

NORMES DE QUALITÉ

Démence

Soins aux personnes vivant
dans la collectivité

MISE À JOUR 2024

Portée de cette norme de qualité

La présente norme de qualité est axée sur les soins destinés aux personnes atteintes de démence vivant dans la collectivité, y compris l'évaluation des personnes que l'on soupçonne d'être atteintes de démence ou d'une déficience cognitive légère. La norme de qualité porte sur les soins prodigués par les services de soins primaires, les services de soins spécialisés, les services de consultations externes des hôpitaux, les soins à domicile ainsi que les services communautaires de soutien. Elle fournit également des directives pour aider les personnes qui offrent des soins aux personnes atteintes de démence.

Cette norme de qualité ne s'applique ni aux soins fournis dans un service des urgences ou dans un milieu hospitalier ni aux résidents dans les foyers de soins de longue durée. Elle ne s'attaque pas non plus aux aspects propres aux soins palliatifs pour les personnes atteintes de démence.

Pour obtenir des renseignements sur les soins destinés aux personnes qui consultent un service des urgences, qui sont admises à l'hôpital ou qui vivent dans un foyer de soins de longue durée, ainsi que sur des comportements précis tels que l'agitation ou l'agressivité, veuillez consulter la norme de qualité [Symptômes comportementaux de la démence : soins des patients dans les hôpitaux et des résidents dans les maisons de soins de longue durée](#)¹.

Pour obtenir des renseignements sur les soins palliatifs, veuillez consulter la norme de qualité [Soins palliatifs : soins destinés aux adultes atteints d'une maladie grave](#)².

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Les normes de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des conditions ou des processus où il y a de grandes variations dans la façon dont les soins sont dispensés ou où il y a des écarts entre les soins fournis en Ontario et les soins que les patients devraient recevoir. Objectifs :

- Aider les patients, les familles et les partenaires de soins à savoir ce qu'ils doivent demander relativement aux soins;
- Aider les cliniciens à savoir quels soins ils devraient offrir, sur la base de données probantes et d'un consensus d'experts;
- Aider les organismes de soins de santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur rendement en matière de soins aux patients.

Les normes de qualité et les guides du patient qui les accompagnent sont élaborées par Santé Ontario, en collaboration avec les cliniciens, les patients et les partenaires de soins de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez contacter QualityStandards@OntarioHealth.ca.

Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes de démence vivant dans la collectivité.

Énoncé de qualité 1 : Évaluation et diagnostic complets

Les personnes soupçonnées d'être atteintes d'une déficience cognitive légère ou de démence reçoivent une évaluation complète dès que les signes sont détectés. Si elles reçoivent un diagnostic de l'une ou l'autre de ces affections, elles sont ensuite réévaluées régulièrement ou lorsque leur état change de façon importante.

Énoncé de qualité 2 : Équipe de soins interprofessionnelle

Les personnes atteintes de démence ont accès à des soins de la démence dans la collectivité offerts par une équipe interprofessionnelle, dont la personne atteinte de démence et ses partenaires de soins sont des membres à part entière, qui possède de l'expertise en soins de la démence.

Énoncé de qualité 3 : Plan de soins personnalisé

Les personnes atteintes de démence ont un plan de soins personnalisé qui oriente leurs soins. Le plan indique leurs besoins individuels, ceux de leurs partenaires de soins et les objectifs en matière de soins. Le plan est examiné et mis à jour régulièrement, notamment en y indiquant l'évolution des besoins et des objectifs, de même que la façon dont la personne réagit aux interventions.

Énoncé de qualité 4 : Point de contact désigné

Les personnes atteintes de démence, leur famille et leurs partenaires de soins nomment un ou plusieurs membres de l'équipe interprofessionnelle qui serviront de point de contact en vue de faciliter la coordination des soins et les transitions entre les milieux de soins.

Énoncé de qualité 5 : Éducation et formation pour les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins

Les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins ont accès à de l'éducation et à une formation sur la démence et les services de soutien disponibles.

Énoncé de qualité 6 : Éducation et formation pour l'équipe de soins de santé

Les personnes atteintes de démence reçoivent des soins et des services de la part des membres de l'équipe de soins de santé qui ont une formation en soins de la démence.

Énoncé de qualité 7 : Accès aux services de soutien

Les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins ont accès à des services de soutien personnalisés adaptés à leurs objectifs et besoins quotidiens.

Énoncé de qualité 8 : Évaluation et soutien des partenaires de soins

Les partenaires de soins des personnes atteintes de démence sont évalués de façon continue et ils ont accès à des mesures de soutien répondant à leurs besoins individuels.

Énoncé de qualité 9 : Milieu de vie sécuritaire

Les personnes atteintes de démence ont accès à un milieu de vie sécuritaire qui répond à leurs besoins particuliers, notamment grâce à des modifications de conception et à une gamme d'options de logement.

Énoncé de qualité 10 : Accès aux soins primaires

Les personnes atteintes d'une déficience cognitive légère ou de démence consultent régulièrement un médecin du secteur des soins primaires ou un infirmier praticien qui leur offre des soins primaires efficaces répondant à leurs besoins généraux en matière de soins de santé et à leurs besoins particuliers liés à la déficience cognitive ou à la démence.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Portée de cette norme de qualité | 2 |
| Qu'est-ce qu'une norme de qualité?..... | 2 |
| Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé | 3 |
| Résumé des mises à jour 2024..... | 6 |
| Remarque relative à la terminologie..... | 7 |
| Justification de la nécessité de cette norme..... | 9 |
| Mesure à l'appui de l'amélioration | 10 |
| Énoncé de qualité 1 : Évaluation et diagnostic complets | 12 |
| Énoncé de qualité 2 : Équipe de soins interprofessionnelle | 15 |
| Énoncé de qualité 3 : Plan de soins personnalisé..... | 17 |
| Énoncé de qualité 4 : Point de contact désigné | 20 |
| Énoncé de qualité 5 : Éducation et formation pour les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins | 22 |
| Énoncé de qualité 6 : Éducation et formation pour l'équipe de soins de santé..... | 25 |
| Énoncé de qualité 7 : Accès aux services de soutien | 28 |
| Énoncé de qualité 8 : Évaluation et soutien des partenaires de soins | 31 |
| Énoncé de qualité 9 : Milieu de vie sécuritaire | 34 |
| Énoncé de qualité 10 : Accès aux soins primaires | 37 |
| Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité..... | 40 |
| Appendice 2 : Glossaire | 42 |
| Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs | 44 |
| Remerciements | 46 |
| Références | 48 |
| À propos de nous | 52 |

Résumé des mises à jour 2024

En 2024, nous avons réalisé un examen des données probantes pour tenir compte des nouvelles lignes directrices sur la pratique clinique ou de celles actualisées et des évaluations des technologies de la santé publiées depuis la publication de la version originale de cette norme de qualité en 2018. Cette mise à jour fait concorder la norme de qualité avec les données cliniques les plus récentes et les pratiques actuelles en Ontario.

Vous trouverez ci-dessous un résumé des changements apportés à la norme de qualité dans son ensemble :

- Ajout de liens vers les normes de qualité connexes, le cas échéant;
- Mise à jour des liens, références secondaires et sources de données, le cas échéant;
- Mise à jour des données figurant dans la présentation de justification d'amélioration;
- Mise à jour de la terminologie :
 - Le terme « fournisseurs de soins de santé » a été remplacé par « cliniciens » ou « équipe de soins de santé »;
 - Le terme « aidant naturel » a été remplacé par « partenaire de soins »;
 - Le terme « des personnes ou de la personne vivant avec la démence » a été remplacé par « des personnes ou la personne atteinte de démence ».

Vous trouverez ci-dessous un résumé des changements apportés aux énoncés de qualité :

- Énoncé de qualité 3 : Révision de la justification pour inclure la prestation de soins culturellement appropriés qui tiennent compte des buts, des valeurs, des préférences et de la langue parlée par la personne atteinte de démence, sa famille et ses partenaires de soins.
- Énoncé de qualité 4 : Révision des citations pour tenir compte des nouvelles preuves provenant des lignes directrices actualisées sur la pratique clinique concernant le rôle d'un point de contact.
- Énoncé de qualité 5 : Révision des définitions pour inclure les stratégies de réduction du stress comme partie de la formation que les partenaires de soins reçoivent.
- Énoncé de qualité 6 : Révision des définitions pour inclure des pratiques de formation supplémentaires pour les cliniciens.
- Énoncé de qualité 7 : Révision des définitions pour répondre aux besoins culturels et linguistiques des personnes atteintes de démence et de leurs partenaires de soins.
- Énoncé de qualité 8 : Révision des définitions pour inclure les soutiens pratiques et les stratégies d'adaptation en tant que partie du soutien aux partenaires de soins.
- Énoncé de qualité 10 : Révision des citations pour tenir compte des preuves récentes provenant des lignes directrices actualisées sur la pratique clinique.

Remarque relative à la terminologie

Partenaire de soins : Une personne non rémunérée qui fournit des soins et du soutien à une personne atteinte de démence, comme un membre de la famille, un ami ou toute personne que la personne identifie comme partenaire de soins.

Nous reconnaissons que les « partenaires de soins » ne s'identifieront pas tous par cette appellation. En outre, leur rôle peut évoluer au fil du temps, en particulier parce que la personne atteinte de démence requiert davantage d'aide à mesure que la maladie progresse. Notre choix d'utiliser le terme « partenaires de soins » n'amoindrit pas ou ne remet pas en cause les autres termes qu'une personne pourrait préférer.

Mandataire spécial : Une personne qui prend les décisions en matière de soins et de traitement au nom d'une autre personne si elle est mentalement incapable de les prendre elle-même³. Les deux doivent discuter régulièrement de leurs objectifs, de leurs souhaits, de leurs valeurs et de leurs croyances afin que le mandataire spécial puisse participer au processus de consentement aux soins de santé si nécessaire. Le mandataire spécial prend des décisions en se fondant sur sa compréhension de la volonté d'une personne ou, si les souhaits ne sont pas connus ou ne peuvent être mis en application, fait des choix conformes aux valeurs et aux croyances connues et dans l'intérêt de la personne.

La Loi sur le consentement aux soins de santé de l'Ontario énonce une liste hiérarchique des personnes qui pourraient automatiquement être considérées comme mandataire spécial si une personne devient incapable de prendre des décisions sur ses propres soins⁴. Si une personne n'est pas satisfaite du mandataire spécial assigné, elle peut officiellement nommer quelqu'un d'autre par l'entremise d'une « procuration relative au soin de la personne »⁵. Il s'agit d'un document juridique dans lequel une personne donne à une autre personne le pouvoir de prendre des décisions en son nom concernant ses soins de santé personnels si elle devient incapable de le faire³.

Capacité ou capacité mentale : En vertu de la Loi sur le consentement aux soins de santé de l'Ontario, une personne est capable à l'égard des décisions en matière de soins de santé si elle est apte à comprendre les renseignements pertinents pour prendre une décision éclairée et à évaluer les conséquences d'une décision ou de l'absence de décision⁴. La capacité varie selon le problème ou la tâche³. La capacité propre à chaque personne à comprendre les renseignements et à évaluer les décisions qui doivent être prises doit être respectée afin que soient reconnues ses capacités mentales à prendre une décision, en particulier en matière de soins de santé. Une personne peut être capable à l'égard des décisions en matière de soins de santé, mais incapable à l'égard d'autres décisions⁴. Si une personne est incapable à l'égard d'une décision en matière de soins de santé, le mandataire spécial peut donner ou refuser son consentement au nom de la personne⁴.

