

# **Plan d'action ministériel sur les troubles cognitifs liés au vieillissement : une évaluation de l'implantation et des résultats des projets initiaux en vue d'une généralisation progressive au Québec.**

## **CONTEXTE DU PROJET**

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (MA/MA) sont une préoccupation majeure des décideurs, des cliniciens et du public du fait du nombre de personnes atteintes, des conséquences pour ces personnes et leurs proches aidants et des coûts pour la société<sup>1</sup>. Il importe donc d'innover pour contenir la pression sur le système de santé que l'augmentation du nombre de personnes souffrant de ces troubles cognitifs engendre puisqu'on estime qu'un baby-boomer sur cinq en sera atteint<sup>2</sup>. Les MA/MA sont de plus très souvent associées à des maladies chroniques<sup>3</sup>. Cette comorbidité complexifie l'offre de services requis par la situation biopsychosociale de ces personnes et appelle à l'innovation clinique et organisationnelle<sup>4</sup>. Il existe de nombreux bénéfices au repérage et au traitement précoce des MA/MA. Les médecins de famille et les autres professionnels de première ligne sont les mieux placés pour cela. Quatre conférences de consensus canadiennes recommandent depuis 1989 que les MA/MA soient diagnostiquées et prises en charge en première ligne<sup>5</sup>. Cependant, il existe encore actuellement de nombreuses difficultés pour concrétiser cette recommandation, telles qu'une absence de détection ou de diagnostic des MA/MA en première ligne<sup>6</sup> (moins de la moitié des personnes atteintes sont diagnostiquées), ainsi qu'une faiblesse des relations entre la première ligne médicale, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les cliniques spécialisées (cliniques de mémoire/cognition, gériatrique)<sup>1</sup>. Il est donc reconnu comme essentiel d'améliorer rapidement le repérage et la prise en charge de ces personnes<sup>1</sup>.

Le Canada est d'ailleurs reconnu internationalement pour la qualité et l'importance des innovations qu'il a réalisées ces dernières années pour réorganiser les services sociaux et de santé destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie, notamment dans la perspective de leur meilleure intégration<sup>7</sup>. Il est aussi proactif quant aux pratiques exemplaires qui doivent être adoptées pour répondre aux besoins des personnes avec MA/MA. Citons le plan d'action ministériel sur les troubles cognitifs liés au vieillissement du Québec, faisant suite au dépôt du rapport du comité d'experts mandaté par le MSSS (rapport Bergman)<sup>2</sup>. Il a été élaboré de façon innovante en tenant compte notamment des pratiques exemplaires déjà implantées dans certains Groupes de Médecine de Famille, les Unités de Médecine Familiale ou les regroupements de médecins en première ligne (qui seront par la suite nommés GMF/UMF)<sup>8</sup>, ainsi que de l'avis d'experts de cliniques mémoire, de cliniques de cognition, de spécialistes des troubles cognitifs (qui seront nommés par la suite cliniques mémoire) et d'équipes spécialisées dans les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD). L'objectif général du plan porte sur une meilleure prise en charge des besoins des personnes atteintes de MA/MA vivant à leur domicile et de leurs proches, ce qui exige une offre de service en première ligne adaptée qui soit adéquatement soutenue par des services de deuxième et troisième ligne appropriés. Ce plan est basé sur le modèle de gestion des maladies chroniques<sup>9</sup> et le modèle de soins collaboratifs<sup>10</sup> adaptés aux spécificités de la population visée. Ainsi, ce plan se met maintenant en œuvre sous la forme d'une première vague de projets innovants ciblés et fondés sur les GMF/UMF. Les projets seront déployés

sur le territoire québécois pour une période de 24 mois (à partir d'avril 2013) avec l'aide du groupe de soutien ministériel à l'implantation. Ces projets doivent permettre de répondre étroitement aux besoins des clientèles visées en termes d'accessibilité, de continuité et de qualité des services. Le FRQS-MSSS souhaite mettre en place une recherche évaluative continue tout au long de l'implantation de ces projets pour permettre le suivi et l'ajustement progressif des structures de services aux défis que posent leur implantation, et pour soutenir leur transférabilité vers d'autres contextes.

Pour ce faire, notre équipe se basera sur l'étude pilote réalisée sur les nouvelles pratiques mises en place dans certains GMF/UMF du Québec en réaction au rapport Bergman<sup>2</sup> entre 2009 et 2013, date de début de l'implantation du plan ministériel.

## **OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES**

L'objectif général de cette recherche évaluative et participative est d'identifier les composantes organisationnelles et cliniques clés des interventions innovantes et les meilleures pratiques de conduite du changement qui permettent d'optimiser la prise en charge des personnes souffrant de MA/MA. Ceci permettra de soutenir le transfert de connaissances à destination des projets sélectionnés par le MSSS pour raffiner les interventions mises en place, mais aussi vers d'autres organisations du réseau de la santé en vue de la généralisation progressive de ces interventions.

### Objectifs spécifiques :

1. Dresser un portrait initial des pratiques, des processus et des structures qui se mettent en place au sein des projets innovants.
2. Soutenir le développement des capacités d'innovation des praticiens et des gestionnaires locaux, dans la perspective de la mise en œuvre des projets soutenue par une description des conditions favorables et défavorables à leur implantation.
3. Évaluer la satisfaction des aidants et des médecins et infirmières à l'égard des projets.
4. Mesurer l'évolution des pratiques, des processus et des structures qui se mettent en place et montrer les effets de ces innovations en termes notamment d'accessibilité, de continuité des services, d'efficacité et de qualité des soins.
5. Caractériser les meilleures pratiques professionnelles, organisationnelles et de conduite du changement en vue de la généralisation progressive des projets.
6. Élaborer des indicateurs de résultats à long terme adaptés aux besoins des gestionnaires de ces projets.

## **MÉTHODOLOGIES**

### Cadre conceptuel et orientation méthodologique générale (Figure 1)

L'étude de l'implantation de ces innovations s'effectuera en mobilisant les orientations méthodologiques et conceptuelles :

- De l'*Évaluation des interventions complexes*<sup>11,12,13,14</sup> qui estime nécessaire de s'intéresser à la dynamique d'implantation des projets (en accord avec les recommandations de Greenhalgh et ses collaborateurs sur la diffusion des innovations en santé<sup>15</sup>) en même temps qu'à l'évaluation des effets.

- De l'*Évaluation développementale*<sup>16,17</sup>, proche de l'évaluation réaliste<sup>18</sup>, de la recherche participative<sup>19,20,21</sup> et de l'échange intégré des connaissances<sup>22,23</sup>, qui permettent de développer des connaissances mobilisables rapidement pour et dans l'action.

Dans le but de produire rapidement des résultats pertinents pour les partenaires clés (le MSSS, les gestionnaires, les cliniciens, les patients et leurs proches aidants), l'équipe de recherche conduira une évaluation des projets centrée sur l'évaluation des processus organisationnels et cliniques qui se mettent en place, sur la dynamique d'implantation et d'innovation et sur les conditions de transfert dans d'autres milieux. Sachant que le changement réel des pratiques est un long processus, nous identifierons aussi quelques effets précoces intermédiaires qui peuvent apparaître en deux ans et mettrons en place une stratégie de développement d'indicateurs de résultats à plus long terme qui répondent aux besoins des acteurs clés. L'équipe propose des indicateurs de résultats précoces qui tiennent compte des dimensions de la performance énoncées par le MSSS, telles que précisées dans l'appel à projet Pfizer-FRQS-MSSS. Conformément aux principes de la recherche participative et de l'*évaluation développementale*, l'équipe de recherche travaillera en étroite collaboration avec le MSSS et les autres partenaires clés pour raffiner et valider de manière consensuelle les indicateurs choisis ou à construire.

