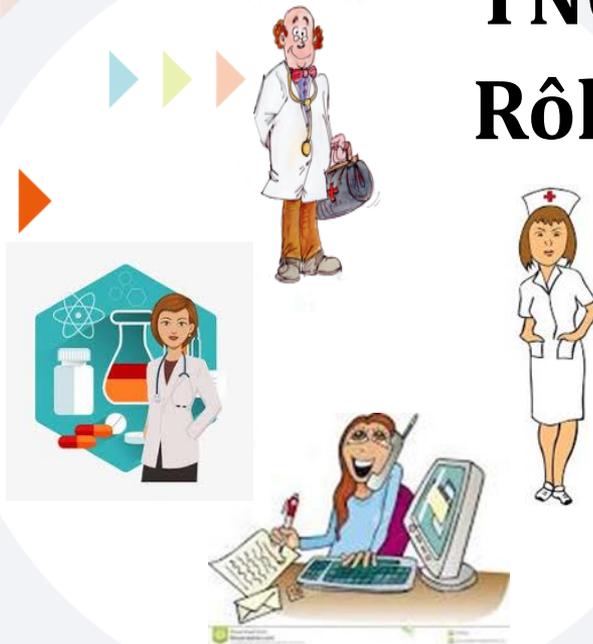
# Diagnostic précoce

## Avantages

1. Augmente l'opportunité de chercher du soutien
2. Accès à des traitements/recherches et mise sur la santé cognitive
3. Aide à préparer l'avenir
4. Améliore l'accès aux soins et services
5. Améliore la condition financière
6. Diminue les risques
7. Retarde l'hébergement
8. Réduit l'épuisement des proches aidants

# TNCM

## Rôles équipe GMF





# Médecin et IPSPL

- Évaluation avancée de l'état de santé
- Vérification si présence de facteurs confondants
- Anamnèse, l'examen physique et neurologique
- Investigation complémentaires si besoin
- Diagnostique le TNCM et en faire l'annonce à la personne et son proche (*médecin et IPSSM*)
- Prescription, dépréciation ou ajuste la médication
- Promouvoir la santé cognitive et l'adoption des saines habitudes de vie
- Référencement vers les médecins spécialistes, les professionnels (GMF, CLSC, communautaires ou privés).
- Assure l'évaluation et les suivis nécessaires en partenariat avec l'utilisateur, le proche aidant



# Infirmier(ère) clinicien(ne)

- Administre les tests cognitifs
- Vérifie la présence de changements d'humeur ou de SCPD
- Documente la présence de changements fonctionnels
- Vérifie l'histoire familiale, le contexte psychosocial le soutien en place
- Effectue un suivi téléphonique post diagnostic
- Applique les ordonnances collectives et de protocoles
- Rencontre la personne atteinte et/ou son proche pour un enseignement prioritaire selon TNCM diagnostiqué
- Réévalue l'état mental au 6 à 12 mois
- Accompagne la personne atteinte et ses proches tout au long de la trajectoire de soins et de services.



# Pharmacien(ne)

Procède à la collecte de données et l'histoire médicamenteuse

Évalue la condition physique et mentale de l'utilisateur dans le but d'assurer l'usage approprié des médicaments

Révisé la pharmacothérapie et l'analyse en fonction des risques et des bénéfices;

Optimise la pharmacothérapie en collaboration avec l'équipe traitante

Émet des recommandations à l'équipe traitante,

Convient avec le médecin ou l'IPSPL du plan thérapeutique lui permettant d'amorcer certaines thérapies