Cliniciens : Les professionnels réglementés, comme les infirmiers, les infirmiers praticiens, les pharmaciens, les médecins, les physiothérapeutes, les psychologues, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux et les orthophonistes. Nous utilisons le terme « équipe de soins » lorsque nous incluons également les professionnels non réglementés, comme le personnel administratif, les

préposés aux services de soutien en cas de troubles du comportement, les préposés aux services de soutien à la personne, le personnel de loisirs thérapeutiques et le personnel de soins spirituels.

La présente norme de qualité comprend des énoncés qui font précisément référence aux personnes atteintes de démence et à celles atteintes de déficience cognitive légère :

Démence : Caractérisée par un déclin chronique et progressif du fonctionnement cognitif qui entrave les capacités fonctionnelles quotidiennes. Les signes et les symptômes de démence comprennent des changements dans les capacités mémorielles, dans le raisonnement et le jugement, dans les aptitudes de langage, de communication, de résolution de problèmes et d'orientation, ainsi que dans l'humeur et le comportement. Ces changements peuvent affecter les capacités d'une personne à travailler, à être autonome et à entretenir des relations^{6,7}.

Déficience cognitive légère : Caractérisée par un déclin sur le plan de la mémoire, du jugement, de la réflexion ou du langage qui est plus important que les changements cognitifs associés au vieillissement, mais qui n'entrave pas de façon notable les activités quotidiennes^{8,9}. Bien que la déficience cognitive légère ne pose pas automatiquement de diagnostic de démence, les personnes qui en sont atteintes sont plus à risque de développer de la démence⁸.

Notons que le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)* utilise les termes « trouble neurocognitif léger » et « trouble neurocognitif majeur », qui incluent « déficience cognitive légère » et « démence ».

Justification de la nécessité de cette norme

Au Canada, il y a environ 733 040 personnes atteintes de démence¹⁰. La démence touche environ 8,4 % des Canadiens âgés de 65 ans et plus¹⁰. L'âge est le principal facteur de risque de démence : le risque double tous les 5 ans dépassé l'âge de 65 ans¹¹. En dépit de ce risque accru chez les personnes âgées, la démence touche également des personnes plus jeunes. En effet, 2 % à 8 % des personnes en Ontario ayant reçu un diagnostic de démence sont âgées de moins de 65 ans¹⁰. La démence demeure un problème croissant, et on prévoit que le pourcentage de Canadiens âgés de plus de 65 ans atteints de démence haussera de 8,4 % à 13,2 % d'ici 2050¹².

Les personnes atteintes de démence veulent bien vivre, être autonomes et participer le plus longtemps possible, avec leurs cliniciens et leurs équipes de soins, aux décisions relatives à leurs soins de santé. Toutefois, la stigmatisation associée à la démence met souvent l'accent sur la façon dont la démence limite les capacités d'une personne à faire des choses plutôt que sur sa force et sa capacité à participer à des activités et des interactions et à en profiter¹³. Cette stigmatisation peut également amener les gens à retarder le moment où ils reconnaîtront les symptômes de la démence et demanderont de l'aide¹³.

Il est important de reconnaître que les personnes atteintes de démence ont besoin d'aide et de les soutenir durant les stades de la maladie. Les actions suivantes peuvent être menées auprès des personnes^{13,14} :

- Les faire participer de façon proactive à la prise de décisions relatives aux soins et aux activités qui leur sont appropriés;
- Leur offrir des soins et des services qui répondent à leurs besoins et à leurs préférences;
- Leur fournir l'occasion d'être actifs dans leur collectivité et d'influencer la conception, la planification, l'évaluation et la prestation des services.

Les effets débilissants de la démence ont des répercussions personnelles et économiques considérables sur les personnes qui en sont atteintes, sur leurs partenaires de soins et sur les membres de leur famille, ainsi que des répercussions économiques considérables sur le système de soins de santé canadien et la société en général. En 2020, le coût économique total estimé de la démence au Canada s'élevait à 40,1 milliards de dollars, y compris les coûts indirects pour les familles et les partenaires de soins en raison de la perte de productivité¹⁵. Si les tendances actuelles se maintiennent, le fardeau économique annuel pourrait atteindre 110 milliards de dollars d'ici 2050¹⁵.

Puisque la population du Canada est vieillissante, la demande en matière de soins de santé et de services communautaires de soutien associés à la démence augmente à mesure que s'accroît le nombre de personnes atteintes de démence. Les personnes atteintes de démence peuvent vivre de façon autonome un certain temps; toutefois, à mesure que progresse la maladie, elles ont besoin de plus en plus de soutien pour les aider à rester chez elles et au sein des collectivités locales aussi longtemps que possible. En 2023, plus de 52 % des personnes âgées de 65 ans et plus atteintes de

démence vivaient hors des établissements de soins de longue durée, la majorité vivant à domicile (Base de données sur les congés des patients (BDCP) et base de données du Régime Assurance-Santé de l'Ontario (OHIP), le 1er mai 2024).

Les partenaires de soins des personnes atteintes de démence vivent souvent des changements importants dans leur vie¹⁶. Ce rôle peut être exigeant sur les plans physique, émotionnel et financier, et engendrer un haut niveau de stress, de pression et d'isolement social¹⁶. Au contraire des partenaires de soins de personnes qui ne sont pas atteintes de démence, les partenaires de soins de personnes atteintes de démence fournissent 75 % plus de soins et vivent en moyenne 20 % plus de stress¹⁶. Ces exigences en matière de prestation des soins ont tendance à augmenter à mesure que progresse la maladie. Si les familles et les partenaires de soins sont appelés à continuer de fournir la majorité des soins à cette population croissante, de la formation et des mesures de soutien adaptées seront nécessaires pour les aider.

Il existe d'importantes lacunes dans la qualité des soins en Ontario destinés aux personnes atteintes de démence qui vivent dans la collectivité et à leurs partenaires de soins. Dans l'ensemble de la province, les partenaires de soins de près de la moitié des personnes atteintes de démence recevant des soins de longue durée à domicile éprouvaient de la détresse¹⁷. Et les partenaires de soins de plus de 60 % des personnes présentant des symptômes comportementaux de démence éprouvaient de la détresse¹⁷. En 2020, il y avait plus de 350 000 personnes qui fournissaient un soutien aux personnes atteintes de démence, la plupart étant des membres de la famille proche¹². En moyenne, ces partenaires de soins fournissaient 26 heures par semaine de soutien et de soins, ce qui représente une valeur économique de plus de 7,3 milliards de dollars¹². Les données indiquent également des variations d'une région à l'autre dans le type de soins fournis aux personnes atteintes de démence. Les personnes atteintes de démence vivant dans des régions à revenu plus élevé ont tendance à bénéficier de taux plus élevés de soins à domicile et sont plus susceptibles de vivre à domicile plutôt que dans un établissement de soins de longue durée¹⁸. Ces lacunes et variations témoignent du besoin d'établir une norme de qualité pour les soins aux personnes atteintes de démence qui vivent dans la collectivité.

Fondée sur les données probantes et le consensus des experts, la présente norme de qualité porte sur les aspects clés susceptibles d'améliorer de manière considérable la qualité des soins aux personnes atteintes de démence vivant dans la collectivité en Ontario. Les 10 énoncés de qualité qui composent la présente norme fournissent chacun une orientation en matière de soins de qualité supérieure, ainsi que des indicateurs visant à aider les cliniciens et les organismes de soins de santé à mesurer la qualité de leurs soins. Chaque énoncé comprend également des détails sur les répercussions de la prestation des soins sur les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins, cliniciens, équipes de soins, les services de soins de santé et les services communautaires de soutien en général.

Mesure à l'appui de l'amélioration

Le Comité consultatif sur la norme de qualité « Démence : Soins aux personnes vivant dans la collectivité » a cerné 5 indicateurs généraux pour la surveillance des progrès en matière d'amélioration des soins pour les personnes atteintes de démence vivant dans la collectivité en Ontario.

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

- Taux de consultations au service des urgences pour les personnes atteintes de démence vivant dans la collectivité
- Taux d'hospitalisation pour les personnes atteintes de démence vivant dans la collectivité
- Durée moyenne du séjour à l'hôpital pour les personnes atteintes de démence vivant dans la collectivité
- Jours désignés comme en attente d'un autre niveau de soins pour les personnes atteintes de démence vivant dans la collectivité
- Durée moyenne du séjour à l'hôpital pour les personnes atteintes de démence vivant dans la collectivité

Indicateurs ne pouvant être mesurés qu'à l'aide de données locales

- Pourcentage de personnes atteintes de démence vivant dans la collectivité et de leurs partenaires de soins qui ont une qualité de vie optimisée
- Pourcentage de personnes atteintes de démence vivant dans la collectivité qui sont confiantes par rapport à leur autonomie
- Pourcentage de partenaires de soins de personnes atteintes de démence vivant dans la collectivité qui ont confiance en leur capacité à collaborer avec des personnes atteintes de démence pour fournir des soins en se fondant sur leurs besoins et leurs préférences
- Pourcentage de personnes atteintes de démence vivant dans la collectivité et de leurs partenaires de soins qui ont déclaré être satisfaits ou très satisfaits des soins et des services reçus au sein de la collectivité

Énoncé de qualité 1 : Évaluation et diagnostic complets

Les personnes soupçonnées d'être atteintes d'une déficience cognitive légère ou de démence reçoivent une évaluation complète dès que les signes sont détectés. Si elles reçoivent un diagnostic de l'une ou l'autre de ces affections, elles sont ensuite réévaluées régulièrement ou lorsque leur état change de façon importante.

Sources : American Psychiatric Association, 2007¹⁹ | European Federation of Neurological Societies and European Neurological Society, 2012²⁰ | National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018²¹ | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2016²² | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2023²³ | Sistema Nacional de Salud, 2010²⁴

Définitions

Évaluation complète : Cette évaluation clinique devrait être menée par des cliniciens qualifiés et inclure, au minimum, les éléments suivants :

- les antécédents médicaux;
- un examen des médicaments (y compris les médicaments en vente libre et alternatifs) et les antécédents de consommation de substances;
- l'évaluation des capacités physiques et fonctionnelles, y compris de l'alimentation, de la nutrition, de la santé orale, de la douleur, du sommeil et de la continence;
- l'évaluation cognitive à l'aide d'un instrument validé;
- l'évaluation des risques de comorbidités médicale et psychiatrique ou des potentiels facteurs contributifs (p. ex., le délire ou la dépression) aux signes et symptômes cognitifs;
- l'évaluation des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence;
- l'évaluation des antécédents sociaux et du fonctionnement psychosocial;
- l'évaluation des risques pour la sécurité, y compris les risques de conduite et les chutes;
- des analyses en laboratoire pertinentes.

Il faut obtenir les antécédents de la personne par les proches et les partenaires de soins.