Nous proposons une méthode mixte de recherche de type séquentiel<sup>24</sup> permettant à la fois de saisir la richesse des dynamiques locales d'implantation et de l'expérience des personnes concernées (cliniciens et patients-aidants) et de mesurer la mise en place des projets et leurs résultats de façon objective. L'évaluation se réalisera en trois phases :

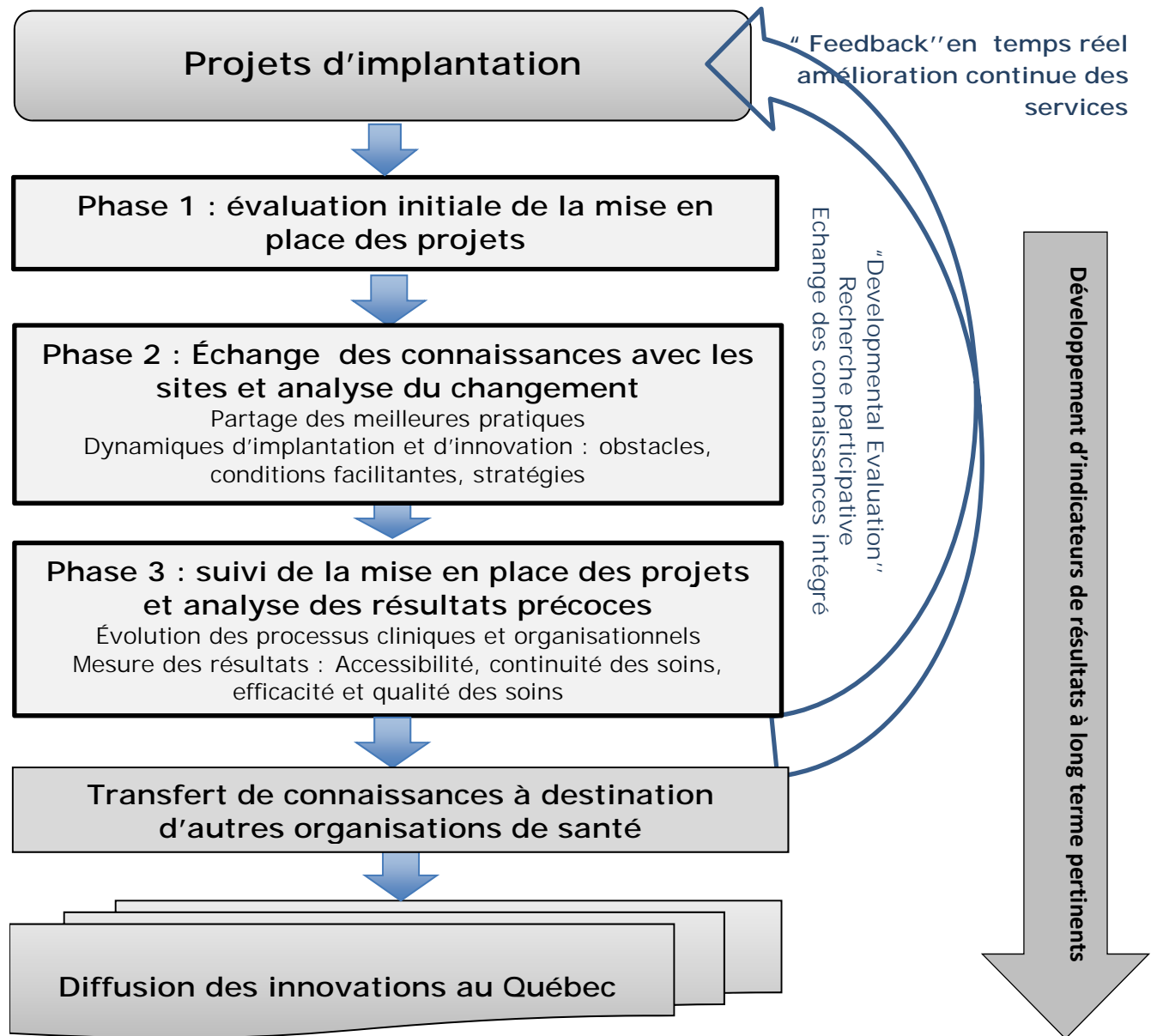
- phase 1 quantitative et qualitative (objectif 1): Portrait initial des éléments cliniques et organisationnels mis en place. Nous dresserons initialement un portrait des projets d'implantation et de leur contexte populationnel à partir d'une analyse documentaire effectuée à partir des éléments attendus par le MSSS, d'une étude transversale par questionnaire des caractéristiques organisationnelles et cliniques des projets et d'une série d'entrevues auprès de personnes-clé dans l'élaboration du plan ministériel.

- phase 2 qualitative (objectifs 2 et 3): analyse du changement et des conditions optimales de transfert de connaissances et d'accompagnement du changement. Nous irons dans les différents sites pour présenter aux cliniciens et gestionnaires les données initiales issues de la phase 1. Nous mènerons ensuite une étude de cas multiples approfondie sur un échantillon de certains de ces projets, qui restent encore à déterminer, afin de comprendre les écarts entre les différents projets et de repérer les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles et les stratégies d'implantation les plus prometteuses (la dynamique d'implantation et d'innovation et les stratégies d'implantation des projets en égard aux conditions favorables et défavorables rencontrées) ainsi que l'évolution de la satisfaction des cliniciens et des aidants. Les cliniciens et gestionnaires pourront ainsi améliorer leurs projets en s'inspirant des meilleures pratiques identifiées.

- phase 3 quantitative (objectifs 4 et 5): Suivi de la mise en place des projets d'implantation et analyse des résultats précoces. Par une étude quasi-expérimentale de type pré-post, nous identifierons l'évolution au cours du temps des réponses aux questionnaires organisationnels et cliniciens utilisés à la phase 1. Nous mesurerons aussi quelques résultats précoces tels que l'accessibilité et la continuité des services, l'efficacité et la qualité des soins par une revue ciblée des dossiers de patients suivis dans les GMF/UMF participants à un projet.

En parallèle, nous développerons avec les partenaires des indicateurs de résultats à plus long terme (objectif 6) qui pourront être utilisés ultérieurement pour évaluer les résultats de l'intervention sur l'utilisation des services et les coûts, entre autres. L'équipe concevra notamment une étude de l'utilisation des services et une étude de coûts (en partenariat avec l'INSPQ).

**Figure 1 : Cadre conceptuel**



## Méthodes spécifiques

### **Phase 1 qualitative et quantitative : portrait initial**

#### Analyse de contenu des documents produits par les projets et le MSSS.

Nous réaliserons une analyse documentaire rétrospective de contenu<sup>25</sup> des documents décrivant les projets. Il s'agit de textes ministériels cadrant les projets : le rapport Bergman<sup>2</sup>, les travaux préparatoires à l'élaboration du plan<sup>8</sup>, leur transcription dans des documents locaux et les documents relatifs à leur mise en œuvre. Il s'agira d'identifier les paramètres de conception des projets locaux d'implantation ainsi que les caractéristiques du contexte qu'ils visent à modifier.