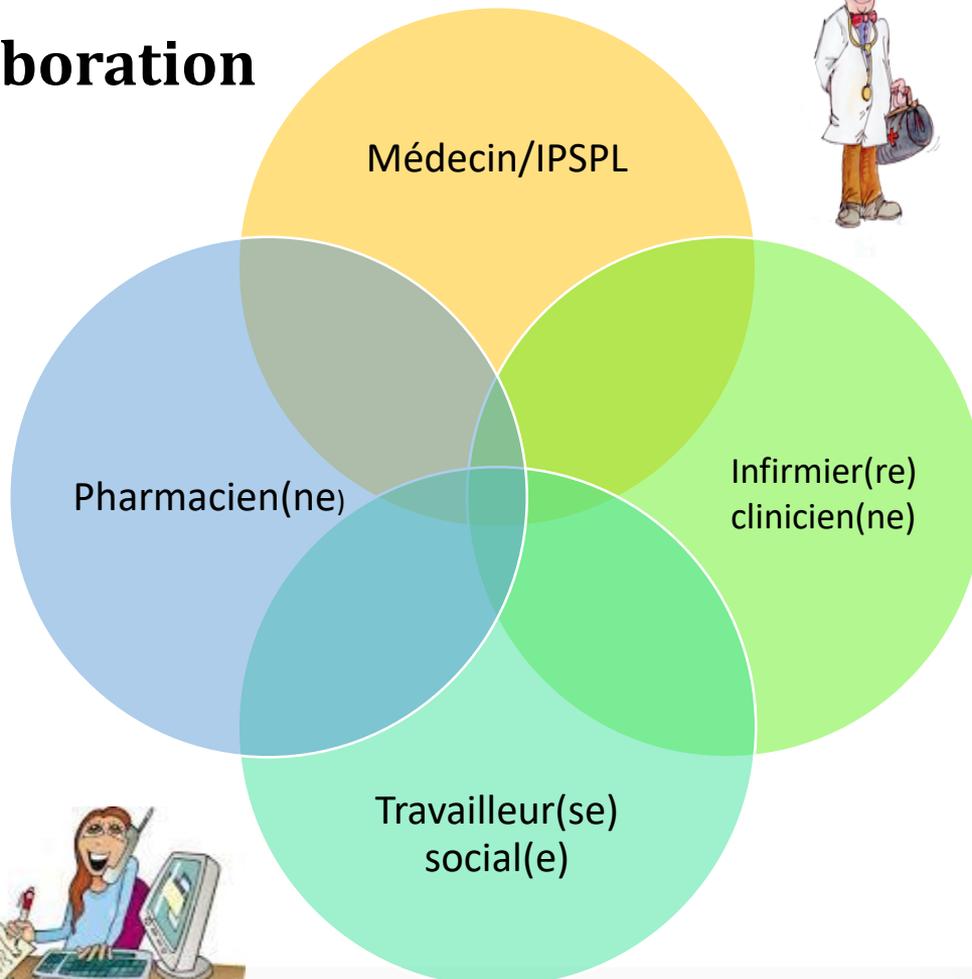
Assure l'évaluation et les suivis nécessaires en partenariat avec l'utilisateur, le proche aidant et les partenaires pertinents.



# Travailleur(se) social(e)

- Évalue le fonctionnement social de la personne atteinte et/ou de l'aidant
- Évalue et intervient en situation de préjudices (autonégligence, crise, maltraitance, risque de suicide et d'homicide)
- Met en place des mesures de protection pour assurer la sécurité des usagers
- Intervient lorsque présence de fragilités et de problèmes sociaux (précarité financière, tensions familiales, difficultés émotionnelles, abus de substance, épuisement de l'aidant, etc.)
- Informe et intervient dans les contextes (trouble d'adaptation, de problème de communication, de SCPD, d'isolement, de deuil (perte du permis, relogement, vieillissement, maladie)
- Informe des services disponibles et encourage à accepter l'aide
- Assure un suivi cours terme et réfère aux bons partenaires pour la suite.

# Zones de collaboration GMF



La situation

- Complexe Besoins bio-psycho-sociaux de la personne, de ses proches ou de la communauté + Complexe

