

Les personnes âgées avec troubles cognitifs : un repérage précoce pour un maintien dans la communauté

Par Julie Gervais, Johanne Archambault, Nadine Bolduc, Alex Battaglini et Anne-Marie Royer

Nom donné par les acteurs terrain :	Réseau de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie cognitive (RSI-PAPAC)
Région sociosanitaire :	Montérégie
Nom du territoire de RLS :	RLS du Suroît
Date de début des travaux :	Janvier 2006
Date de début des services offerts à la population :	Novembre 2006
Population rejointe :	Personnes âgées en perte d'autonomie cognitive
Partenaires du RLS actuellement impliqués dans l'initiative :	CSSS du Suroît, le GMF du Lac St-François et GMF de Salaberry, Société d'Alzheimer du Suroît, pharmacies communautaires

Brève description de l'initiative

Les objectifs poursuivis par cette initiative sont : 1) de dépister de manière précoce les troubles cognitifs chez les personnes âgées de plus de 70 ans et 2) de s'assurer que l'état de santé des personnes diagnostiquées soit pris en charge de manière globale. On entend par une approche de soins globale la prise en compte de l'ensemble des situations de vulnérabilité affectant les personnes en perte d'autonomie cognitive. On vise ainsi à maintenir cette clientèle le plus longtemps possible dans la communauté.

L'atteinte de ces objectifs implique la mise en place d'un réseau incluant différents partenaires du réseau de la santé et de la communauté (ex. : organismes communautaires, pharmacies communautaires, médecins de famille, sécurité civile). Ce réseau permet de développer un filet de sécurité pour ces personnes vulnérables au sein de la communauté et de favoriser la continuité des services qui leur sont offerts. Parmi l'ensemble des troubles cognitifs chez les personnes âgées, ce sont les troubles de démence (ex. : Alzheimer) qui sont priorisés dans cette initiative. Les évaluations et les interventions s'appuient sur les données probantes en matière d'intervention auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie cognitive.

Comment le projet a-t-il pris forme?

Il s'agit à la base d'un projet porté par les CSSS du Suroît, de Vaudreuil-Soulanges et du Haut St-Laurent qui avaient mis en place une équipe de psychogériatrie sous-régionale depuis 2000¹. Les trois CSSS avaient constaté des délais d'attente importants (environ deux ans) pour l'évaluation de la perte d'autonomie cognitive. Les médecins avaient également partagé leur besoin de disposer d'un outil de dépistage des troubles cognitifs rapide et facile à administrer pour poser leur diagnostic. Une fois le diagnostic posé, les médecins disaient aussi manquer de soutien dans le suivi de cette clientèle. Il n'y avait pas de mécanisme pour coordonner les différents soins ou les différents services offerts à la personne ni de prise en charge réellement adaptée à la problématique de démence. Il y avait peu de communication entre les différents intervenants œuvrant auprès des personnes âgées en perte

¹ L'Observatoire a concentré sa collecte d'informations sur l'expérience du territoire du CSSS du Suroît étant donné que l'initiative y est plus développée.

d'autonomie cognitive (PAPAC). Par ailleurs, peu d'attention était accordée à l'état global de vulnérabilité de cette clientèle. Le traitement des problèmes de santé chez cette clientèle représente un défi étant donné qu'elle risque de prendre ses médicaments de façon inadéquate. Il n'est pas rare non plus qu'elle développe des problèmes de dénutrition. Il y avait donc un besoin de développer un outil permettant d'évaluer de façon interdisciplinaire l'ensemble des situations de vulnérabilité spécifiques à cette clientèle. On soutenait qu'un tel outil allait également faciliter les communications entre les différents professionnels en leur fournissant des références communes pour évaluer l'état de la personne. Bref, il fallait transformer les pratiques des intervenants et revoir l'organisation des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie cognitive sur le territoire. Ce besoin était d'autant plus important sur le territoire du Suroît qui compte le plus grand nombre de personnes âgées au Québec.

Au printemps 2005, les trois CSSS partenaires ont donc développé le projet afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services offerts à la clientèle PAPAC sur les trois territoires. Un projet de réorganisation du travail, consistant en la mise en place d'un réseau de services intégrés PAPAC, a été soumis au MSSS pour lequel un financement a été obtenu pour deux ans. Le projet a été soutenu par la table locale de la direction régionale de médecine générale (DRMG) qui avait priorisé le développement d'un réseau intégré de services pour cette clientèle.