#### Entrevues avec les promoteurs, décideurs et implantateurs du plan d'action ministériel

La qualité de l'implantation d'une innovation est influencée par les premiers stades de son développement, dès le processus d'idéation<sup>26</sup>. Ainsi, alors que les approches classiques de l'innovation cherchent à l'étudier comme la résultante de l'adéquation des attributs de l'innovation à ceux de ses utilisateurs, les approches récentes privilégient une approche processuelle de l'innovation<sup>15</sup>.

Concrètement, il s'agit ici de comprendre comment le processus de sélection des projets, de la rédaction de l'appel à projet à l'activité de sélection en tant que telle, a engagé la réalisation de chacun des projets dans un sens ou dans l'autre. Nous voulons donc réaliser un entretien d'explicitation de la pratique<sup>27</sup> auprès d'acteurs ayant participé aux niveaux national et régional au processus de sélection. Ces entretiens, d'au plus 60 minutes, seront réalisés au téléphone. Les personnes visées au niveau national sont un concepteur scientifique de l'appel à projet, un concepteur ministériel, le responsable administratif de l'appel à projet, trois membres du comité de sélection. Sur le plan régional, une personne ayant porté la rédaction du projet pour chacun des RUIS sera rencontrée. Les contenus nominatifs du processus de sélection ne seront pas explorés. L'entretien sera centré sur les dimensions procédurales.

#### Enquêtes auprès des sites.

Trois enquêtes par questionnaires seront menées au début de l'étude (phase 1) et de nouveau à 15 mois (phase 3) dans tous les GMF participants.

Une enquête organisationnelle (**Annexe A**) sera menée dans tous les GMF/UMF de l'étude. Pour mesurer les écarts entre, d'une part, les processus et structures prescrits dans le rapport Bergman<sup>2</sup> et les documents ministériels (notamment le Cahier des exigences structurelles et de contenu) et, d'autre part, les processus et structures observés dans les projets, nous réduirons et combinerons pour les besoins de cette étude trois questionnaires<sup>28-30</sup> déjà validés permettant d'évaluer les attributs organisationnels suivants :

- historique de l'innovation,
- structure/fonctionnement du GMF notamment les ressources humaines et matérielles, outils utilisés tels que les guides de pratiques, les dossiers patients électroniques d'ordonnances collectives,
- le processus de prise en charge des patients,
- la coordination/continuité des soins notamment les accords développés avec les partenaires notamment avec les cliniques mémoires et les CSSS

- les effets inattendus du programme.

Notre équipe contactera directement le médecin responsable des GMF-UMF, ou toute personne qu'il jugera compétente, pour la complétion de ce questionnaire.

Afin d'avoir une vision plus globale de la collaboration entre la première ligne et les services spécialisés de seconde ligne, nous distribuerons également un questionnaire aux cliniques mémoires associées aux projets à propos des références qu'elles reçoivent des GMF/UMF. Nous demanderons à un membre du personnel de ces services de compléter ce questionnaire (Annexe G) pour 100 références ou une période de 6 mois.

De plus, une enquête sera menée auprès de tous les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé qui pratiquent dans les GMF/UMF participants aux projets à l'étude en utilisant le Questionnaire sur les pratiques, connaissances et attitudes (**Annexe B**). Le gestionnaire ou le directeur du site participant approchera, au préalable, les médecins et infirmières que nous contacterons dans un deuxième temps. Au moyen de questions et de vignettes cliniques, cette enquête permettra de mettre en lumière l'état actuel des connaissances et des pratiques en évaluant le degré de confort des cliniciens vis-à-vis du repérage des troubles cognitifs dans leur population, du diagnostic des MA/MA et de la prise en charge des patients avec MA/MA. Ce questionnaire permettra aussi d'évaluer les pratiques des cliniciens (ex. utilisation d'outils, références vers les cliniques mémoires) et leur satisfaction vis-à-vis du soutien offert par les cliniques mémoires.

Analyses: Des statistiques descriptives seront produites au niveau de chaque site et les résultats seront rendus à chacun des projets, avec sa situation à l'égard de l'ensemble des autres projets, lesquels seront anonymisés (moyenne, minimum, maximum). Ceci permettra un processus de type *benchmarking* qui permet habituellement d'améliorer la performance des cliniciens, la capacité managériale des gestionnaires et la qualité des soins de première ligne<sup>31, 32</sup>; les données seront présentées aux projets pour qu'ils puissent évaluer ce qu'ils sont en train de faire, se comparer aux autres projets et améliorer leurs façons de faire<sup>33</sup>. Nous ferons une synthèse et combinerons les données issues de la documentation et des enquêtes afin de regrouper les projets qui partagent des caractéristiques communes par sous-groupes homogènes et d'en élaborer une typologie.

## **Phase 2 qualitative : analyse du changement et des conditions optimales de transfert de connaissances et d'accompagnement du changement**

Les questions de recherche auxquelles nous voulons répondre dans cette phase qualitative sont les suivantes : (1) Comment les projets Alzheimer ont-ils été mis sur pied dans les organisations de première ligne du Québec? ; et, (2) Quels sont les facteurs individuels/professionnels, organisationnels et institutionnels qui favorisent ou empêchent l'implantation du projet Alzheimer dans son contexte spécifique de réalisation ? Pour cela, nous mobiliserons un cadre d'analyse issu de la théorie de la diffusion des innovations. En effet, prenant acte de cette complexité, les travaux les plus systématiques sur la diffusion d'innovations<sup>15</sup> invitent à délaisser l'analyse des attributs de l'innovation (ce qui caractérise l'innovation) au profit d'une approche processuelle de sa mise en œuvre dans les contextes réels. Les écrits scientifiques posent le moment de l'appropriation par les acteurs locaux de l'innovation comme étant le plus riche d'information<sup>34</sup>, notamment dans une perspective de transfert des connaissances vers d'autres contextes désirant les implanter<sup>35</sup>. Ces auteurs définissent l'innovation dans le champ de la santé comme un : « *set of behaviours, routines*

*and ways of working, along with any associated administrative technologies and systems, which are: Perceived as new by a proportion of key stakeholders; Linked to the provision or support of health care; Discontinuous with previous practice; Directed at improving health outcomes, administrative efficiency, cost-effectiveness, or the user experience; and implemented by means of planned and coordinated action by individuals, teams or organisations.* »<sup>15,p.2</sup>. La présente étude s'intéressera aux phases de dissémination de l'innovation (zone de création de l'innovation), puis de son adoption et de sa mise en œuvre (Figure 2). Sur le plan de la mise en œuvre, nous retenons les catégories d'analyse proposées par Greenhalgh et ses collaborateurs portant sur 1) la valeur ajoutée de l'innovation au regard des pratiques existantes, 2) la compatibilité de ce qu'elle propose avec le contexte réel de pratique, 3) la simplicité de sa mise en œuvre, et 4) son adaptabilité aux conditions locales. Il s'agit aussi de mettre à jour la satisfaction des cliniciens impliqués dont le soutien perçu par les médecins de première ligne au regard de la 2<sup>ème</sup>-3<sup>ème</sup> ligne, le développement d'une approche populationnelle et hiérarchisée et une approche inspirée du modèle de gestion des maladies chroniques, la perception de l'efficacité des interventions, les ajustements à promouvoir