Évaluation régulière : Une personne atteinte de déficience cognitive légère devrait recevoir une évaluation complète chaque année, ou plus tôt selon le besoin clinique. Une personne atteinte de démence devrait recevoir une évaluation complète tous les 6 mois ou tous les 12 mois, ou plus tôt selon le besoin clinique. L'évaluation oriente le plan de soins (voir l'énoncé de qualité 3).

Justification

Une évaluation complète assure un diagnostic précis et la collecte de renseignements de base permettant de suivre les changements dans l'état d'une personne. Idéalement, le diagnostic est effectué par un médecin spécialisé dans le diagnostic et le traitement de troubles cognitifs comme la démence. Un diagnostic précoce et précis aide les personnes et leurs familles à obtenir rapidement un accès à de l'information, des conseils et du soutien. Il leur permet également de commencer un traitement plus tôt, s'il y a lieu, et de planifier et de prendre des décisions importantes au sujet de leurs soins²⁵. Si, après l'évaluation complète, le diagnostic demeure difficile à déterminer, il est important pour le médecin d'organiser un plan afin de le déterminer (comme effectuer des examens supplémentaires ou un aiguillage vers un spécialiste). Les interventions de soins cliniquement indiquées (comme l'optimisation de la médication et la coordination de soutiens nécessaires) devraient être entamées durant le processus, et non repoussées jusqu'à ce que le diagnostic soit déterminé. Selon les lignes directrices concernant la pratique clinique actuelle au Canada, l'imagerie structurale (p. ex., les tomodensitogrammes et (ou) les IRM) n'est pas obligatoire dans l'évaluation d'une personne atteinte de déficience cognitive ou de démence, mais devrait être utilisée si ses résultats peuvent modifier la gestion clinique (p. ex., si la présence d'une affection vasculaire cérébrale pourrait entraîner la prise de médicaments précis ou si la présence d'une masse est soupçonnée)²⁶.

Compte tenu du déclin cognitif associé à la démence et du risque accru de développement de démence chez les personnes atteintes de déficience cognitive légère⁸, une évaluation complète devrait être effectuée lorsqu'une personne démontre ou perçoit des changements sur le plan de la cognition, du comportement, de l'humeur ou du fonctionnement, et de façon régulière par la suite. Les commentaires de la personne et, idéalement, de sa famille, de ses partenaires de soins et (ou) de ses mandataires spéciaux, le cas échéant, devraient être inclus dans l'évaluation. Afin de respecter la diversité culturelle, ethnique et spirituelle, l'évaluation devrait être adaptée sur le plan culturel et effectuée dans la langue de préférence de la personne.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de déficience cognitive légère ou de démence

Lorsque vous, votre famille ou un clinicien remarquez des changements dans vos capacités mémorielles ou votre discernement, un clinicien devrait vous évaluer. Cette évaluation devrait comprendre des questions concernant votre santé physique, vos antécédents médicaux, les médicaments que vous prenez et l'état dans lequel vous vous sentez. Si vous avez reçu un diagnostic de déficience cognitive légère ou de démence, ces évaluations devraient être effectuées à intervalles réguliers.

Pour les cliniciens

Effectuez une évaluation complète si les personnes montrent des premiers signes de déficience cognitive légère ou de démence. Les personnes qui reçoivent l'un ou l'autre des diagnostics devraient être réévaluées régulièrement par la suite.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place, y compris les instruments normalisés d'évaluation, afin que les cliniciens et les équipes de soins de santé puissent mener des évaluations complètes des personnes qui sont soupçonnées d'être atteintes ou qui sont atteintes de déficience cognitive légère ou de démence.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes soupçonnées d'être atteintes de déficience cognitive légère ou de démence qui ont reçu une évaluation complète
- Pourcentage de personnes atteintes de déficience cognitive légère qui ont reçu une réévaluation complète au cours de la dernière année
- Pourcentage de personnes atteintes de démence qui ont reçu une réévaluation complète au cours de la dernière année

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 2 : Équipe de soins interprofessionnelle

Les personnes atteintes de démence ont accès à des soins de la démence dans la collectivité offerts par une équipe interprofessionnelle, dont la personne atteinte de démence et ses partenaires de soins sont des membres à part entière, qui possède de l'expertise en soins de la démence.

Sources : National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018²¹ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2023²³ | Sistema Nacional de Salud, 2010²⁴

Définition

Équipe interprofessionnelle : L'équipe comprend au moins un médecin ou un infirmier praticien ainsi qu'un autre clinicien, tous formés en soins de la démence. L'équipe peut aussi comprendre d'autres membres de l'équipe de soins réglementés ou non, comme des médecins de famille, des infirmiers, des infirmiers praticiens, des psychologues, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des travailleurs en soutien comportemental, des travailleurs sociaux, des partenaires de soins, du personnel administratif, des préposés aux services de soutien à la personne, des orthophonistes, des physiothérapeutes, des gériatres, des neurologues, des gérontopsychiatres, des diététiciens, du personnel des loisirs thérapeutiques et du personnel de soins spirituels.

Justification

Les besoins des personnes atteintes de démence sont dynamiques et complexes. Une gestion personnalisée par des membres de l'équipe de soins qui proviennent de différents secteurs et qui possèdent de l'expertise en soins de la démence est nécessaire. Une équipe interprofessionnelle permet une prestation de soins de la démence au moyen d'une démarche à volets multiples et collaborative afin de répondre aux préférences et aux besoins individuels des personnes atteintes de démence et de leurs partenaires de soins. La composition de l'équipe de soins devrait être souple et devrait s'adapter aux changements dans l'état de santé, la situation sociale, les besoins et les objectifs de la personne²⁷. La personne atteinte de démence et ses partenaires de soins sont des membres à part entière de l'équipe et devraient participer à la prise de décisions au sujet de leurs soins.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de démence

Votre équipe de soins de santé devrait posséder une expertise en soins de la démence. Votre équipe de soins de santé peut comprendre des médecins, des infirmières, un travailleur social, un pharmacien, un ergothérapeute, le personnel récréatif, les préposés aux bénéficiaires et autres. Vos partenaires de soins et vous devriez être considérés comme des membres importants de l'équipe de soins de santé, c'est-à-dire que vos questions, préoccupations, observations et objectifs sont examinés et intégrés dans votre plan de soins et que vous êtes encouragés à jouer un rôle actif dans vos propres soins.

Pour les cliniciens

Mettre en relation les personnes atteintes de démence avec une équipe interprofessionnelle spécialisée dans les soins aux personnes atteintes de démence. Sollicitez la participation des personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins dans la prise de décisions au sujet de leurs soins.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que toutes les personnes atteintes de démence puissent recevoir des soins d'une équipe interprofessionnelle spécialisée dans les soins de la démence.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de démence vivant dans la collectivité qui reçoivent des soins en milieu communautaire d'une équipe interprofessionnelle spécialisée dans les soins de la démence
- Pourcentage de personnes atteintes de démence qui reçoivent des soins en milieu communautaire d'une équipe interprofessionnelle, dont la personne atteinte de démence et ses partenaires de soins sont des membres à part entière, qui possède de l'expertise en de soins de la démence

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 3 : Plan de soins personnalisé

Les personnes atteintes de démence ont un plan de soins personnalisé qui oriente leurs soins. Le plan indique leurs besoins individuels, ceux de leurs partenaires de soins et les objectifs en matière de soins. Le plan est examiné et mis à jour régulièrement, notamment en y indiquant l'évolution des besoins et des objectifs, de même que la façon dont la personne réagit aux interventions.

Sources : American Psychiatric Association, 2007¹⁹ | National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018²¹ | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2016²² | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2023²³ | Sistema Nacional de Salud, 2010²⁴

Définitions

Plan de soins personnalisé : Il s'agit d'un plan basé sur une évaluation de l'histoire de vie; des circonstances sociales, culturelles et familiales; ainsi que des préférences et des besoins de la personne atteinte de démence. Il s'appuie également sur ses besoins en santé physique et mentale et sur son fonctionnement et ses capacités actuels⁸. Élaboré et examiné avec la personne atteinte de démence et son partenaire de soins, le plan de soins devrait être souple afin de répondre à l'évolution de l'état de santé, du fonctionnement et des capacités de la personne. Veillez à ce que les personnes atteintes de démence, leurs familles et leurs partenaires de soins se sentent en sécurité et respectés, et que leurs objectifs de soins individuels soient pris en compte dans le plan.

Le plan devrait comprendre les éléments suivants :

- les résultats de l'évaluation complète (voir l'énoncé de qualité 1);
- Les besoins individuels, les valeurs, les préférences, la culture et les objectifs de soins de la personne, ainsi que ceux de leurs partenaires de soins;
- un plan afin de réduire au minimum le nombre de relogements et de conserver un environnement familial pour la personne aussi longtemps que possible;
- une évaluation des activités de la vie quotidienne et des activités essentielles de la vie quotidienne et des conseils sur la planification des soins en rapport avec ces activités;

- des détails sur les modifications du milieu afin de favoriser l'autonomie de la personne et de promouvoir la sécurité; ces stratégies peuvent comprennent des dispositifs et des technologies fonctionnels, le cas échéant (voir l'énoncé de qualité 9);
- un plan d'exercice physique, avec une évaluation et des conseils d'un physiothérapeute ou d'un ergothérapeute, au besoin;
- de l'aide aux personnes pour participer à des activités significatives à leur propre rythme;
- des interventions personnalisées non pharmacologiques et pharmacologiques, s'il y a lieu;
- un plan pour la gestion des symptômes comportementaux associés à la démence, le cas échéant;
- un plan en matière de nutrition;
- un plan de sécurité qui comprend, entre autres, la gestion de crises et des urgences;
- la planification préalable des soins inclut que la personne atteinte de démence désigne un mandataire spécial (voir la section Remarque relative à la terminologie pour une description plus détaillée) qui sera en mesure de communiquer les désirs, les valeurs et les croyances de la personne atteinte de démence par rapport à ses futurs soins de santé, ainsi que de prendre les décisions à sa place concernant ses soins et ses traitements si elle devient mentalement incapable de prendre de telles décisions (pour en savoir plus sur la planification préalable des soins, consultez la norme de qualité [Soins palliatifs : soins destinés aux adultes atteints d'une maladie grave²](#));
- la désignation d'au moins un point de contact dans l'équipe de soins; ce membre de l'équipe de soins facilite la coordination des soins et des transitions entre les milieux de soins pour la personne atteinte de démence (voir l'énoncé de qualité 4).

Évaluation régulière : Le plan de soins devrait être examiné tous les 6 ou 12 mois, ou plus tôt selon le besoin clinique. L'examen du plan de soins peut nécessiter une réévaluation partielle ou complète, y compris revoir les objectifs en matière de soins avec la personne et le partenaire de soins.