C'est en janvier 2006 que les travaux d'élaboration de l'initiative PAPAC ont été amorcés. Une équipe de projet a été mise sur pied afin de développer le projet et de veiller à sa mise œuvre. Un comité d'orientation, composé de représentants des trois CSSS et de partenaires associés au projet (ex. : Société d'Alzheimer du Suroît, pharmaciens communautaires, résidences privées) a aussi été créé pour s'assurer que les orientations du projet tiennent compte des besoins des différents territoires et des préoccupations des partenaires. Au printemps 2006, des consultations ont été organisées auprès des principaux partenaires associés au projet (médecins, pharmaciens communautaires, organismes communautaires, intervenants du CSSS) afin de mieux comprendre les besoins de la clientèle PAPAC, les rôles des différents intervenants auprès de celle-ci ainsi que les attentes des partenaires à l'égard du projet. L'équipe a mis au total deux ans à développer et à valider les outils cliniques et clinico-administratifs requis pour actualiser le programme PAPAC (protocoles de liaison, questionnaires d'évaluation, etc.).

Parallèlement au développement des outils, une formation en psychogériatrie a été offerte aux principaux acteurs intervenants auprès des PAPAC (médecins, pharmaciens communautaires, organismes communautaires, intervenants du CSSS, résidences privées). La Société d'Alzheimer du Suroît a offert la formation aux proches aidants et aux résidences privées.

Le programme PAPAC a commencé graduellement à offrir des services à la population à partir de l'automne 2006.

Quels sont les nouveaux services offerts à la population?

Le programme PAPAC offre actuellement à la population les nouveaux services suivants.

Un service de dépistage de la démence offert au sein des GMF du territoire et soutenu par un consultant en neuropsychologie

En novembre 2006, un service de soutien au dépistage des troubles cognitifs a été mis en place au sein de deux GMF. Afin de favoriser un dépistage plus précoce, l'équipe de projet PAPAC a traduit et validé un outil très succinct (Cogmed) permettant aux médecins de dépister les troubles cognitifs lors de l'examen médical de routine de leurs patients. L'infirmière désignée PAPAC des GMF évalue les patients à l'aide d'outils plus poussés (Protocole d'évaluation cognitive des personnes âgées - PECPA) lorsqu'il y a apparence de troubles cognitifs. Les résultats sont transmis à un consultant en neuropsychologie afin qu'il fournisse au médecin des recommandations pour le diagnostic et le suivi de son patient.

Récit : Les personnes âgées avec troubles cognitifs : un repérage précoce pour un maintien dans la communauté

Élaboration d'un plan d'intervention individualisé et coordination des différents services de santé requis