Afin de répondre adéquatement à ces questions, une étude de cas holistique multiple à devis longitudinal et comparatif sera conduite<sup>36</sup>. Les projets choisis pour cette phase seront sélectionnés en fonction des résultats de l'analyse des projets effectuée lors de la phase 1 et de la variété des configurations documentées. Le choix des cas découlera donc de la prise en compte de variables environnementales comme la proximité d'un hôpital ou de ressources spécialisées, la ruralité et les caractéristiques de la population. Nous prévoyons réaliser quatre collectes de données :

Collecte no1. : Entretiens rétrospectifs semi-dirigés (Annexe C): Nous réaliserons quatre entretiens de type explicitation<sup>27</sup> pour chacun des projets sélectionnés : auprès du responsable local de l'implantation, d'un médecin, d'un professionnel du GMF/UMF et d'un représentant d'un partenaire clinique (ex. : provenant d'une clinique mémoire) concernés par l'innovation. Cette collecte se répétera à l'année 1 et 2. L'entretien d'explicitation est une modalité très spécifique d'entretien qui cherche à faire énoncer par les répondants la dimension opérationnelle de leur action (la composante discursive procédurale) plutôt que la dimension représentationnelle du discours. Le guide d'entretien est construit de façon à collecter cinq types d'information : a) les conditions locales ayant influencé l'implantation (ex. : présence de champions); b) les incidents critiques et les conflits de conception<sup>37</sup> dont l'analyse permet de reconstruire le processus de traduction de l'innovation. Ces incidents critiques, positifs ou négatifs, sont des moments cruciaux de l'appropriation locale de l'innovation; c) les caractéristiques des innovations en tant que telles ; d) les effets perçus sur la qualité des soins et la prise en compte des besoins des résidents et e) les besoins des acteurs en termes d'accompagnement. Le recrutement des participants concernés par la mise en œuvre du projet se fera en partenariat avec le responsable de chacun des projets retenus.

Collecte no2. : Observations directes non participantes : Nous réaliserons trois temps d'observation (six mois, 12 mois et 18 mois d'implantation) des réunions de gestion du projet. L'observation portera sur la stratégie globale de mise en œuvre, les adaptations en cours d'implantation, les processus de traduction, les formes de concertation, la prise en compte du point de vue des aînés et l'insertion du projet dans le continuum de services. L'observation permet de mieux comprendre l'information obtenue par entretien, notamment

en la mettant en contexte, mais aussi en lui donnant de la validité en confirmant ou infirmant le discours<sup>38</sup>. Les temps d'observations seront convenus avec le responsable, en fonction de leur pertinence. Les personnes observées seront celles impliquées de facto dans l'activité observée.

Collecte no3. : Entretiens auprès de proches aidants (Annexe D) : Nous réaliserons trois entretiens de type compréhensif<sup>39</sup> auprès de proches aidants ayant expérimenté l'innovation. Ces entretiens porteront sur l'expérience vécue des projets. Ils se dérouleront au 18<sup>ème</sup> mois de la mise en œuvre. Ces entretiens permettront de comprendre l'expérience des patients et des aidants notamment vis-à-vis de l'accessibilité (ex. accès à l'infirmière pivot), de la continuité des soins et de l'efficacité, ainsi que les pistes d'amélioration éventuelles. Des proches aidants ayant une expérience récente des services et pour lesquels aucun état d'épuisement avancé n'a été constaté seront identifiés avec l'infirmière coordonnatrice et contactés.

Collecte no4. Groupes de discussion : Pour les GMF/UMF qui ne bénéficieront pas des entretiens de la collecte numéro 1, nous effectuerons des groupes de discussion rassemblant 5 ou 6 acteurs clés après le 18<sup>ème</sup> mois de l'enquête. Les personnes les plus concernées par le plan Alzheimer seront invitées à participer au groupe de discussion. Les participants devront représenter la diversité des acteurs des GMF-UMF et de leurs partenaires. Leur identification se fera en partenariat avec le chargé de projet du RUIS concerné. Les groupes de discussion porteront sur les résultats préliminaires de la recherche et viseront leur validation écologique. Les résultats seront de quatre ordres : les caractéristiques des projets innovants, les stratégies de conduite du changement prometteuses, les stratégies de transfert adaptées aux GMF/UMF, les indicateurs développés.

Outils de collectes de données : Tous les outils de collecte de données sont des adaptations d'outils développés dans d'autres recherches que nous avons conduites sur des dispositifs ayant des caractéristiques similaires à ceux-ci. Les grilles d'observation découlent d'une approche de type analyse processuelle de l'innovation.

Stratégies d'analyse du processus d'invention : L'analyse des données issues des quatre collectes de données suivra les étapes du processus hybride déductif-inductif selon Fereday et Muir-Cochrane (2006)<sup>40</sup>. Chaque document, entretien et observation sera analysé à l'aide du logiciel N'Vivo 8 à partir d'une matrice catégorielle croisant les catégories analytiques de la théorie de l'innovation présentées dans le cadre théorique et les paramètres de conception de l'innovation identifiés lors de l'analyse documentaire (phase 1). Cela permettra de documenter l'écart entre ce qui est attendu et ce qui est réalisé, de mieux comprendre comment les acteurs locaux ont concrétisé l'implantation de l'approche et d'en évaluer les effets perçus. Cette connaissance du réalisé permettra d'identifier les conditions locales auxquelles les innovations répondent et d'explicitier le processus de leur production. L'analyse sera attentive aux caractéristiques locales, notamment le caractère urbain, semi-urbain et rural des projets, ainsi qu'aux caractéristiques des Réseaux locaux de services dans lesquels les projets s'insèrent. Pour assurer la fiabilité du codage, une validation inter-juges sera réalisée. Il y aura triangulation des informations issues de l'analyse documentaire avec les discours, de façon à qualifier l'écart entre les deux.

### **Phase 3 quantitative : évolution des éléments organisationnels et cliniques mis en place et analyse des résultats intermédiaires**



Pour évaluer l'évolution de la mise en place des éléments cliniques et organisationnels, des connaissances-attitudes-pratiques des médecins et des infirmières ainsi que de l'apparition de résultats intermédiaires précoces, nous mènerons une étude quasi-expérimentale de type pré-post.

#### Enquête organisationnelle et questionnaires médecins et infirmières.

À 15 mois, nous referons compléter par les sites les mêmes questionnaires organisationnels et les mêmes questionnaires médecins et infirmières que lors de la phase 1 (**Annexe A** et **Annexe B**). Ceci nous permettra notamment d'évaluer l'amélioration dans l'état des connaissances et des pratiques des cliniciens, leur degré de confort vis-à-vis du repérage, du diagnostic et de la prise en charge de leurs patients avec MA/MA et leurs aidants et leurs pratiques de références vers les cliniques mémoires après l'implantation des projets.