Justification

Un plan de soins personnalisé est essentiel pour coordonner, documenter et, ultimement, orienter les soins prodigués aux personnes atteintes de démence. Le plan de soins est élaboré et mis en œuvre, en collaboration, par la personne atteinte de démence, les partenaires de soins et les membres de l'équipe de soins afin d'assurer la prestation continue et coordonnée des soins en tenant compte des changements dans les besoins, les objectifs, les valeurs et les préférences des personnes atteintes de démence^{8,22}. Le plan de soins doit être communiqué à la personne atteinte de démence, aux membres de l'équipe de soins interprofessionnelle et au partenaire de soins, ou au mandataire spécial et mis à leur disposition. Considérez fournir des renseignements sur le plan de soins individualisé dans plusieurs langues et niveaux de littératie. L'examen continu du plan de soins soutient la revue des objectifs de soins et permet la réévaluation des préférences et des besoins changeants de la personne, ainsi que de ses réactions aux interventions. Pour en savoir plus sur les

considérations en matière de sécurité des médicaments, consultez la norme de qualité [Sécurité des médicaments : soins dans tous les milieux](#)²⁸.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de démence

Vos partenaires de soins et votre équipe de soins de santé devraient élaborer avec vous un plan de soins qui tient compte de vos besoins, de vos préoccupations et de vos préférences. Un plan de soins est un document écrit qui décrit vos objectifs ainsi que les soins et les services de soutien que vous devriez recevoir et les personnes qui vous les fourniront. Il devrait être mis à jour régulièrement, surtout si des changements surviennent dans votre état de santé ou votre situation.

Pour les cliniciens

Travaillez avec les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins afin d'élaborer un plan de soins personnalisé qui répertorie les soins, les services et les réactions aux interventions. Effectuez un examen et une mise à jour des plans de soins tous les 6 ou 12 mois, ou plus tôt s'il y a un changement considérable dans la santé ou les dispositions de soins de la personne.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour soutenir les cliniciens dans l'élaboration et la mise à jour régulière des plans de soins personnalisés, ainsi que dans la communication de ces plans aux autres membres de l'équipe de soins de la personne. Les ressources peuvent comprendre des modèles de plan de soins normalisés.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de démence ayant un plan de soins personnalisé qui oriente leurs soins
- Pourcentage de personnes atteintes de démence ayant un plan de soins personnalisé examiné tous les ans

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 4 : Point de contact désigné

Les personnes atteintes de démence, leur famille et leurs partenaires de soins nomment un ou plusieurs membres de l'équipe interprofessionnelle qui serviront de point de contact en vue de faciliter la coordination des soins et les transitions entre les milieux de soins.

Sources : National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018²¹ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2023²³

Définition

Point de contact : Le point de contact :

- est un ou plusieurs membres désignés au sein de l'équipe interprofessionnelle;
- prend en charge la communication et la diffusion d'information parmi les cliniciens, l'équipe de soins de santé ainsi que la personne atteinte de démence, sa famille et ses partenaires de soins;
- facilite la coordination des soins et des transitions entre les milieux et les équipes de soins de santé (consensus du comité consultatif).

Le nom et les coordonnées du point de contact sont fournis à la personne atteinte de démence et à ses partenaires de soins et sont inclus dans le plan de soins personnalisé (voir l'énoncé de qualité 3).

Justification

Il peut être difficile et frustrant pour les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins de naviguer dans le système de santé et de savoir à qui s'adresser lorsque des questions ou des préoccupations de santé se présentent. Un point de contact au sein de l'équipe de soins interprofessionnelle (voir l'énoncé de qualité 2) facilite la communication, la continuité des soins et les transitions entre les milieux de soins. Ce membre actif de l'équipe :

- coordonne étroitement avec l'équipe de soins primaires de la personne atteinte de démence ou fait partie de celle-ci;
- participe à la prestation des soins de la personne atteinte de démence et comprend ses besoins et objectifs de soins actuels, ainsi que ceux de son partenaire de soins;

- est capable de répondre aux besoins de la personne atteinte de démence ou de la diriger vers le clinicien le plus approprié pour répondre à ses besoins.

Le point de contact dans l'équipe de soins interprofessionnelle est un élément essentiel dans les soins de la démence axée sur la personne²⁷. Pour en savoir plus sur la transition de l'hôpital à la maison, consultez la norme de qualité [Transitions entre l'hôpital et la maison](#)²⁹.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins

Votre équipe de soins de santé devrait vous fournir le nom et les coordonnées du membre de l'équipe qui coordonne vos soins de façon continue.

Pour les cliniciens

Fournir aux personnes atteintes de démence et à leurs partenaires de soins le nom et les coordonnées d'un ou plusieurs membres de l'équipe de soins responsables de la coordination de leurs soins et du transfert de renseignements entre les membres de l'équipe de soins.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que les membres de l'équipe de soins puissent agir à titre de point de contact des personnes atteintes de démence, de leurs partenaires de soins et d'autres membres de l'équipe qui participent à leurs soins.

Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de démence qui ont au moins un membre dans leur équipe interprofessionnelle désigné comme leur point de contact

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 5 : Éducation et formation pour les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins

Les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins ont accès à de l'éducation et à une formation sur la démence et les services de soutien disponibles.

Sources : American Psychiatric Association, 2007¹⁹ | European Federation of Neurological Societies and European Neurological Society, 2012²⁰ | National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018²¹ | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2016²² | Sistema Nacional de Salud, 2010²⁴

Définition

Éducation et formation : L'éducation et la formation devraient comprendre, au minimum, les renseignements et les compétences énumérés ci-dessous :

- les types, les signes et les symptômes de démence, le pronostic et les détails sur l'évolution de la maladie;
- la stratégie et la surveillance du plan de soins;
- des stratégies d'autosoins et de réduction du stress pour les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins, y compris l'accès à un soutien mental, émotionnel et spirituel;
- les avantages et risques associés aux options de traitements non pharmacologiques et pharmacologiques;
- les stratégies et les soutiens dans la gestion des médicaments (p. ex., effectuer un bilan comparatif des médicaments, procéder à des rappels de dose ou utiliser un pilulier);
- les causes des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence;
- la détection des risques associés au comportement et les techniques de désescalade et de gestion;
- compétences de communication adaptatives en période de stress;
- fonctions des différents membres de l'équipe de soins de santé et des établissements de soins de santé;
- les problèmes médicaux et juridiques, dont la conduite automobile;

- la planification financière et juridique dans l'éventualité où le patient devient incapable de communiquer ses volontés, y compris une procuration relative au soin de la personne et une procuration perpétuelle relative aux biens;
- les exigences pour le consentement éclairé;
- la planification préalable des soins et du rôle du mandataire spécial;
- le processus pour résoudre les désaccords concernant les soins du patient;
- les services et les groupes de soutien disponibles et la façon d'y accéder, y compris les services offerts à l'échelle locale et les soutiens offerts en ligne;
- les sources de conseils financiers et juridiques et de défense des droits.

Les renseignements devraient être fournis de manière verbale ou (et) par l'entremise de supports imprimés ou multimédias.

Justification

La démence est une affection complexe qui a des répercussions importantes sur la vie des personnes qui en sont atteintes ainsi que sur celle de leurs partenaires de soins et des membres de leur famille. Leur fournir une éducation et de la formation fondées sur des données probantes dans le but de les aider à mieux comprendre ce qu'est la démence, sa progression, les options de traitement et les services de soutien offerts peuvent leur permettre de prendre des décisions éclairées concernant leurs soins et de planifier pour l'avenir. De l'éducation devrait être fournie tout au long du parcours de soins et devrait correspondre au stade de démence de la personne et à l'évolution de ses besoins.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins

Votre équipe de soins de santé devrait vous offrir, ainsi qu'à vos partenaires de soins, de l'éducation et de la formation pour les personnes atteintes de démence. Votre équipe de soins peut également vous mettre en communication avec des groupes ou des organismes au sein de la collectivité qui offrent des renseignements et du soutien. Ces renseignements vous aideront à comprendre ce qu'est la démence et de quelle façon elle progresse, ainsi qu'à connaître vos options de traitement et le soutien qui est offert.

Pour les cliniciens

Offrez une éducation et une formation aux personnes atteintes de démence et à leurs partenaires de soins qui correspondent au stade de démence de la personne et à ses besoins actuels.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que les cliniciens et les équipes de soins soient en mesure d'offrir de l'éducation et de la formation sur la démence et les services de soutien offerts aux personnes atteintes de démence et à leurs partenaires de soins.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de démence qui reçoivent de l'éducation et de la formation sur la démence et sur les services de soutien offerts
- Pourcentage de partenaires de soins de personnes atteintes de démence qui reçoivent de l'éducation et de la formation sur la démence et sur les services de soutien offerts
- Disponibilité locale de l'éducation et de la formation sur la démence pour les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 6 : Éducation et formation pour l'équipe de soins de santé

Les personnes atteintes de démence reçoivent des soins et des services de la part des membres de l'équipe de soins de santé qui ont une formation en soins de la démence.

Sources : American Psychiatric Association, 2007¹⁹ | National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018²¹ | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2016²² | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2023²³ | Sistema Nacional de Salud, 2010²⁴

Définition

Éducation et formation : L'éducation et la formation devraient être adaptées au champ d'exercice des cliniciens. Cette information devrait comprendre, à tout le moins, du contenu à propos des éléments ci-dessous :

- une évaluation complète des personnes atteintes de démence et une évaluation des besoins des partenaires de soins;
- les signes, les symptômes et l'évolution de la démence;
- les sous-types précis de la démence;
- les démarches permettant de préciser un diagnostic incertain des personnes aux prises avec des problèmes de santé complexes;
- des soins axés sur le patient;
- l'élaboration de plans de soins qui répondent aux objectifs, aux préférences, aux valeurs et aux attentes de soins sur le plan culturel des personnes atteintes de démence et de leurs partenaires de soins;
- un dépistage précoce des symptômes comportementaux et psychologiques des patients atteints de démence et des techniques de désescalade et de gestion;
- un dépistage précoce des risques associés au comportement et des problèmes de sécurité, et des techniques de désescalade;
- l'utilisation appropriée de traitements non pharmacologiques et pharmacologiques;
- la santé et la sécurité des membres de l'équipe de soins de santé;
- comment communiquer avec des personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins, y compris être en mesure de tenir des conversations émotionnellement difficiles;
- la manière de coordonner les soins multidisciplinaires;

- les répercussions de la démence sur les personnes qui en sont atteintes, sur leurs partenaires de soins, leurs familles et leurs réseaux sociaux;
- des stratégies d'information afin que les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins aient accès aux ressources disponibles;
- des considérations éthiques, médicales et juridiques;
- les exigences pour le consentement éclairé;
- le dépistage des mauvais traitements et les stratégies pour les gérer;
- la planification préalable des soins et les soins palliatifs.

Justification

Les personnes atteintes de démence ont des besoins complexes et devraient recevoir des soins individualisés d'équipes de soins de santé qui ont de l'éducation et de la formation en matière de soins de la démence. Grâce à leurs connaissances et à leurs compétences nécessaires pour fournir efficacement des soins aux personnes atteintes de démence, les équipes de soins peuvent offrir des stratégies de soins et des traitements qui répondent aux besoins de ces personnes, qui optimisent leurs forces et qui aident à améliorer ou à maintenir leur qualité de vie et leur niveau de fonctionnement. Le matériel et les programmes de formation et d'éducation devraient être adaptés aux rôles et responsabilités des équipes de soins.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins

Votre équipe de soins de santé devrait être formée pour prendre soin des personnes atteintes de démence.