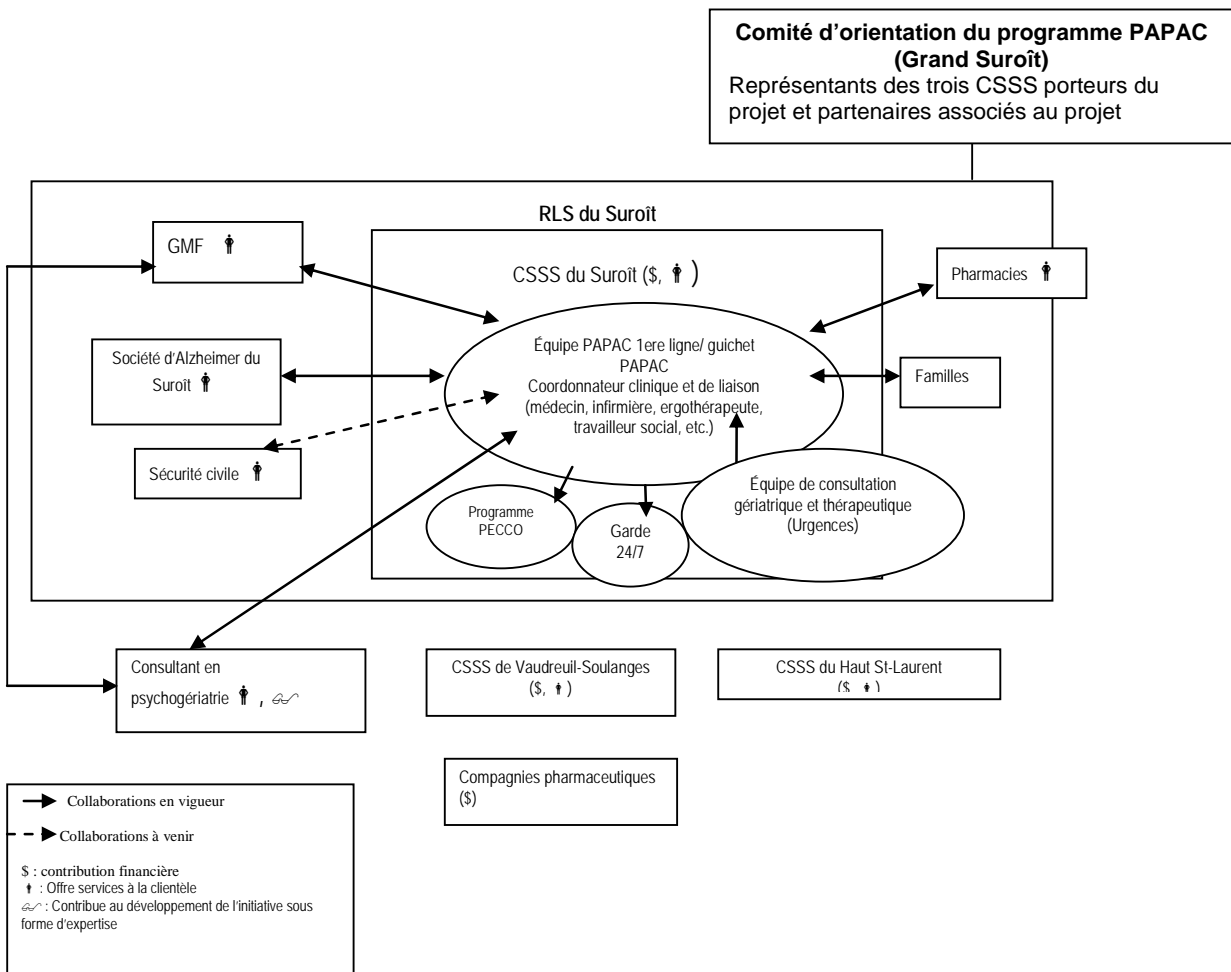
Pour les personnes souffrant de démence qui présentent de multiples facteurs de risque (ex. : isolement, épuisement des proches, pathologies multiples), un plan d'intervention individualisé est élaboré par une équipe interdisciplinaire (équipe première ligne PAPAC). Cette équipe est composée de l'intervenant-pivot, d'un médecin omnipraticien (du CLSC), d'un coordonnateur clinique et de liaison, et d'un neuropsychologue (consultant externe) qui est présent deux fois par mois. Les infirmières de GMF sont également présentes aux rencontres lorsqu'elles ont des cas complexes à discuter. C'est la coordonnatrice clinique et de liaison qui effectue le courtage des différents services offerts par le CSSS et par les partenaires de la communauté (ex. : organismes communautaires).

Suivi des usagers tenant compte de l'ensemble des facteurs de vulnérabilité

Depuis septembre 2008, les personnes âgées ayant reçu un diagnostic de troubles cognitifs sont référées au coordonnateur clinique et de liaison de l'équipe de première ligne PAPAC. Le coordonnateur inscrit les clients dans un registre et effectue un suivi téléphonique régulier auprès de ces personnes et de leurs proches afin d'évaluer leur état à l'aide du protocole d'évaluation de la vulnérabilité développé dans le cadre du projet PAPAC. Cet outil permet de dresser un portrait de la vulnérabilité de la personne

Qui sont les partenaires impliqués dans l'initiative?

Voici un portrait des principaux partenaires qui contribuent à l'offre de service qui découle du programme PAPAC.