#### Revue de dossiers

En complément, une revue de dossiers permettra de mesurer de façon objective l'évolution des pratiques cliniques (**Annexe E**). Nous étudierons des indicateurs très ciblés, facilement et rapidement mesurables dans les dossiers des patients : 1) en termes de pratiques des GMF/UMF: taux de repérage des troubles cognitifs des patients (taux de réalisation des tests cognitifs), taux de diagnostic des MA/MA, taux de patients référés en clinique mémoire, en équipe SCPD (ces trois premiers éléments représentent les indicateurs principaux) et motifs des références, nombre de visites de suivi des patients par le GMF/UMF, taux de traitement par inhibiteur de la cholinestérase/mémantine. 2) en termes de pratiques des cliniques mémoires – équipes SCPD : délai d'intervention et envoi du compte-rendu aux GMF/UMF. Pour être faisable, cette revue de dossiers sera limitée aux personnes de 75 ans ou plus (ayant la plus forte prévalence de MA/MA). Deux périodes de temps de 9 mois seront considérées (durant les mêmes mois de l'année pour tenir compte de l'effet saisonnier) : une période *pré*, avant le lancement du Plan Alzheimer (oct. 2011-juil 2012) et une période *post*, après le lancement du PA (oct. 13 – juil. 2014). La revue de dossiers sera conduite de façon rétrospective dans chacun des GMF/UMF participants. La faisabilité de cette revue de dossiers et des indicateurs proposés a été évaluée avec succès dans une étude pilote. Pour les GMF ayant participé à cette étude pilote, nous réutiliserons la deuxième collecte qui correspond à la période pré PA (oct. 2011-juil 2012) de ce présent projet. Nous n'irons ensuite collecter des données que pour la période post PA. Pour les autres GMF/UMF les deux périodes de collecte seront faites : pré et post PA. La cohorte pré-intervention comptera 75 dossiers de patients tirés au sort dans chaque GMF/UMF parmi les patients âgés de 75 ans et plus, ayant eu au moins une visite pendant la période *pré*. La cohorte post-intervention comptera un autre échantillon aléatoire de 75 dossiers de patients tirés au sort parmi les patients âgés de 75 ans et plus, ayant eu une visite dans la période *post* et qui n'ont pas été sélectionnés à la période *pré*. Au total, ceci représente un échantillon de 3,750 dossiers. Au besoin, un sur-échantillon de patients ayant des troubles cognitifs sera ajouté pour s'assurer d'inclure un minimum de 50 dossiers de démence et troubles cognitifs.

À partir de la fiche sommaire du dossier patient, des notes écrites, de la liste des médications et des comptes rendus, des infirmières de recherche ou autres professionnels de santé feront l'extraction des données sociodémographiques, des co-morbidités<sup>41</sup> et des indicateurs ciblés de pratiques au sein des GMF/UMF qui seront affectés. Notre étude pilote nous permet d'estimer que trois mois seront nécessaires pour réaliser la collecte de données dans chaque GMF. *Processus de collecte de données pour la revue de dossier*

Notre équipe a préparé une base de données pour l'entrée de données dans une application web sécuritaire faite sur mesure par le Département d'Épidémiologie de l'Hôpital Général Juif. De plus, un manuel d'utilisateur, utilisé dans une autre étude, a été préparé et testé par plusieurs membres de notre équipe pour détailler les critères d'évaluation pour chacune des questions.

Un assistant de recherche, une infirmière de recherche ou un autre professionnel de la recherche en santé sera recruté et formé dans chaque région pour effectuer le recueil des données. L'entrée de données se fera aux GMF participants à partir d'un ordinateur portable que nous fournirons. L'associée de recherche (Geneviève Arsenault-Lapierre) assurera la gestion des assistants de recherche et la coordination entre les sites.

La liste des patients 75 ans et plus de chaque GMF sera identifiée de façon automatisée et sécuritaire à l'aide d'une méthode créée par John Fletcher (programmeur) et qui a été approuvée par le comité d'éthique de l'Hôpital Général Juif.

Le processus de sélection des dossiers patients qui seront consultés sera comme suit (voir figure X). D'abord, nous obtiendrons une liste de tous les patients de plus de 70 ans inscrits au GMF durant la période d'intérêt (A sur la figure). Elle nous sera donnée par un employé du GMF autorisé à avoir accès à cette information sur le site de la RAMQ. Cette liste sous forme PDF (A) sera sauvegardée sur une clé USB qui sera conservée en tout temps au sein du GMF.

Afin de sélectionner uniquement les patients âgés de 75 ans et plus, une liste aléatoire de 400 dossiers sera produite (B sur la figure). Pour ce faire, la clé USB contenant la liste (A) sera connectée à l'ordinateur portable de l'infirmière de recherche et notre statisticienne y accèdera à distance grâce au logiciel TeamViewer. Chacune des étapes qui suivent seront donc effectuées sur l'ordinateur de l'infirmière de recherche, à l'intérieur du GMF.

Un code Java, écrit par John Fletcher, nous permettra d'extraire du PDF les informations dont nous aurons besoin et d'en faire un fichier CSV. Nous extrairons les informations suivantes : Nom, Prénom, NAM, Numéro dossier, Date de prise d'effet, Date début GMF, Date de fin GMF, No GMF, Code de vulnérabilité/Date de début code, Statut et Raison. Le code Java déduira ensuite la date de naissance du patient et son sexe à partir de son numéro d'assurance maladie (NAM).

Les données seront ensuite entrées dans SAS et un code d'identification individuel (my\_ID) sera créé. Il sera composé de la lettre H ou F, selon le genre du participant, de sa date de naissance et d'une série de 4 ou 5 chiffres aléatoires. Puisque nous ne nous intéressons qu'aux patients de 75 ans et plus, l'âge de chaque patient au début de la période sera déterminé et tous ceux de moins de 75 ans seront retirés. Ensuite, un indicateur sera créé pour déterminer si le patient a un code 8 de vulnérabilité.

Nous devrions donc obtenir un échantillon d'environ 400 patients. Ce nombre peut varier selon le nombre de patients de 75 ans et plus inscrits au GMF. Nous créerons ensuite une liste sous format PDF (B : population générale) contenant les informations suivantes sur ces 400 patients : NAM, numéro dossier, my\_ID, date de naissance, âge, sexe, indicateur de code 8 et date de fin GMF. Nous créerons aussi un deuxième échantillon aléatoire contenant uniquement des patients avec un code 8 afin de rendre plus simple le sur-échantillonnage des patients ayant reçu un diagnostic de démence, de MCI ou ayant eu de faibles résultats aux

tests cognitifs. Cette liste PDF (B : code 8) contient les mêmes informations que la liste PDF (B : population générale) et contient généralement moins de 100 patients. À des fins de contrôle de qualité, la statisticienne conservera une copie de ces deux listes dans laquelle les colonnes NAM et Numéro dossier auront été effacées. Les listes avec le NAM et le numéro de dossier seront conservées sur la clé USB et utilisées par les infirmières de recherche à l'étape de la collecte de données. Les listes sans information nominative seront transférées sur le serveur de l'Hôpital général juif grâce à TeamViewer, au cas où la statisticienne et l'infirmière de recherche doivent discuter de quelque chose sur les listes.