Pour les cliniciens

Assurez-vous d'avoir l'éducation et la formation nécessaires pour fournir efficacement des soins aux personnes atteintes de démence, conformément à votre rôle et à vos responsabilités.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous de la disponibilité de l'éducation et de la formation en soins de la démence pour les équipes de soins de santé qui s'occupent des personnes atteintes de démence.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage des membres de l'équipe de soins de santé qui s'occupent de personnes atteintes de démence et qui ont reçu une formation en soins de démence

- Disponibilité locale d'une équipe de soins de santé dont les membres ont reçu une formation en soins de la démence

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 7 : Accès aux services de soutien

Les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins ont accès à des services de soutien personnalisés adaptés à leurs objectifs et besoins quotidiens.

Sources : American Psychiatric Association, 2007¹⁹ | National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018²¹ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2023²³ | Sistema Nacional de Salud, 2010²⁴

Définition

Services de soutien : Ce sont divers services de soins à domicile flexibles et accessibles ainsi que des services de soutien communautaire nécessaires pour soutenir les personnes atteintes de démence vivant dans la communauté, ainsi que leurs partenaires de soins. Les services doivent être adaptés aux objectifs, aux valeurs et aux préférences des personnes, ainsi qu'à leurs besoins physiques, psychologiques et sociaux qui sont en voie de changement. Veillez à ce que les personnes atteintes de démence, leurs familles et leurs partenaires de soins se sentent en sécurité et respectés, et que leurs objectifs individuels soient pris en compte lors de l'offre de services de soutien. Si possible, les services de soutien devraient être offerts dans plusieurs langues. Les services de soutien comprennent les éléments suivants :

- les services cliniques, comme ceux offerts par des infirmiers, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux, des orthophonistes et des diététistes;
- l'aide pour les soins personnels quotidiens (p. ex., faire sa toilette, prendre un bain et s'habiller);
- l'aide dans le maintien d'une maison sécuritaire et confortable (p. ex., faire le ménage, faire la lessive et préparer les repas);
- l'aide dans les réparations mineures et dans l'entretien ménager (p. ex., les travaux extérieurs et le déneigement);
- l'aide pour faire les courses (p. ex., le magasinage et les transactions bancaires);
- les occasions et les programmes sociaux ou récréatifs (p. ex., les programmes de jour pour adultes, les groupes de soutien, les programmes d'exercice, les programmes de visite amicale et les programmes culturels);
- les soins de relève, qui offrent aux partenaires de soins une pause de leurs fonctions de prestation de soins. Ils comprennent, entre autres, des programmes de jour pour adultes, des

services de relève à domicile, des soins de nuit et de courts séjours dans un foyer de soins de longue durée (voir l'énoncé de qualité 8);

- des programmes diversifiés et sécuritaires sur le plan culturel, ainsi que des renseignements culturellement appropriés adaptés aux besoins et aux préférences de la personne atteinte de démence, de sa famille et de ses partenaires de soins (p. ex., répondre aux besoins et aux exigences religieuses, offrir des options de services culturellement appropriées, proposer des programmes dans plusieurs langues);
- le transport, qui aide les personnes à se rendre à leurs rendez-vous médicaux, aux programmes de jour pour adultes, aux activités sociales, dans les magasins, etc. Il comprend, entre autres, le transport en commun, le taxi et le transport avec aide ou accompagnement pour les personnes qui ne sont pas en mesure de prendre le transport en commun;
- les soins de fin de vie (p. ex., la gestion de la douleur, les fournitures médicales et les soins palliatifs).

Les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins devraient avoir accès à l'information verbale et écrite la plus récente concernant les services locaux et la façon d'y accéder.

Justification

Les personnes atteintes de démence peuvent vivre de façon autonome pendant un certain temps; à mesure que la maladie progresse, elles ont besoin de niveaux de soutien progressivement plus élevés pour les aider à rester chez elles et au sein de leur collectivité le plus longtemps possible. Ainsi, elles ont besoin, tout comme leurs partenaires de soins, d'un accès à un éventail de services offerts en temps opportun, souples et près de chez eux; ces services doivent aussi être adaptés à leurs besoins, à leurs forces, à leurs capacités et à leurs choix^{24,30}. Elles ont besoin d'un accès aux bons services, en temps opportun et au bon endroit pour les aider dans leur parcours.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins

Votre clinicien devrait vous diriger vers les services de soutien qui répondent à l'évolution de vos besoins et de vos objectifs. Des exemples de services de soutien comprennent l'aide pour les soins à la personne et l'aide ménagère, les groupes de soutien et les services de transport.

Pour les cliniciens

Offrez des services de soutien adaptés aux objectifs et aux besoins des personnes atteintes de démence et de leurs partenaires de soins. Informez-les des services disponibles et de la façon d'y accéder.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Au moyen de systèmes et de services dotés de ressources adéquates, veillez à ce que les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins aient accès aux services de soutien dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin. Sollicitez la participation des personnes atteintes de démence et de leurs partenaires de soins dans la conception, la planification, la prestation et l'évaluation des services. Veillez à ce que les cliniciens soient au courant de ces services et puissent y aiguiller des personnes.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de démence qui ont accès à des services de soutien personnalisés
- Pourcentage de partenaires de soins de personnes atteintes de démence qui ont accès à des services de soutien personnalisés
- Pourcentage de personnes atteintes de démence qui ont reçu des services de soutien répondant à leurs besoins
- Pourcentage de partenaires de soins de personnes atteintes de démence qui ont reçu des services de soutien répondant à leurs besoins
- Disponibilité locale de services de soutien pour les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 8 : Évaluation et soutien des partenaires de soins

Les partenaires de soins des personnes atteintes de démence sont évalués de façon continue et ils ont accès à des mesures de soutien répondant à leurs besoins individuels.

Sources : National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018²¹ | Sistema Nacional de Salud, 2010²⁴

Définitions

Évaluation du partenaire de soins : Les partenaires de soins des personnes atteintes de démence devraient être évalués régulièrement concernant leurs besoins et leurs préférences, y compris, au minimum, l'évaluation de leurs besoins émotionnels, psychologiques et sociaux.

Les partenaires de soins qui vivent de la détresse psychologique et des effets psychologiques néfastes devraient être aiguillés vers leur clinicien de soins primaires ou leur spécialiste en santé mentale pour obtenir une évaluation et un traitement.

Mesures de soutien : Les partenaires de soins des personnes atteintes de démence devraient avoir accès à un vaste éventail de services de soutien adaptés. Ces services peuvent comprendre les suivants :

- de la psychoéducation et du counselling en groupe ou de façon individuelle;
- des groupes de soutien par les pairs, adaptés aux besoins des partenaires de soins en fonction du stade de démence de la personne soignée et d'autres caractéristiques;
- du soutien et des renseignements disponibles par téléphone et sur Internet;
- des formations sur la démence, les services ainsi que la communication et la résolution de problèmes concernant les soins prodigués aux personnes atteintes de démence;
- des services de relève, y compris les services de relève planifiés et d'urgence, tels que les programmes de jour pour adultes, les soins de nuit et les soins à court terme en établissement. Ces services devraient répondre aux besoins du partenaire de soins (en ce qui a trait à l'endroit, au moment, à la durée et aux délais) et à ceux de la personne atteinte de démence (en ce qui a trait à la participation à des activités significatives et thérapeutiques qui ont lieu dans un milieu répondant à leurs besoins);
- compétences saines de gestion du stress et des inconforts.

Des services de soutien, comme le transport ou les soins de relève, devraient être fournis aux partenaires de soins pour leur permettre de participer aux services et aux activités décrites ci-dessus.

Justification

Les partenaires de soins jouent un rôle essentiel dans le soutien de la santé, du bien-être et de l'autonomie des personnes atteintes de démence. À mesure que progresse la maladie, des changements cognitifs nuisent aux capacités d'une personne à effectuer ses activités quotidiennes et à gérer ses affaires personnelles. Les personnes atteintes de démence nécessitent un soutien et une aide accrue de la part de leurs partenaires de soins.

Bien que la prestation des soins puisse être une expérience gratifiante, elle peut aussi être stressante et entraîner des répercussions considérables sur les plans physique, psychologique, social et financier³¹⁻³⁶. Par exemple, les partenaires de soins vivent un haut niveau de stress et d'isolement social et présentent un risque accru de développer des problèmes de santé mentale et physique (p. ex., dépression, anxiété, problèmes cardiovasculaires et affaiblissement du système immunitaire)³³⁻³⁸. Ils doivent également composer avec leurs autres responsabilités, comme leur carrière, leurs obligations familiales et de leurs propres besoins de santé.

L'état général des partenaires de soins devrait être évalué régulièrement. Ils devraient recevoir du soutien adapté à leurs besoins individuels et au stade de démence de la personne soignée^{8,22}. Des services de soutien, comme le transport ou les soins de relève, devraient être fournis aux partenaires de soins pour leur permettre de participer à des services ou à des activités⁸.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les partenaires de soins

La prestation des soins peut être une expérience gratifiante, mais peut aussi être stressante. Vous devriez être régulièrement évalué par un membre de l'équipe de soins de santé ou par votre clinicien de soins primaires afin de juger la manière dont vous vous portez et pour vous aider à obtenir le soutien dont vous avez besoin pour assumer vos responsabilités en matière de soins. Le soutien peut comprendre de la formation, des groupes de soutien, des soins à domicile et des soins de relève temporaires pour la personne dont vous prenez soin. Les soins de relève peuvent vous accorder une pause dans votre routine de prestation des soins, vous offrant ainsi du temps pour prendre soin de vous.

Pour les cliniciens

Évaluez régulièrement les partenaires de soins pour voir comment ils se débrouillent. Au besoin, offrez du soutien adapté à leurs besoins et au stade de démence de la personne soignée.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que les cliniciens et les équipes puissent évaluer les partenaires de soins. Veillez à ce que des services de soutien soient offerts pour répondre aux besoins des partenaires de soins.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de partenaires de soins de personnes atteintes de démence qui reçoivent une évaluation
- Pourcentage de partenaires de soins de personnes atteintes de démence qui ont reçu une évaluation et ont accès à des mesures de soutien répondant à leurs besoins individuels
- Disponibilité locale d'une gamme complète de services de relève pour les partenaires de soins de personnes atteintes de démence qui répondent aux besoins des partenaires de soins et de la personne soignée

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 9 : Milieu de vie sécuritaire

Les personnes atteintes de démence ont accès à un milieu de vie sécuritaire qui répond à leurs besoins particuliers, notamment grâce à des modifications de conception et à une gamme d'options de logement.

Sources : National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018²¹ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2023²³

Définitions

Milieu de vie sécuritaire : Un milieu de vie qui aide la personne atteinte de démence à composer avec son lieu de résidence et sa collectivité et qui soutient ses partenaires de soins en veillant à la sécurité de la personne soignée. Le milieu devrait proposer des stimulus adaptés et tenir compte des risques potentiels en matière de sécurité à l'intérieur et à l'extérieur du lieu de résidence (p. ex., les poêles et les cuisinières, les portes déverrouillées, les objets en désordre sur le plancher et les surfaces et les cours non clôturées). Les besoins d'une personne à l'égard de son milieu de vie devraient être consignés dans son plan de soins personnalisé (voir l'énoncé de qualité 3).

Modifications de conception : Ces modifications sont établies en fonction des besoins et des préférences de la personne et adaptées, le cas échéant.