Le CSSS du Suroît

L'équipe interdisciplinaire de première ligne PAPAC est sous la responsabilité du CSSS du Suroît. La composition de cette équipe varie en fonction de la nature des problèmes de la clientèle, mais elle compte habituellement une infirmière, un ergothérapeute, un médecin omnipraticien pratiquant au CLSC, un consultant en neuropsychologie et un coordonnateur clinique et de liaison. Cette équipe élabore le plan d'intervention en collaboration avec le client et sa famille. Afin d'assurer la prise en charge médicale de la clientèle PAPAC, le CSSS du Suroît a développé le programme de prise en charge de la clientèle orpheline (PECCO) qui, selon les personnes interrogées, fut le premier programme du genre implanté au Québec. Le CSSS a aussi le mandat d'assurer les services à domicile offerts à la clientèle sur une base 24h/24, 7 jours par semaine. L'équipe de consultation gériatrique et thérapeutique de l'urgence du CSSS du Suroît procède au dépistage de la perte d'autonomie des personnes qui se présentent à l'urgence. En cas de dépistage positif, la personne est référée au guichet d'accès des services de soutien à domicile du CSSS. L'évaluation plus approfondie de la perte d'autonomie cognitive et de la situation de vulnérabilité des personnes de même que le suivi de la personne seront assurés par l'équipe interdisciplinaire de première ligne PAPAC.

Les GMF

Au moment où la collecte d'information de l'Observatoire a été finalisée (été 2009), les principaux partenaires du RLS qui collaboraient activement avec le CSSS pour offrir des services à la clientèle PAPAC étaient le GMF du Lac St-François et le GMF de Salaberry. Tel que mentionné précédemment, les infirmières des deux GMF réalisent le dépistage des patients des médecins et participent aux rencontres de l'équipe première ligne PAPAC lorsque les patients qu'ils ont évalués sont considérés particulièrement vulnérables. Ces rencontres permettent aux infirmières de bénéficier de l'expertise de l'équipe pour compléter leur évaluation. À noter que ces rencontres ont souvent lieu au GMF afin de faciliter les contacts avec le médecin traitant en cas de besoin. Les patients ayant reçu un diagnostic de démence nécessitant des services à domicile ou l'intervention d'un travailleur social sont ensuite référés à l'équipe première ligne PAPAC.

Autres partenaires

Tel que mentionné précédemment, un consultant en psychogériatrie participe également aux rencontres de l'équipe première ligne PAPAC à raison de deux fois par mois afin d'appuyer l'équipe dans le suivi de cas complexes. Les honoraires de cette ressource sont défrayés par le CSSS. Le neuropsychologue apporte également un soutien aux médecins de famille dans l'évaluation de leurs patients et dans leur prise en charge en lui acheminant ses recommandations par télécopieur. À noter que le consultant a été le responsable du développement et de la validation des outils cliniques ainsi que de la formation offerte aux partenaires et aux intervenants du CSSS dans le cadre du programme PAPAC.

Une entente de collaboration entre le CSSS du Suroît et la Société d'Alzheimer du Suroît a aussi été signée. Le rôle de cet organisme au sein du programme PAPAC est d'offrir un répit aux proches aidants et d'offrir de la formation sur la démence aux familles, aux résidences privées et aux autres organismes communautaires sur le territoire. Le partenariat entre cet organisme et le CSSS sera toutefois appelé à s'intensifier au cours des prochaines années. On souhaite, entre autres, qu'ils participent plus activement à l'élaboration du plan de services individualisé.

Les pharmaciens ont pour rôle de communiquer au coordonnateur clinique la mise à jour du profil pharmacologique des clients PAPAC. On souhaiterait également que les pharmaciens participent au dépistage des personnes âgées en perte d'autonomie cognitive en administrant un outil de dépistage très succinct (Cogmed), mais ce point reste à négocier avec les pharmacies.

Une entente a aussi été signée récemment avec la sécurité civile, mais elle n'a pas encore été actualisée. Le rôle des policiers serait de communiquer (par télécopieur) au coordonnateur tous les incidents (ex. : conduite automobile dangereuse, égarement) impliquant les clients inscrits au

programme PAPAC. Pour que la clientèle PAPAC soit reconnue par les policiers, on envisage d'apposer un collant « PAPAC » derrière le permis de conduire de la personne.