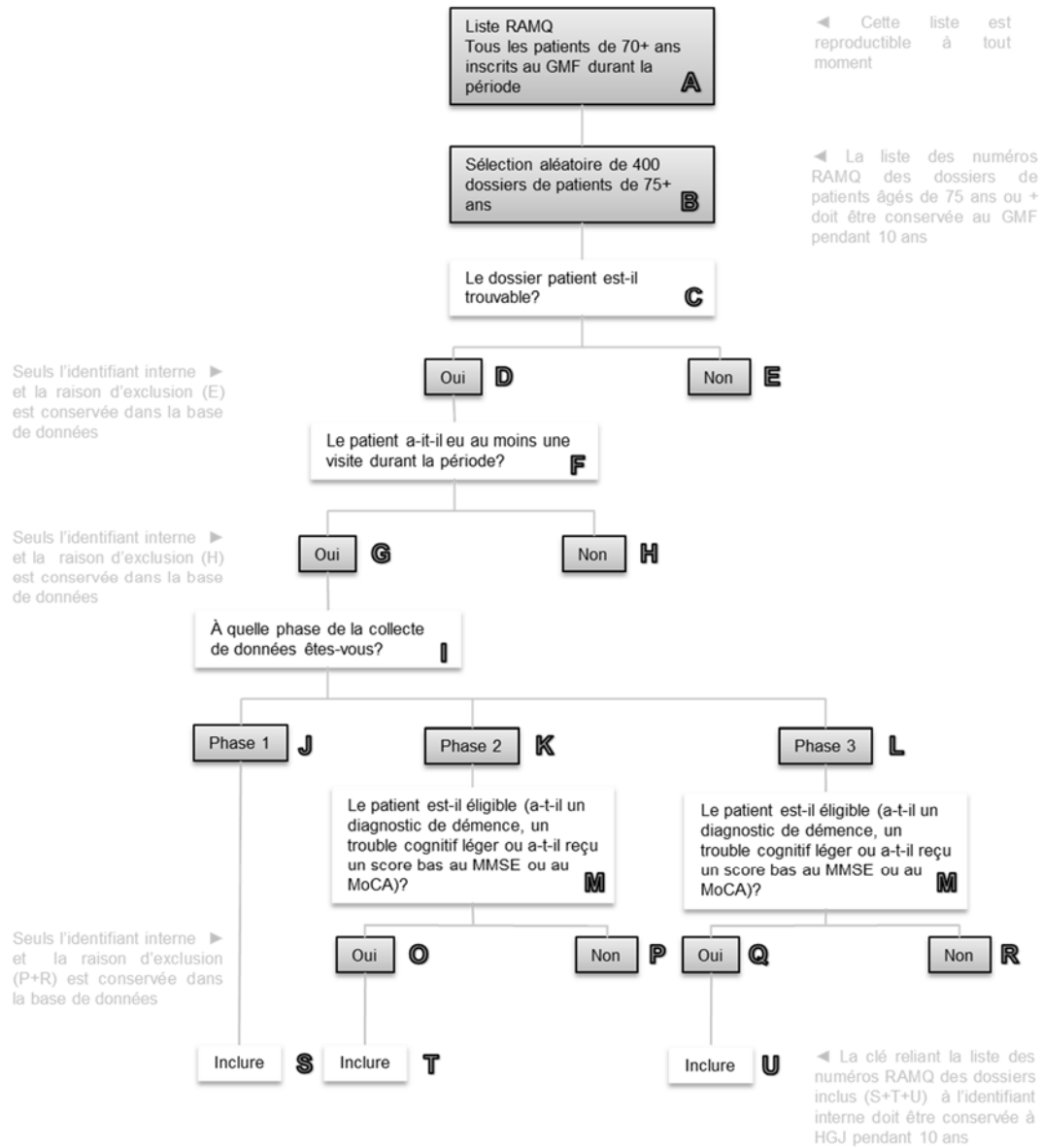
À partir de cette liste PDF (B), les assistants de recherche n'entreront dans la base de données web, que les informations des patients dont le dossier est trouvable (voir C sur figure) et qui ont eu au moins une visite durant la période (voir figure). Dans le cas du sur-échantillonnage, seuls les informations des dossiers trouvables, qui ont eu au moins une visite et qui ont un diagnostic de démence ou trouble cognitif léger ou un score bas aux tests cognitifs seront collectées.

Afin de créer la clé d'identification pour les patients participant à la recherche, reliant leur numéro My-ID et leur NAM, nous transférerons également sur le serveur de l'Hôpital général juif, grâce à TeamViewer, la liste contenant les informations nominatives des patients présélectionnés (B). À la fin de la collecte de données, notre statisticienne passera la liste dans SAS et un code nous permettra de ne conserver que le numéro My\_ID et le NAM des patients que nous avons finalement inclus dans l'étude. Ainsi, toutes les informations sur les patients dont les données n'ont pas été entrées dans la base de données seront effacées. Cette clé d'identification sera conservée pendant 10 ans sur le serveur de l'Hôpital général juif dans un dossier séparé.

Une fois toutes les listes créées et transférées, nous couperons l'accès à distance vers l'ordinateur de l'infirmière de recherche. La clé USB contenant la liste des patients présélectionnés (B) sera conservée de manière sécuritaire au sein du GMF et nous rappellerons aux infirmières de recherche que les informations contenues sur cette clé ne devront pas quitter le GMF.

Une fois la collecte de données terminée, la liste des patients présélectionnés (B) sera imprimée puis supprimée de la clé USB. Cette liste imprimée sera conservée au GMF durant 10 ans en tant que preuve qu'ils nous ont fourni cette information pour notre étude.

**Figure 2 : Arbre décisionnel de la sélection des participants à la revue de dossiers**



**Analyses:**

Deux niveaux d'analyse seront conduits: au niveau des sites et au niveau des patients.

Au niveau des sites, des analyses descriptives seront menées. Les réponses aux questionnaires cliniciens de la 3<sup>ème</sup> phase seront comparées à celles de la 1<sup>ère</sup> phase. Les taux de repérage et de diagnostic seront calculés pour la période *pré* et *post* pour chacun des sites participants. Des graphiques avec les taux *pré* et *post* incluant les erreurs-types pour chaque sites seront faits pour donner une vue d'ensemble et permettre du 'benchmarking' entre les sites.

Au niveau des patients, les résultats de la revue de dossiers de la période *post* seront comparés à ceux de la période *pré*, une analyse multi-niveaux au niveau des patients incluant tous les projets sera menée pour 1) déterminer si une différence statistique existe entre la cohorte *pré* et *post* au regard des indicateurs principaux, 2) tester pour une variance significative entre GMF et 3) identifier les meilleures pratiques, c'est-à-dire, les caractéristiques organisationnelles des GMF/UMF, les composantes de l'intervention mise en place et les pratiques-connaissances-attitudes des cliniciens conduisant aux meilleurs résultats. Comme les patients de chaque GMF/UMF sont probablement plus homogènes que les patients d'autres sites, une variable d'ajustement pour les sites sera incluse dans le modèle pour prendre en compte cette corrélation intra-site. De plus, les modèles seront ajustés pour les caractéristiques des patients telles l'âge, le sexe et les comorbidités. On peut raisonnablement supposer qu'avec l'intervention on augmente de 4% à 11% les nouveaux cas documentés de troubles cognitifs<sup>42</sup>. Après ajustement pour la corrélation intra-site, la taille d'échantillon globale de 3,750 dossiers constituera une taille d'échantillon effective de 1500 dossiers pour évaluer l'effet de l'intervention. Ainsi, nous aurons une puissance statistique de 80% pour détecter une différence de 4% (soit un rapport de côte de 2.0) dans le taux de repérage des cohortes *pré* et *post* intervention, à un niveau alpha de 5% et un R2 de 0.15 pour les variables d'ajustements. Nous estimons que 6 mois d'analyse seront nécessaires.

## Éthique

Initialement, nous avons inclus dans l'étude les GMF Herzl, Chomedey-Laval et une vingtaine de GMF non affiliés à un comité d'éthique. Nous avons donc fait nos demandes d'approbation éthique auprès du CER de l'Hôpital général juif, du CER du CSSS de Laval et au Comité Central d'Éthique de la Recherche du ministre de la Santé (CCER). Nous avons ensuite ajouté les GMF des Faubourgs, Côte-des-Neige et des Grandes-Fourches et avons fait nos demandes au CER des CSSS Jeanne-Mance, de la Montagne et IUGS. D'autres sites pourront s'ajouter.