Elles peuvent comprendre les éléments suivants^{8,39} :

- l'éclairage;
- des surfaces permettant de réduire au minimum les reflets et l'éblouissement;
- les revêtements de sol;
- des combinaisons de couleurs et des contrastes;
- le bruit et l'acoustique des pièces (p. ex., éviter que les chambres soient situées près des zones bruyantes et réduire au minimum le bruit de fond).

Elles peuvent comprendre l'utilisation des éléments suivants^{8,39} :

- des écriteaux;
- des portes d'armoires en vitre afin que les personnes puissent voir à l'intérieur de l'armoire;
- des repères mémoriels;

- des tableaux d’affichage;
- des technologies et des dispositifs fonctionnels (p. ex., des messages et des rappels, des dispositifs d’orientation et des mains-courantes);
- des dispositifs de sécurité pour les articles dangereux, comme des détecteurs de chaleur et de fumée pour la cuisinière;
- une clôture pour les cours.

Options de logement : Ces options de logement sont les suivantes :

- le domicile de la personne (vie autonome);
- les résidences offrant des services d’aide à la vie autonome ou les logements avec services de soutien, comme les maisons ou les communautés de retraite;
- les foyers de groupe qui accueillent les personnes atteintes de démence;
- les foyers de soins de longue durée.

Justification

Les personnes atteintes de démence devraient avoir accès à un milieu de vie sécuritaire qui les aide à vivre de manière aussi confortable et autonome que possible. À mesure que progresse la maladie, la démence affecte les capacités des personnes atteintes de démence à interagir avec leur milieu et à le comprendre. Les milieux qui sont familiers, où elles se sentent chez elle et qui sont faciles à comprendre sont importants³⁹.

À mesure que progresse la maladie, les milieux de vie doivent être modifiés pour aider la personne à composer avec son environnement, à soutenir son autonomie et à réduire leurs sentiments de confusion et de stress⁸. Les modifications de conception peuvent inclure des revêtements de sol antidérapants, des mains-courantes dans la douche et à côté de la toilette pour faciliter l’équilibre, des détecteurs de chaleur et de fumée et des repères mémoriels.

Lorsque les personnes atteintes de démence ne sont plus en mesure de vivre à leur domicile en sécurité et de façon autonome, elles peuvent envisager de vivre dans un milieu de soins offrant davantage de soutien, comme une résidence offrant des services d’aide à la vie autonome, un foyer de groupe qui accueille les personnes atteintes de démence, une maison de retraite ou un foyer de soins de longue durée.

Les options de logement pour les personnes atteintes de démence devraient idéalement être accessibles sur le plan financier et se trouver à proximité de leurs partenaires de soins et de leur famille. Ces options devraient répondre aux besoins et aux préférences de la personne soignée et de ses partenaires de soins. Les couples qui souhaitent continuer de vivre ensemble devraient avoir accès à un milieu pouvant les accueillir.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de démence

Vous avez le droit de vivre dans un milieu sécuritaire qui répond à vos besoins. Votre équipe de soins de santé peut vous aider à comprendre quels changements pourraient être nécessaires, comme des repères mémoriels ou un meilleur éclairage. Elle peut également vous mettre en communication avec des services dans le but d'évaluer votre milieu de vie. Selon vos besoins, vous pourriez décider de changer de milieu de vie.

Pour les cliniciens

Connectez-vous avec des équipes de soins de santé qui peuvent aider à garantir que le logement est sécuritaire et répond aux besoins de la personne atteinte de démence et de leurs partenaires de soins.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place afin de rendre le milieu de vie des personnes sécuritaire et de répondre à leurs besoins individuels, notamment des modifications de conception adaptées et des options de logement qui offrent des milieux de vie avec un grand nombre de services de soutien.

Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de démence vivant dans la collectivité qui vivent dans un milieu de vie sécuritaire répondant à leurs besoins particuliers

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 10 : Accès aux soins primaires

Les personnes atteintes d'une déficience cognitive légère ou de démence consultent régulièrement un médecin du secteur des soins primaires ou un infirmier praticien qui leur offre des soins primaires efficaces répondant à leurs besoins généraux en matière de soins de santé et à leurs besoins particuliers liés à la déficience cognitive ou à la démence.

Sources : European Academy of Neurology, 2020⁴⁰ | National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018²¹

Définitions

Consultations régulières : Une personne atteinte de déficience cognitive légère devrait consulter son clinicien de soins primaires tous les 6 ou 12 mois, ou plus tôt selon le besoin clinique. Une personne atteinte de démence devrait consulter son clinicien de soins primaires tous les 3 ou 6 mois, ou plus tôt selon le besoin clinique.

Soins primaires efficaces : Les soins primaires constituent le premier contact de la personne avec le système de santé. Ceux-ci sont efficaces lorsqu'ils^{41,42} :

- sont axés sur l'état général de la personne, plutôt que sur la maladie ou une seule affection;
- sont accessibles;
- fournissent des soins complets pour la plupart des besoins de santé (en collaboration avec des spécialistes, au besoin);
- coordonnent et intègrent les soins et les services si un aiguillage vers d'autres cliniciens ou des services et soins à domicile et dans la collectivité sont nécessaires;
- sont continus;
- permettent d'établir des liens vers des spécialistes et d'obtenir leur soutien, au besoin;
- répond aux besoins individuels et correspond aux objectifs de soins de la personne.

Justification

Les soins primaires jouent un rôle essentiel dans la gestion des besoins de santé complexes des personnes atteintes de déficience cognitive légère ou de démence. Ces soins tiennent compte de leurs besoins en soins de santé généraux et de leurs besoins relativement à la déficience cognitive ou à la démence, ainsi qu'aux besoins de soins de santé de leurs partenaires de soins.

En Ontario, plus de 90 % des personnes âgées qui vivent dans la collectivité et qui sont aux prises avec la démence sont atteints d'au moins deux affections médicales chroniques coexistantes⁴³; la démence complexifie souvent leur parcours. À mesure que progresse la maladie, ces personnes éprouvent des problèmes de mémoire, de reconnaissance des symptômes, de prise de décisions et d'expression langagière, ce qui peut leur rendre difficile la gestion de leur santé générale et de leurs affections chroniques coexistantes. Il peut leur être difficile de respecter les traitements pharmacologiques et d'être autonomes dans la prestation des soins dont elles ont besoin pour gérer efficacement des problèmes de santé, comme le diabète, l'insuffisance cardiaque et la maladie pulmonaire obstructive chronique⁴⁴. Les affections chroniques peuvent se déstabiliser et s'aggraver si une personne est atteinte de démence, ce qui entraîne potentiellement des consultations aux services des urgences, des hospitalisations, du déconditionnement (la perte de masse musculaire qui découle de l'inactivité) et une institutionnalisation prématurée⁴³⁻⁴⁶.

Les soins primaires fournissent également un lien essentiel vers des soins et des programmes spécialisés, comme des soins de démence spécialisés et des services gériatriques spécialisés. Afin de répondre aux besoins engendrés par des problèmes médicaux et comportementaux complexes, par la complexité de l'état fonctionnel et par certains stades de la maladie, il est important pour les cliniciens de soins primaires d'obtenir le soutien de spécialistes en soins de la démence, comme des gériatres, des gérontopsychiatres et des neurologues spécialisés en troubles cognitifs, et de collaborer avec eux et les organismes de soutien communautaires.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de déficience cognitive légère ou de démence

Vous devriez consulter régulièrement votre médecin de famille ou un infirmier praticien afin qu'il connaisse vos besoins. Votre équipe de soins de santé devrait surveiller votre santé, fournir des soins et vous mettre en relation avec d'autres services de soins de santé et de soutien qui répondent à vos besoins et objectifs changeants.

Pour les cliniciens

Ayez des visites régulières de soins primaires avec des personnes atteintes de démence ou de troubles cognitifs légers. Fournir des soins exhaustifs, coordonnés et axés sur la personne pour répondre à leurs besoins.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que les personnes atteintes de démence aient accès à un clinicien de soins primaires et à ce que le système soit en mesure de leur offrir des soins primaires efficaces afin de soutenir leurs besoins dynamiques.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de déficience cognitive légère qui ont consulté leur clinicien de soins primaires au cours des 12 derniers mois
- Pourcentage de personnes atteintes de démence qui ont consulté leur clinicien de soins primaires au cours des 6 derniers mois

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité

Comment utiliser cette norme de qualité

Les normes de qualité informent les patients, les cliniciens et les organismes sur ce à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les problèmes de santé ou les processus jugés prioritaires pour l'amélioration de la qualité en Ontario. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes.

Vous trouverez ci-dessous des conseils sur la façon d'utiliser les normes de qualité et les ressources qui y sont associées.

Pour les personnes atteintes de démence

Cette norme de qualité consiste en des énoncés de qualité. Ces derniers décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes de démence.

Dans chaque énoncé de qualité, nous avons inclus de l'information sur ce que ces énoncés signifient pour vous, en tant que patient.

De plus, vous voudrez peut-être télécharger le [guide du patient](#) sur la démence pour vous aider, vous et votre famille, à avoir des conversations éclairées avec vos cliniciens. À l'intérieur, vous y trouverez des informations et des questions que vous voudrez peut-être poser lorsque vous travaillerez ensemble à la préparation du plan de vos soins.

Pour les cliniciens et les organismes

Ces énoncés de qualité à l'intérieur de cette norme de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes de démence. Ils sont fondés sur les meilleures données probantes et conçus pour vous aider à savoir quoi faire pour réduire les écarts et les variations dans les soins.

De nombreux cliniciens et organismes offrent déjà des soins de grande qualité fondés sur des données probantes. Cependant, certains éléments de vos soins peuvent être améliorés. Cette norme de qualité peut servir de ressource pour vous aider à prioriser et à mesurer les efforts d'amélioration.

Des outils et des ressources pour vous soutenir dans vos efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme de qualité. Ces ressources comprennent des indicateurs et leur définitions, disponibles dans les spécifications techniques. La mesure est la clé de l'amélioration de la qualité. La collecte et l'utilisation de données lors de la mise en œuvre d'une norme de qualité peuvent vous aider à évaluer la qualité des soins que vous dispensez et à cerner les lacunes dans les soins et les domaines à améliorer.

Il existe également un certain nombre de ressources en ligne pour vous aider, notamment :

- Notre [guide du patient](#) sur la démence, que vous pouvez partager avec les patients et les familles pour les aider à avoir des conversations avec vous et leurs autres cliniciens. Veuillez mettre à la disposition des gens le guide du patient où vous prodiguez les soins;
- Nos [ressources de mesure](#), y compris les spécifications techniques des indicateurs de cette norme de qualité, le jeu de diapositives « cas d'amélioration » pour vous aider à expliquer pourquoi cette norme a été créée et les données qui la sous-tendent, et notre guide de mesure contenant des renseignements supplémentaires pour soutenir le processus de collecte et de mesure des données;
- Notre [sommaire](#), qui résume la norme de qualité et comprend des liens vers des ressources et des outils utiles;
- Notre [Guide de démarrage](#), qui comprend des liens vers des modèles et des outils pour vous aider à mettre en pratique les normes de qualité. Ce guide vous montre comment planifier, mettre en œuvre et soutenir les changements dans votre pratique;
- [Quorum](#), qui est une communauté en ligne vouée à l'amélioration de la qualité des soins en Ontario. C'est un endroit où les cliniciens peuvent échanger de l'information et se soutenir mutuellement. Le site comprend des outils et des ressources pour vous aider à mettre en œuvre les énoncés de qualité dans chaque norme.

Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre

Pendant que vous travaillez à la mise en œuvre de cette norme de qualité, il peut y avoir des moments où vous trouvez difficile de fournir les soins décrits en raison d'obstacles ou de lacunes au niveau du système. Ces difficultés ont été cernées et documentées dans le cadre de l'élaboration de la norme de qualité, qui comprenait une vaste consultation auprès de cliniciens et de conseillers chevronnés et un examen minutieux des données probantes disponibles et des programmes existants. Bon nombre des leviers du changement du système relèvent de Santé Ontario, et c'est pourquoi nous continuerons de travailler pour éliminer ces obstacles afin d'appuyer la mise en œuvre de normes de qualité. Nous mobiliserons et soutiendrons également d'autres partenaires provinciaux, y compris le ministère de la Santé ou d'autres ministères concernés, dans le cadre d'initiatives stratégiques visant à combler les lacunes au niveau du système.

Entre-temps, il y a de nombreuses mesures que vous pouvez prendre de votre propre chef. Prenez connaissance de la norme et agissez là où vous le pouvez.

Appendice 2 : Glossaire

| Terme | Définition |
|---|---|
| Cliniciens | Les professionnels réglementés qui prodiguent des soins à des patients ou à des clients. Par exemple, le personnel infirmier, les infirmiers praticiens, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les médecins, les physiothérapeutes, les psychologues, les travailleurs sociaux, les diététistes professionnels et les orthophonistes. |
| Clinicien de soins primaires | Un médecin de famille (aussi appelé un médecin de soins primaires) ou un infirmier praticien. |
| Domicile | Lieu habituel de résidence d'une personne. Il peut s'agir de résidences personnelles, de résidences pour personnes âgées, de résidences avec services d'assistance, d'établissements de soins de longue durée, de centres de soins palliatifs et de refuges. |
| Équipe de soins | Les cliniciens ainsi que les personnes occupant des métiers non réglementés, comme le personnel administratif, les préposés au soutien comportemental, le personnel chargé du transport des patients, les préposés aux services de soutien à la personne, le personnel chargé des loisirs et le personnel chargé des soins spirituels, et les bénévoles. |
| Famille | Les personnes les plus proches d'une personne en matière de connaissance, de soins et d'affection. Cela peut comprendre la famille biologique ou d'origine, la famille par alliance ou la famille de choix et les amis. La personne définit les membres de sa famille et les personnes qui participeront à ses soins. |
| Mandataire spécial | Une personne désignée pour prendre des décisions au nom d'une autre personne dans le cadre d'une « procuration relative au soin de la personne. » |
| Partenaire de soins | Une personne non rémunérée qui offre des soins et un soutien à titre non professionnel, comme un parent, un autre membre de la famille, un ami ou toute autre personne désignée par la personne atteinte de démence. Les autres termes couramment utilisés pour décrire ce rôle sont notamment « aidant », « aidant naturel », « aidant familial », « aidant principal ». |
| Soins appropriés sur le plan culturel⁴⁷ | Des soins qui tiennent compte des traditions culturelles ou religieuses, des valeurs et des croyances de la personne, qui sont offerts dans la langue de préférence de la personne, tenant compte des conseils propres à la culture et qui intègrent les souhaits de la personne de faire participer les membres de sa famille et de sa communauté. |

| Terme | Définition |
|------------------------|--|
| Soins primaires | Un milieu où les gens reçoivent des soins de santé généraux (p. ex., dépistage, diagnostic et gestion) d'un clinicien auquel la personne peut accéder directement sans renvoi. Il s'agit habituellement du clinicien de soins primaires, du médecin de famille, de l'infirmière ou infirmier praticien ou d'un autre clinicien qui a la capacité de faire des renvois, de demander des tests de laboratoire et de prescrire des médicaments. |

Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs

Valeurs à la base de cette norme de qualité

Cette norme de qualité a été créée et devrait être mise en œuvre conformément à la [Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario](#). Cette déclaration « est une vision qui trace la voie vers un partenariat avec les patients dans l'ensemble du système de soins de santé de l'Ontario. Elle décrit un ensemble de principes fondamentaux considérés du point de vue des patients ontariens; elle sert de document d'orientation pour tous ceux qui ont affaire à notre système de soins de santé. »

Ces valeurs sont :

- Respect et dignité
- Empathie et compassion
- Responsabilité
- Transparence
- Équité et participation

Un système de santé de qualité est un système qui offre un bon accès, une bonne expérience et de bons résultats à toutes les personnes en Ontario, peu importe où elles vivent, ce qu'elles ont ou qui elles sont.

Principes directeurs

Outre les valeurs susmentionnées, cette norme de qualité est guidée par les principes énoncés ci-dessous.

Reconnaître l'impact de la colonisation

Les cliniciens devraient reconnaître les répercussions historiques et actuelles de la colonisation dans le contexte de la vie des peuples autochtones partout au Canada et s'efforcer d'y remédier. Ce travail consiste à être sensible aux impacts des traumatismes intergénérationnels et actuels et aux préjudices physiques, mentaux, émotionnels et sociaux subis par les peuples, les familles et les communautés autochtones, ainsi qu'à reconnaître leur force et leur résilience. Cette norme de qualité s'appuie sur des lignes directrices de pratique clinique existantes qui n'incluent pas nécessairement de soins culturellement pertinents ou qui ne reconnaissent pas les croyances, les pratiques et les modèles de soins traditionnels autochtones.

Services en français

En Ontario, la Loi sur les services en français garantit le droit d'une personne de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario dans [26 régions désignées](#) et dans les bureaux du gouvernement⁴⁸.

Déterminants sociaux de la santé

L'itinérance et la pauvreté sont deux exemples de conditions économiques et sociales qui influencent la santé des personnes, connues sous le nom de déterminants sociaux de la santé. Parmi les autres déterminants sociaux de la santé figurent le statut professionnel et les conditions de travail, la race et l'origine ethnique, la sécurité alimentaire et la nutrition, le sexe, le logement, le statut d'immigré, l'exclusion sociale et le fait de résider dans une zone rurale ou urbaine. Les déterminants sociaux de la santé peuvent avoir de fortes répercussions sur la santé des individus et des populations; ils jouent un rôle important dans la compréhension des causes profondes de la dégradation de la santé. Les personnes atteintes d'un trouble de la santé mentale ou de dépendance vivent souvent dans des conditions sociales et économiques très stressantes qui aggravent leur santé mentale⁴⁹, notamment la stigmatisation sociale, la discrimination et le manque d'accès à l'éducation, à un emploi, aux revenus et à un logement⁵⁰.

Autogestion des maladies chroniques

Les personnes atteintes de démence et leurs familles, soignants et soutiens personnels devraient également recevoir des services qui respectent leurs droits et leur dignité et qui favorisent la prise de décision partagée et l'autogestion⁵¹. De plus, les personnes devraient être habilitées à faire des choix éclairés sur les services qui répondent le mieux à leurs besoins⁵². Les personnes atteintes de démence devraient s'engager avec leurs cliniciens dans une prise de décision éclairée et partagée concernant leurs options de traitement. Chaque personne est unique et a le droit de définir son propre cheminement vers une santé mentale harmonieuse et le bien-être⁵¹.

Remerciements

Comité consultatif

Santé Ontario remercie les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité (lieu de travail lors de l'élaboration de la norme initiale en 2018) :

Linda Lee (coprésidente)

Médecin de famille et directrice, clinique de la mémoire du Centre for Family Medicine; Chaire de recherche de Schlegel dans le domaine des soins primaires destinés aux personnes âgées, Schlegel-UW Research Institute for Aging; professeure agrégée de médecine clinique, Université McMaster

Jane McKinnon Wilson (coprésidente)

Directrice, Regional Geriatric Program Central, Hamilton Health Sciences

Gillian Barrie

Ergothérapeute, responsable en médecine physique chez les adultes et des soins cliniques en gériatrie, VHA Rehab Solutions

Nirmala Bowman

Consultante en situation de vécu

Beryl Cable-Williams

Consultante en situation de vécu

Jo-Anne Clark

Géiatre, Centre gériatrique spécialisé du Nord-Est, Horizon Santé-Nord

Phyllis Fehr

Consultante en situation de vécu

Jami Finlay

Gestionnaire, services de soutien, Alzheimer Society of Elgin–St. Thomas

Carol Holmes-Kerr

Consultante en situation de vécu

Kelly Kay

Directrice générale, Seniors Care Network

Donna Kearney

Infirmière praticienne, Cottage Country Family Health Team–Muskoka

Lori Lawson

Directrice des services communautaires de soutien, St. Joseph's Home Care, Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton

Sandy Linseman

Pharmacienne, Hôpital Grand River

Carrie McAiney

Professeure agrégée, Université McMaster

Scott McKay

Médecin de famille, London Health Sciences Centre; président associé, Département de médecine familiale, Université Western Ontario

Kelly Milne

Directrice, Programme gériatrique régional de l'Est de l'Ontario, Hôpital d'Ottawa

Rakhi Mistry

Coordonnatrice des soins, Centre d'accès aux soins communautaires de Mississauga Halton

Frank Molnar

Géiatre, directeur médical, Programme gériatrique régional de l'Est de l'Ontario, Hôpital d'Ottawa

Craig O'Brien

Infirmier praticien, équipe de santé familiale de Lakelands

Dawn Robinson

Conseillère en ressources psychogériatriques, Alzheimer Society of Peel

Dallas Seitz

Gérontopsychiatre, Providence Care; professeur adjoint, Université Queen's

Deana Stephen

Services communautaires de soutien – Navigation au sein du système, Croix-Rouge canadienne

Carmela Tartaglia

Neurologue, Hôpital Toronto Western

Natalie Warrick

Chargée de recherche principale, Dementia Capacity Planning Team, Réseau rénal de l'Ontario, Action Cancer Ontario