Enfin, le programme PAPAC n'aurait pas pu voir le jour sans la contribution des CSSS de Vaudreuil-Soulanges et du Haut-St-Laurent qui ont participé au développement du projet, tant au niveau financier qu'au niveau des travaux d'élaboration d'outils clinico-administratifs (protocoles de liaison, outils de dépistage, etc.). Quatre compagnies pharmaceutiques (Pfizer, Lundbeck, Novartis, Janssen-Ortho) ont également financé une partie de la démarche de validation d'outils de dépistage. Elles ont aussi défrayé les évaluations réalisées par les infirmières des GMF.

Quelles sont les ressources utilisées pour mettre en œuvre cette initiative?

Les ressources humaines

Le développement de ce projet a requis la mise sur pied d'une équipe de projet composée d'un responsable de projet (médecin omnipraticien), un responsable administratif (chef de programmes), un chargé de projet clinique (neuropsychologue), un chargé de projet organisationnel et d'une secrétaire. Au niveau clinique, l'équipe de première ligne PAPAC requiert le travail d'un coordonnateur clinique (3 jours/semaine), d'une commis (1 ETC), d'un travailleur social (1,5 jour/semaine), d'un omnipraticien (pratiquant au CLSC) (1 jour/semaine), d'une infirmière de GMF (0,5 jour/mois), d'un ergothérapeute (1 jour/semaine), d'un consultant en neuropsychologie (2 jours/semaine). Lorsque pertinent, une nutritionniste ou un pharmacien participe à l'élaboration du plan d'intervention.

Bref, les coûts de fonctionnement de l'équipe première ligne PAPAC sont évalués à environ 100 000 \$/année.

Les ressources financières

Le programme PAPAC a reçu en 2006 un financement du MSSS de 396 000 \$. Cette somme a servi à financer les démarches de consultation, la formation des intervenants et des partenaires sur les troubles cognitifs ainsi que l'élaboration et la validation des outils cliniques et administratifs requis. Ils ont reçu, en 2008, un budget supplémentaire non récurrent de 50 000 \$ provenant de l'Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie pour soutenir l'implantation de l'équipe PAPAC première ligne.

Les quatre compagnies pharmaceutiques ont aussi contribué au projet en défrayant les coûts de mise en place et de fonctionnement de la clinique de soutien au dépistage (66 000 \$). Au moment de la collecte d'information, seule la compagnie Janssen-Ortho continue de soutenir le projet en défrayant les évaluations cognitives réalisées au sein des GMF et de l'équipe du soutien à domicile du CSSS du Suroît .

Les trois CSSS de la sous-région du Grand Suroît (CSSS de Vaudreuil-Soulanges, CSSS du Haut St-Laurent et CSSS du Suroît) ont aussi apporté un soutien financier au projet (total de 40 000 \$) pour le développement d'outils de communication, entre autres, la conception d'un site web (portail PAPAC), lequel n'est pas encore actualisé.

Quelles sont les retombées associées à la mise en place de l'initiative?

Dimensions	Avant	Après
Pour la population	Les PAPAC devaient consulter plusieurs intervenants pour traiter leurs différents problèmes de santé sans qu'il n'y ait de concertation entre ceux-ci. L'absence d'approche de soins intégrés accélérât la détérioration de l'état de santé de la personne.	Les personnes âgées en perte d'autonomie cognitive bénéficient aujourd'hui d'une prise en charge de l'ensemble de leurs besoins en termes de santé et de bien-être. Le suivi systématique réalisé par le coordonnateur clinique ainsi que la prise en compte de l'état de santé global contribuent à prévenir la détérioration de l'état de santé de la personne atteinte de troubles cognitifs.
Sur l'organisation des services	Délai moyen de deux ans d'attente pour l'évaluation de la perte d'autonomie cognitive.	« Grâce à certaines structures dont la clinique de soutien au dépistage et l'implication plus active et de certaines personnes, notamment dans les GMF, qui ont été formées à l'évaluation, le délai d'attente est passé de deux ans à un mois ou deux. » (neuropsychologue) « Si on est capable de diagnostiquer de façon précoce, tout se fait bien dans une chaîne (...) c'est pas l'effet de bombe arrivé à la fin (...) Avec le neuropsychologue qui nous soutient, les professionnels qui sont impliqués aussi, ça va beaucoup mieux. » (infirmière GMF)
Pour les partenaires	Très peu de concertation entre les divers partenaires impliqués dans l'offre de service auprès des PAPAC. Faible niveau de connaissances des partenaires sur les troubles cognitifs.	Formation offerte aux partenaires du réseau local a permis de les sensibiliser à l'importance d'intervenir de manière concertée et précoce auprès des personnes âgées en perte d'autonomie cognitive.
Sur l'organisation du travail des intervenants	Chaque intervenant regardait une facette précise du problème de la personne en tenant peu compte d'autres aspects pouvant influencer l'état de santé de la personne (ex. : prescription d'un médicament pouvant causer des pertes de mémoire).	On assiste de plus en plus à un décloisonnement des tâches entre professionnels. Par exemple, les infirmières effectuent désormais des évaluations cognitives alors que cette tâche était réservée traditionnellement aux ergothérapeutes. Les rencontres d'équipe interdisciplinaire permettent aux intervenants du CSSS d'avoir une vision systémique de l'intervention à offrir aux PAPAC.