Pour les entretiens semi-dirigés, le consentement écrit sera obtenu auprès des professionnels du GMF et des partenaires ainsi qu'auprès des proche-aidants (Annexe F). Les données de l'étude sous forme papier seront gardées dans un bureau verrouillé en tout temps dans le bureau H-454, Pavillon H de l'Hôpital Général Juif. Seuls Isabelle Vedel (investigateur principal), Geva Maimon (biostatisticienne) et John Fletcher (programmeur) auront accès aux données.

Pour les entretiens téléphoniques avec les promoteurs, décideurs et implantateurs du Plan Alzheimer, le consentement sera obtenu par courriel. Ces courriels seront imprimés et conservés avec les formulaires de consentement des autres collectes de données du projet dans un bureau fermé.

Pour l'enquête organisationnelle, une compensation de 50\$ sera offerte pour compenser le temps dédié à la complétion du questionnaire.

Pour les questionnaires aux cliniques mémoires, les données seront récoltées dans des fichiers Excel protégés d'un mot de passe (un par service spécialisé) qui seront ensuite stockés sur le réseau de recherche de l'Institut Lady Davis de l'Hôpital Général Juif et sauvegardés sur le réseau principal de l'Hôpital Général Juif. Nous ferons une demande d'accès aux dossiers de ces services spécialisés aux CSSS qui leur sont associés.

Pour la revue des dossiers des patients, l'entrée de données sera effectuée avec une application web sécuritaire faite sur mesure par le Département d'Épidémiologie de l'Hôpital Général Juif. La liste randomisée des dossiers de patients de 75 ans et plus au début de chaque période sera conservée dans les archives des GMF durant 10 ans. Les données collectées seront stockées sur le réseau de recherche de l'Institut Lady Davis de l'Hôpital Général Juif et sauvegardées sur le réseau principal de l'Hôpital Général Juif. Toutes les informations reliées à l'étude et inscrites localement sur les ordinateurs portables seront sauvegardées dans un fichier crypté. L'identité du patient sera codée à des fins d'analyses statistiques. Une clé d'identification reliant les numéros de dossier des patients et les numéros d'identification anonymes de la base de données (My-ID) sera conservée dans un dossier crypté à part pendant 10 ans. Seule la statisticienne Geva Maimon aura accès à cette liste à des fins de contrôle de qualité. L'investigateur principal et les assistants de recherche n'auront pas accès à ce fichier et n'identifieront les patients qu'à l'aide du numéro anonyme de la base de données (My\_ID). Il existe donc trois niveaux de confidentialité.

Il n'y a pas de risque identifié. Aucun inconvénient n'est envisagé parce que les thèmes abordés ne sont pas de nature anxigène.

### **Plan de diffusion et de transfert des connaissances**

Deux grands types d'activités seront réalisés :

#### 1) Activités intégrées tout au long de l'étude :

Les réunions mensuelles du comité exécutif mis en place et biennuelles du comité élargi incluant des représentants des Agences, des CSSS, du Collège Québécois des médecins de famille, des aînés et des aidants permettront de façonner le processus d'évaluation selon les attentes des différents groupes d'acteurs (ex. établir les indicateurs les plus pertinents liés à l'évaluation, adapter la méthodologie, participer à la collecte des données et au développement des outils, contribuer à l'interprétation des conclusions et à la diffusion des résultats de la recherche). Les chercheurs poursuivront tout au cours de l'étude la collaboration déjà mise en place avec les différents acteurs concernés par les soins aux aînés. L'échange de connaissances avec les projets sera réalisé à des étapes clés : rendu des résultats de la phase 1 à chacun des projets et partage des pratiques exemplaires entre les projets. Cette approche intégrée devrait mener à des données probantes tirées du processus évaluatif plus susceptibles d'être pertinentes pour les utilisateurs (cliniciens, gestionnaires et décideurs) et d'être utilisées par ceux-ci.

#### 2) Activités à la fin de l'étude :

Les résultats finaux, notamment les stratégies les plus efficaces pour détecter et prendre en charge les aînés avec atteinte cognitive et les meilleures pratiques de conduites du changement, seront présentés à chacun des projets et aux partenaires. De plus des activités de transfert des connaissances plus larges seront planifiées en lien avec le MSSS et les quatre RUIS en direction des autres organisations de santé. Des présentations à des conférences scientifiques et des publications dans des revues évaluées par les pairs seront également réalisées.

### **RÉSULTATS, RETOMBÉES ESCOMPTÉS :**

Pour les projets en implantation, l'étude permettra aux sites participants d'avoir une meilleure connaissance de leurs pratiques et les engagera dans un processus d'amélioration continue des services afin d'améliorer dans les GMF/UMF le repérage, le diagnostic, la prise en charge des personnes souffrant de troubles cognitifs et de proposer un soutien plus adapté à leurs aidants. Cette étude permettra aussi de diminuer la pression sur les cliniques mémoires en réduisant les cas simples qui leur sont adressés afin de leur permettre de se concentrer sur les cas plus complexes et d'avoir ainsi un délai de réponse plus court. Ceci devrait permettre à l'ensemble des sites de répondre plus étroitement aux besoins des clientèles visées en termes d'accessibilité, de continuité et de qualité des services, dans un délai approprié.

Pour le MSSS, les décideurs, les gestionnaires et les professionnels de la santé, cette étude permettra d'identifier les composantes organisationnelles et cliniques clés des interventions innovantes qui permettent d'optimiser concrètement les soins offerts aux clientèles visées, en vue de leur généralisation progressive sur l'ensemble du territoire québécois. Elle permettra notamment de mettre en lumière des modalités de fonctionnement des pratiques originales dont les effets s'avèrent probants. Elle permettra aussi de révéler les meilleures pratiques de conduite du changement et de les diffuser afin de soutenir l'implantation durable de ces innovations dans les sites sélectionnés. Elle permettra au MSSS de raffiner la stratégie de mise en œuvre du plan d'action sur l'ensemble du territoire québécois. Cette étude permettra donc de faire le pont entre recherche et action et d'influencer durablement les programmes et les politiques de santé en direction d'une population particulièrement vulnérable.

Pour la recherche, cette étude propose une stratégie de recherche innovante qui combine des méthodes qualitatives et quantitatives et qui permettra de consolider la recherche sur la première ligne, de préparer la relève et de constituer une base d'observation pour pouvoir documenter le déploiement du plan Alzheimer sur le long terme et de préparer une véritable évaluation d'impact. Cette étude servira également de point d'ancrage pour une étude inter-provinciale, intégrant les innovations faites en Ontario au sein de Family Health Teams et celles faites au Québec au sein des GMF/UMF.