Julie Wheeler

Gestionnaire, programmes communautaires, région de Waterloo

Références

- (1) Ontario Health. Behavioural symptoms of dementia: care for people in hospitals and long-term care homes [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2024 [cited 2024 May 10]. Available from: <https://www.hqontario.ca/evidence-to-improve-care/quality-standards/view-all-quality-standards/behavioural-symptoms-of-dementia>
- (2) Ontario Health. Palliative care: care for adults with a serious illness [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2024 [cited 2024 May 9]. Available from: <https://www.hqontario.ca/evidence-to-improve-care/quality-standards/view-all-quality-standards/palliative-care>
- (3) Ontario Palliative Care Network. Key palliative care concepts and terms [Internet]. Toronto (ON): The Network; 2017 [cited 2017 Oct 23]. Available from: <https://www.ontariopalliativecarenetwork.ca/>
- (4) Health Care Consent Act, 1996, S.O. 1996, c. 2, Sched. A, (1996).
- (5) Substitute Decisions Act, 1992, S.O. 1992, c. 30, (1992).
- (6) Alzheimer Society of Canada. Rising tide: the impact of dementia on Canadian society [Internet]. Toronto (ON): The Society; 2010 [cited 2017 Apr]. Available from: https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Rising-tide_Alzheimer-Society.pdf
- (7) Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. Dementia in Canada: a national strategy for dementia-friendly communities [Internet]. Ottawa (ON): Senate of Canada; 2016 [cited 2017 Mar]. Available from: https://sencanada.ca/content/sen/committee/421/SOCI/Reports/SOCI_6thReport_Dementia_nCanada-WEB_e.pdf
- (8) National Institute for Health and Clinical Excellence, Social Care Institute for Excellence. Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care [Internet]. London: British Psychological Society and Gaskell; 2006 [cited 2017 Feb]. Available from: <http://www.scie.org.uk/publications/misc/dementia/dementia-fullguideline.pdf>
- (9) Alzheimer Society of Canada. Mild cognitive impairment [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun]. Available from: http://www.alzheimer.ca/on/~media/Files/national/Other-dementias/other_dementias_MCI_e.pdf
- (10) Alzheimer Society of Canada. Dementia numbers in Canada [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 24]. Available from: <https://alzheimer.ca/en/about-dementia/what-dementia/dementia-numbers-canada>
- (11) World Health Organization. Dementia: a public health priority [Internet]. Geneva, Switzerland: The Organization; 2012 [cited 2017 Apr]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf
- (12) Alzheimer Society of Canada. Landmark Study, Report 1: Navigating the path forward for dementia in Canada [Internet]. Toronto (ON): The Society; 2022 [cited 2024 May 1]. Available from: https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Landmark-Study-Report-1-Path_Alzheimer-Society-Canada_0.pdf
- (13) Batsch NL, Mittelman MS. World Alzheimer report 2012: overcoming the stigma of dementia [Internet]. London: Alzheimer's Disease International; 2012 [cited 2017 Mar]. Available from: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2012.pdf>

- (14) National Institute for Health and Clinical Excellence. Dementia: independence and wellbeing [Internet]. London: The Institute; 2013 [cited 2017 Mar]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs30>
- (15) Canadian Centre for Economic Analysis. Dementia in Canada: economic burden 2020 to 2050 [Internet]. 2023 [cited 2024 May 9]. Available from: <https://www.cancea.ca/wp-content/uploads/2023/07/CANCEA-Economic-Impact-of-Dementia-in-Canada-2023-01-08.pdf>
- (16) Duggleby W, O'Rourke HM, Baxter P, Nekolaichuk C, Thompson G, Peacock S, et al. Building a new life: a qualitative study of how family carers deal with significant changes. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):551.
- (17) Health Quality Ontario. The reality of caring: distress among the caregivers of home care patients [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2016 [cited 2017 Mar]. Available from: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/reality-caring-report-en.pdf>
- (18) Canadian Institute for Health Information. A step toward understanding health care trajectories of people living with dementia [Internet]. Ottawa (ON): The Institute; 2024 [cited 2024 May 10]. Available from: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/understanding-health-care-trajectories-people-with-dementia-en.pdf>
- (19) Work Group on Alzheimer's Disease and Other Dementias. Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias [Internet]. Arlington (VA): American Psychiatric Association Publishing; 2007 [cited 2017 Feb]. Available from: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/alzheimers.pdf
- (20) Sorbi S, Hort J, Erkinjuntti T, Fladby T, Gainotti G, Gurvit H, et al. EFNS-ENS guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. *Eur J Neurol*. 2012;19(9):1159-79.
- (21) National Institute for Health and Clinical Excellence. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline [NG97] [Internet]. London: The Institute; 2018 [cited 2022 Jul 13]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
- (22) Registered Nurses' Association of Ontario. Delirium, dementia, and depression in older adults: assessment and care. Toronto (ON): The Association; 2016.
- (23) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Assessment, diagnosis, care and support for people with dementia and their carers [Internet]. Edinburgh, Scotland: The Network; 2023 [cited 2024 April 24]. Available from: <https://www.sign.ac.uk/media/2157/sign-168-dementia.pdf>
- (24) Development Group of the Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People With Alzheimer's Disease and Other Dementias. Clinical practice guideline on the comprehensive care of people with Alzheimer's disease and other dementias [Internet]. Madrid, Spain: Spanish Ministry of Science and Innovation; 2010 [cited 2017 Feb]. Available from: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_comp_eng.pdf
- (25) Prince M, Bryce R, Ferri CP. World Alzheimer report 2011: the benefits of early diagnosis and intervention [Internet]. London: Alzheimer's Disease International; 2011 [cited 2017 Mar]. Available from: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2011.pdf>

- (26) Gauthier S, Patterson C, Chertkow H, Gordon M, Herrmann N, Rockwood K, et al. Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4). *Can Geriatr J*. 2012;15(4):120-6.
- (27) American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-centered care: a definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(1):15-8.
- (28) Ontario Health. Medication safety: care in all settings [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2024 Apr 24]. Available from: <https://www.hqontario.ca/evidence-to-improve-care/quality-standards/view-all-quality-standards/medication-safety>
- (29) Ontario Health. Transitions between hospital and home [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2020 [cited 2024 Apr 24]. Available from: <https://www.hqontario.ca/evidence-to-improve-care/quality-standards/view-all-quality-standards/transitions-between-hospital-and-home>
- (30) Dawson A, Bowes A, Kelly F, Velzke K, Ward R. Evidence of what works to support and sustain care at home for people with dementia: a literature review with a systematic approach. *BMC Geriatr*. 2015;15:59.
- (31) Cohen CA, Colantonio A, Vernich L. Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17(2):184-8.
- (32) Smale B, Dupuis SL, for the Ontario Dementia Caregiver Needs Project. In their own voices: a profile of dementia caregivers in Ontario. Stage 1: survey results. Waterloo (ON): Murray Alzheimer Research and Education Program; 2004.
- (33) Wolfs CA, Kessels A, Severens JL, Brouwer W, de Vugt ME, Verhey FR, et al. Predictive factors for the objective burden of informal care in people with dementia: a systematic review. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2012;26(3):197-204.
- (34) Pinquart M, Sorensen S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003;58(2):P112-28.
- (35) Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11(2):217-28.
- (36) Sorensen S, Conwell Y. Issues in dementia caregiving: effects on mental and physical health, intervention strategies, and research needs. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(6):491-6.
- (37) Mahoney R, Regan C, Katona C, Livingston G. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13(9):795-801.
- (38) Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2004;12(3):240-9.
- (39) Canadian Mortgage and Housing Corporation. Housing options for people living with dementia [Internet]. Ottawa (ON): The Corporation; 2015 [cited 2017 Mar]. Available from: <https://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/60967.pdf?fr=1421178129190>
- (40) Frederiksen KS, Cooper C, Frisoni GB, Frölich L, Georges J, Kramberger MG, et al. A European Academy of Neurology guideline on medical management issues in dementia. *Eur J Neurol*. 2020;27(10):1805-20.
- (41) Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
- (42) World Health Organization, editor. Proceedings of the Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care; 1978 Sep 6-12; USSR. Geneva, Switzerland: The Organization; 1978.

- (43) Gill SS, Camacho X, Poss JW. Community-dwelling older adults with dementia: tracking encounters with the health system In: Bronskill SE, Camacho X, Gruneir A, Ho MM, editors. Health system use by frail Ontario seniors: an in-depth examination of four vulnerable cohorts. Toronto (ON): Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2011. p. 47-69.
- (44) Phelan EA, Borson S, Grothaus L, Balch S, Larson EB. Association of incident dementia with hospitalizations. JAMA. 2012;307(2):165-72.
- (45) Elliott RA, Goeman D, Beanland C, Koch S. Ability of older people with dementia or cognitive impairment to manage medicine regimens: a narrative review. Curr Clin Pharmacol. 2015;10(3):213-21.
- (46) Jankowska-Polanska B, Katarzyna L, Lidia A, Joanna J, Dudek K, Izabella U. Cognitive function and adherence to anticoagulation treatment in patients with atrial fibrillation. J Geriatr Cardiol. 2016;13(7):559-65.
- (47) Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Sherifali D, Berard LD, Gucciardi E, MacDonald B, MacNeill G. Diabetes Canada 2018 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. Self-management education and support. Can J Diabetes. 2018;42(Suppl 1):S36-S41.
- (48) Ministry of Health, Ministry of Long-Term Care. French Language Health Services: The French Language Services Act (FLSA) [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 1986 [cited 2024 May 6]. Available from: <https://www.ontario.ca/page/french-language-services-ministry-health>
- (49) Keleher HM, Armstrong RL. Evidence-based mental health promotion resource. Report for the Department of Human Services and VicHealth, Melbourne [Internet]. Melbourne (Australia): State of Victoria, Department of Human Services; 2006 [cited 2017 Dec]. Available from: <https://www2.health.vic.gov.au/Api/downloadmedia/%7BC4796515-E014-4FA0-92F6-853FC06382F7%7D>
- (50) Health Quality Ontario. Taking stock: a report on the quality of mental health and addictions services in Ontario [Internet]. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2015 [cited 2024 May 6]. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-en.pdf>
- (51) Mental Health Commission of Canada. Recovery [Internet]. Ottawa (ON): The Commission; 2017 [cited 2024 May 10]. Available from: <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/focus-areas/recovery>
- (52) Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada [Internet]. Calgary (AB): The Commission; 2012. Available from: <https://mentalhealthcommission.ca/resource/mental-health-strategy-for-canada/>

À propos de nous

Nous sommes un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario dans le but d'interconnecter, de coordonner et de moderniser le système de soins de santé de la province. Avec des partenaires, des fournisseurs et des patients, nous œuvrons à rendre le système de santé plus efficace afin que tous les Ontariens aient la possibilité d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Équité, inclusion, diversité et antiracisme

Santé Ontario s'engage à promouvoir l'équité, l'inclusion et la diversité et à lutter contre le racisme au sein du système de santé. Pour ce faire, Santé Ontario a élaboré un [Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme](#), lequel s'appuie sur les engagements et les relations déjà prévus par la loi et reconnaît la nécessité d'une approche intersectionnelle.

Le cadre de Santé Ontario définit l'équité comme suit : « Contrairement à la notion d'égalité, l'équité n'est pas une question traitant la similitude de traitement. En fait, elle porte plutôt sur l'équité et la justice dans le processus et dans les résultats. Des résultats équitables exigent souvent un traitement différencié et une redistribution des ressources pour que tous les individus et toutes les collectivités soient sur un pied d'égalité. Il faut, pour ce faire, reconnaître et éliminer les obstacles à la prospérité de tous dans notre société. »

Pour plus d'informations sur Santé Ontario, visitez OntarioHealth.ca/fr.

Besoins de renseignements supplémentaires

Visiter hgontario.ca ou communiquer avec nous à l'adresse QualityStandards@OntarioHealth.ca pour toute question ou rétroaction sur cette norme de qualité.

Santé Ontario
500–525, avenue University
Toronto, Ontario
M5G 2L3

Tél. sans frais : 1-877-280-8538
Télétype : 1-800-855-0511
Courriel : QualityStandards@OntarioHealth.ca
Site web : hgontario.ca

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible?
1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@OntarioHealth.ca

ISBN 978-1-4868-8177-2 (PDF)
© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024