L'intention

Établir un partenariat avec la ou les personnes

informer

Échanger de l'information

Se concerter sur les objectifs disciplinaires

Partager les décisions et les actions en lien avec un objectif commun

Les interactions

Pratique indépendante



Pratique en parallèle



Pratique par consultation / référence



Pratique de concertation



Pratique de soins et de services partagés



Augmentation de l'interdépendance



# Évolution des TNCM

## Zones de collaboration GMF, SAD et CHSLD

**Léger**

GMF

**Modéré**

GMF et SAD

**Sévère**

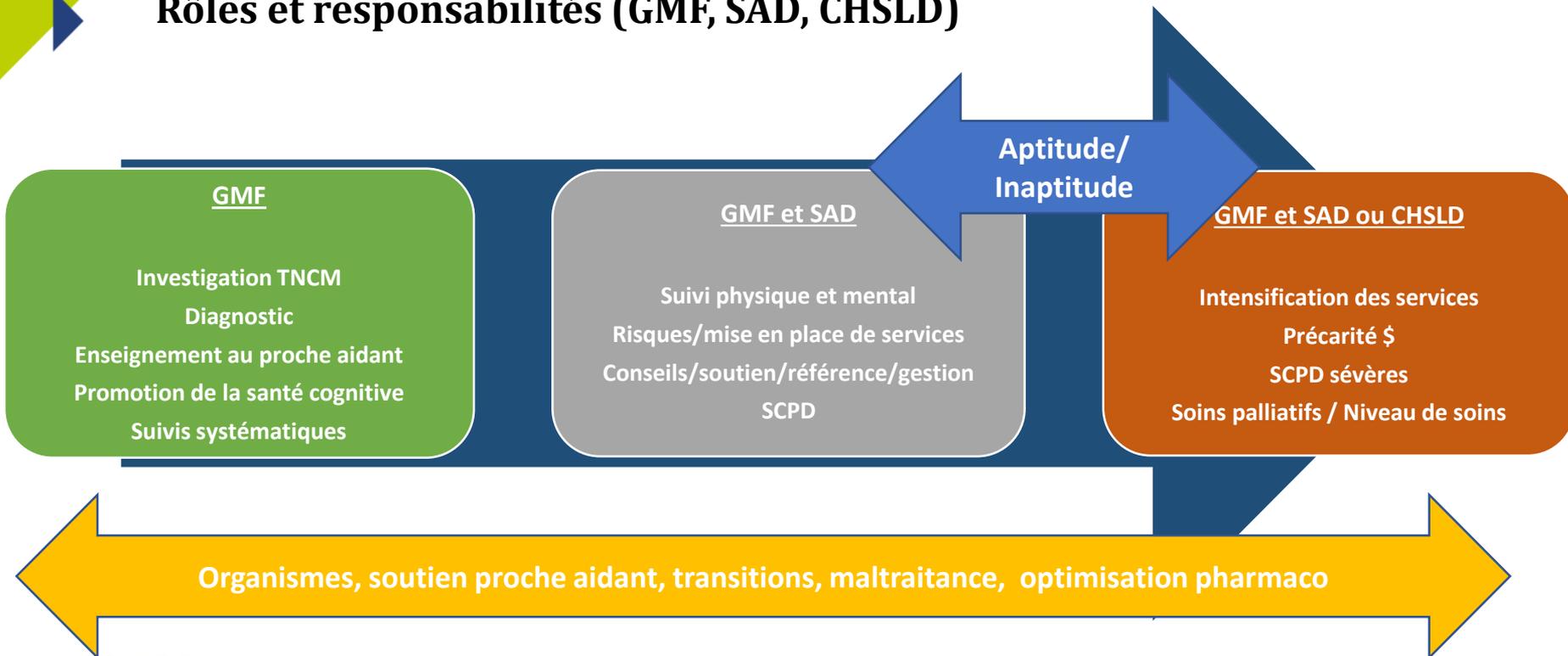
SAPA

(GMF et SAD ou CHSLD)

# Évolution TNCM

## Continuum de soins et des services

### Rôles et responsabilités (GMF, SAD, CHSLD)



# Références

- Alzheimer's Disease International (2011); Cohen C.A., *Caregivers for people with dementia. What is the family physician's role?* Canadian Family Physician, 46 376-8
- Bergman,H et coll.(2009), *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées - Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer.* Santé et services sociaux Québec
- Dubois, B. et coll. (2016) Timely diagnosis for Alzheimer's disease: a Literature review on benefits and challenges. Journal of Alzheimer's disease, 49, 617-631, 2
- MSSS (2019) Processus clinique interdisciplinaire en première ligne <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001071/>
- Prince, M., Bryce, R., Ferri, C., (2000) World Alzheimer report: the benefits of early diagnosis and intervention.
- RCPI (2011) Schéma des pratiques de collaboration en santé et services sociaux. Université Laval