## Références

- 1-Alzheimer society of Canada. Rising Tide: The impact of Dementia on Canadian Society. Toronto: Alzheimer Society of Canada; 2010. [http://alzheimersociety.sitesystems.ca/sitecore/shell/Controls/Rich%20Text%20Editor/~media/Files/national/pdfs/English/Advocacy/ASC\\_Rising%20Tide\\_Full%20Report\\_Eng.ashx](http://alzheimersociety.sitesystems.ca/sitecore/shell/Controls/Rich%20Text%20Editor/~media/Files/national/pdfs/English/Advocacy/ASC_Rising%20Tide_Full%20Report_Eng.ashx)
- 2-Bergman, H. Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Gouvernement du Québec, 2009. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-829-01W.pdf>
- 3-Schubert CC et al. Comorbidity profile of dementia patients in primary care: are they sicker? J Am Geriatr Soc. 2006;54(1):104-9
- 4-Nasmith L et al. Transforming care for Canadians with chronic health conditions: Put people first, expect the best, manage for results. [Internet]. Ottawa: Canadian Academy of Health Sciences; 2010 [cited 2012 Oct 19]. Available from: <http://www.caahs-acss.ca/wp-content/uploads/2011/09/cdm-final-English.pdf>
- 5-CCCDTD. Troisième conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence: Recommandations approuvées. Montreal: CCCDTD; 2007. Available from: [http://www.cccdtc.ca/pdfs/Recommandations\\_approuvees\\_CCCDTD\\_2007.pdf](http://www.cccdtc.ca/pdfs/Recommandations_approuvees_CCCDTD_2007.pdf)
- 6-Pimlott NJG, et al. Family physicians and dementia in Canada: Part 1. Clinical practice guidelines: awareness, attitudes, and opinions. Can Fam Physician. 2009;55(5):506-7.
- 7-Kodner D. (2006). « Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons », Health and Social Care in the Community, 14(5), 384-390.
- 8-Vedel I et al. Portrait des Interventions mises en place au sein des groupes de famille pour les patients avec des troubles cognitifs liés au vieillissement. Rapport pour le MSSS. MSSS, 2012. [http://www.solidage.ca/docs/Tr.\\_cognitifs-Portrait\\_des\\_interventions\\_en\\_GMF\\_2012-02-291.pdf](http://www.solidage.ca/docs/Tr._cognitifs-Portrait_des_interventions_en_GMF_2012-02-291.pdf)
- 9-Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. JAMA. 288(14):1775-9. 10/9/2002.-- Part Two. JAMA 288(15):1909-14. 10/16/2002.
- 10-Callahan CM et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care. JAMA. 2006;295(18):2148-57.
- 11-Craig P et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ. 2008;337:979-83.
- 12-MRC Medical Research Council: A framework for development and evaluation of complex interventions to improve health: New guidance. London: MRC; 2008.
- 13-Campbell M et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ. 2000;321:694-96.



- 14-Hollander MJ et al. Evaluation of health services: asking the right questions to develop new policy and program-relevant knowledge for decision making. *Healthcare Quarterly*. 2010;13(4):40-47.
- 15-Greenhalgh, T. et al (2004a). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- 16-Fagen MC et al. Developmental evaluation: building innovations in complex environments. *Health Promotion Practice*. 2011;12(5):645-50.
- 17-Patton MQ. Developmental evaluation : applying complexity concepts to enhance innovation and use. New York: Guilford Press; 2011.
- 18-Pawson R., Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation* London: Sage Publications.
- 19-Jagosh J et al. Uncovering the benefits of participatory research: implications of a realist review for health research and practice. *Milbank Q*. 2012;90(2):311-46.
- 20-Cargo M, Mercer SL. The Value and Challenges of Participatory Research: Strengthening Its Practice. *Annu Rev Public Health*. 2008;29(1):325–50.
- 21-Green LW et al. Review and Recommendations for the Development of Participatory Research in Health Promotion in Canada. Ottawa: Royal Society of Canada; 1995.
- 22-Strauss S et al. *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*. BMJ group;Wiley- Blackwell; 2009.
- 23-Graham I et al. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map. *J Continuing Education in the Health Professions* 2006;26:13-24
- 24-Creswell J et al (2010). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage.
- 25-Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, R., & A. P. Pirès (Éds). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 251-271). Boucherville : Gaëtan-Morin Editeur.
- 26-Sun, Y. T. P., & Scott, J. (2005). Sustainable second-order change initiation: structured complexity and interface management. *The Journal of Management Development*, 24(10), 879.
- 27- Vermersch, P. (2006). *L'entretien d'explicitation (3e Édition)*. Issy-les-Moulineaux : ESF Éditeur.
- 28-Levesque J-F et al. Assessing the evolution of primary healthcare organizations and their performance (2005-2010) in two regions of Quebec province: Montreal and Monteregie. *BMC Fam Pract*. 2010;11:95
- 29-European practice assessment – TOPAS Europe (EPA-TOPAS) suggéré par l'INESS dans le cadre des indicateurs de qualité des soins de première ligne développés par l'INESS. EPA information paper Jan 2008.

- 30-Dementia self-assessment framework for all in-patient settings. Développé par le UK Department of Health dans le cadre du Dementia Challenge. November 2013.
- 31-Kiefe CI et al. Improving Quality Improvement Using Achievable Benchmarks For Physician Feedback: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2001;285(22):2871-2879.
- 32-O'Toole TP et al. Building high functioning clinical teams through quality improvement initiatives. *Quality in Primary Care*. 19(1):13-22, 2011.
- 33-Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *Int J Qual Health Care* (2001) 13 (6): 469-474.
- 34-Nutley SM, Davies HT. Developing organizational learning in the NHS. *Med Educ* 2001;35(1):35-42.
- 35-Couturier Y, Belzile L, Gagnon D. (2011). Principes méthodologiques de l'implantation du modèle PRISMA portant sur l'intégration des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie. *Management & Avenir*, 47, 132-145.
- 36-Yin RK. *Case Study Research: Design and Methods*, 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2003, 181 p.
- 37-Gray, B. (2004). Strong opposition: Frame-based resistance to collaboration. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 14(3), 166-176.
- 38-Kohn, R. C., & Nègre, P. (2003). *Les voies de l'observation, Repères pour les pratiques de recherche en sciences humaines*. Paris : L'Harmattan.
- 39-Blanchet, A. et Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Paris, Armand Collin, 2e édition refondue.
- 40-Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1),
- 41-Dubois MF et al. Assessing co-morbidity in older adults using prescription claims data. *Journal of Pharmaceutical Health Service Research* 2010;1 :157-165.
- 42-Riley McCarten J et al (2012), Finding Dementia in Primary Care: The Results of a Clinical Demonstration Project. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60: 210–217.

## ÉQUIPE

Nom, prénom	Établissement/ organisation	Rôle dans le projet
Vedel, Isabelle	Université McGill. Département de Médecine familiale	Chercheur principal
Couturier, Yves	Université de Sherbrooke. Département de travail social	Co-Chercheur principal
Aubin, Michèle	Université Laval. Département de médecine familiale	Co-Chercheur principal
Kaczorowski, Janusz	Université de Montréal. Département de médecine familiale et de médecine d'urgence	Co-Chercheur principal
Haggerty, Jeannie	Université McGill Département de médecine familiale	Co-Chercheur
Rodriguez, Charo	Université McGill Département de médecine familiale	Co-Chercheur
Fortin, Martin	Université de Sherbrooke. Département de médecine	Co-Chercheur

	familiale	
Kroger, Edeltraut	Université Laval. Département de Pharmacologie	Co-Chercheur
Borgès Da Silva, Roxane	Université de Montréal. Département d'administration de la santé	Co-Chercheur

## **ANNEXES**

Annexe A : Questionnaire organisationnel

Annexe B : Questionnaires aux cliniciens et infirmières

Annexe C : Grille d'entretien gestionnaire, cliniciens, professionnels

Annexe D : Entretien proches aidants

Annexe E : Grille de recueil de données pour la revue de dossier

Annexe F : Formulaire de consentement

Annexe G : Informations recueillies dans les cliniques mémoire