L'avis des partenaires et de la population en regard de cette initiative?

Les médecins du territoire : Selon le médecin responsable du projet, les médecins du territoire se disent satisfaits de la formation qu'ils ont reçue et de l'avis du neuropsychologue qu'ils reçoivent en soutien au diagnostic. Il semble cependant que le plan d'intervention individualisé ne soit pas transmis systématiquement au médecin de famille. Ils apprécieraient le recevoir afin d'avoir une vue d'ensemble des facettes de la prise en charge qui sera réalisée et de mieux cerner comment ils pourraient contribuer au suivi de leur patient. Ils souhaiteraient aussi une prise en charge plus intégrée du patient avec une plus grande participation des familles et des organismes communautaires. Du point de vue de certains médecins du territoire, lorsque leur patient a besoin d'une évaluation plus poussée, il faut attendre plusieurs mois avant qu'elle ne soit réalisée par les intervenants du CSSS. Il en serait de même pour plusieurs autres examens (ex. : tomodensitométrie), ce qui ne favoriserait pas la continuité des services.

Les pharmaciens et les organismes communautaires : Selon les témoignages recueillis, les pharmaciens et les organismes communautaires ont beaucoup apprécié leur participation à la démarche de consultation ayant été menée au début du projet. Ils disent croire beaucoup en la valeur ajoutée du projet pour les personnes âgées en perte d'autonomie cognitive et souhaiteraient prendre part plus activement au réseau de services intégrés. Toutefois, ils trouvent dommage de ne recevoir aucune information sur l'évolution du projet depuis plusieurs mois. De plus, étant donné l'absence de dossier informatisé, les pharmaciens ont souvent à fournir, à plusieurs intervenants, le profil pharmaceutique d'un même client.

La population : À l'heure actuelle, il est difficile pour la population d'apprécier les changements apportés par l'initiative compte tenu du fait qu'elle n'est pas pleinement actualisée. Du point de vue de l'équipe PAPAC, plusieurs proches étaient au bord de l'épuisement avant de bénéficier des services de l'équipe PAPAC et leur état se serait significativement amélioré après leur prise en charge. « *Les retombées sont surtout de nature organisationnelle pour le moment, c'est-à-dire, on a un coordonnateur clinique et de liaison, on a une équipe dédiée PAPAC, on commence à utiliser des guides de pratiques, mais l'impact véritable de la mise en œuvre du réseau de services intégrés PAPAC ne pourra être observable que dans un an ou deux, si financement il y a* » (neuropsychologue).

Quelles leçons pouvons-nous tirer de la mise en place de cette initiative?

Les gens qui ont pris part au développement du projet s'entendent sur le fait que les ressources pour le réaliser ont été sous-estimées. Le travail de validation des outils et de recension des écrits s'est avéré beaucoup plus long que prévu. Si c'était à refaire, il serait judicieux de mieux évaluer dès le départ les ressources requises, tant pour le développement du projet que pour son actualisation. Le soutien de la haute direction du CSSS, particulièrement dans la démarche de financement, serait essentiel pour assurer la pérennité du projet.

Plusieurs personnes interviewées auraient souhaité un déploiement plus progressif de l'initiative en procédant à l'implantation de certains éléments plus rapidement plutôt que de vouloir implanter tous les éléments du programme simultanément. Cela aurait sans doute permis de voir plus rapidement les fruits du travail en réseau et de contribuer ainsi à maintenir la mobilisation des partenaires qui semble avoir perdu quelque peu de sa vigueur depuis le début du projet. L'importance de maintenir un lien constant avec les partenaires afin de les garder informés de l'évolution du projet a aussi été soulignée par ceux-ci.

Le roulement important du personnel au CSSS représente un frein considérable à l'avancement du projet PAPAC. « *Les intervenants ont tous changé, des infirmières, je pense qu'il en reste trois des anciennes (...) des travailleurs sociaux, on en a eu 4 à 5 nouveaux (...) On recommence avec eux (...) fait qu'imaginez, faut recommencer des devoirs qu'on a fait depuis longtemps* » (responsable administrative du projet).

L'accès informatisé au dossier apparaît aux yeux de plusieurs personnes interviewées comme étant une condition essentielle de l'efficacité de RSI-PAPAC. Cet accès ne s'est pas encore concrétisé dans le cas de cette initiative. L'accès au dossier informatisé faciliterait non seulement le développement du réseau local de services, mais aussi l'application de la garde 24/7 puisque les médecins pourraient consulter à distance le dossier du patient et mieux soutenir l'infirmière à domicile. C'est l'accès informatisé au dossier qui va faire en sorte que le médecin va voir sa tâche allégée, puisqu'il facilite la prise en charge partagée par plusieurs intervenants. « *Ce qui fait échec aux soins partagés, c'est l'absence d'un partage d'information efficace* » (médecin responsable du projet).

Travailler en réseau nécessite une approche différente de travail et pour que cela fonctionne, il faut qu'il y ait un porteur de cette approche. Dans le cadre de cette initiative, c'est le médecin de l'équipe PAPAC qui a assumé ce rôle. Celui-ci s'est associé à des gens qui avaient la même philosophie et graduellement, les intervenants se sont ralliés à cette approche. La présence d'un expert en psychogériatrie au sein de l'équipe PAPAC est aussi un élément perçu par plusieurs comme étant incontournable. Une autre fonction charnière pour assurer le succès d'un projet similaire est celle du coordonnateur clinique et de liaison. Étant donné sa fonction de liaison, celui-ci agit comme un agent multiplicateur, tant à l'intérieur de l'équipe PAPAC qu'auprès des partenaires du territoire.

Enfin, en regard de l'exportabilité du projet, il apparaît, aux yeux des responsables du projet, difficile d'implanter le programme PAPAC en région métropolitaine. Le fait qu'il n'y ait qu'un seul hôpital sur le territoire faciliterait grandement le travail en réseau.

Les suites de l'initiative

Jusqu'à présent, le protocole d'évaluation de la vulnérabilité est surtout utilisé par le coordonnateur clinique et de liaison. On souhaite que l'ensemble des intervenants de l'équipe première ligne PAPAC l'utilise afin de faciliter l'adoption d'une vision partagée de l'état de vulnérabilité de la personne. À l'automne 2008, les responsables du projet ont demandé un financement à l'Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie afin de défrayer les coûts de formation liée à l'utilisation du protocole d'évaluation de la vulnérabilité. Cette demande de financement n'a pas été acceptée. Le médecin responsable du projet a récemment quitté le CSSS du Suroît pour relever de nouveaux défis au CSSS Jardin Roussillon. Le neuropsychologue, ayant fait partie de l'équipe de projet, s'est également retiré du projet à la fin de l'été 2009. Un autre consultant en psychogériatrie a été embauché à l'automne 2009. Comme développement à venir, on prévoit, comme mentionné précédemment, développer davantage le partenariat avec les pharmacies, les organismes communautaires et le service de la sécurité civile. On compte aussi sur l'ajout de ressources financières pour embaucher des gestionnaires de cas PAPAC et pour concrétiser le portail PAPAC (site Web) afin d'offrir de la formation en ligne et rendre les outils développés accessibles à l'ensemble des intervenants du réseau de la santé.

Quels sont les outils utilisés dans le cadre de cette initiative?

Les outils développés (protocole d'évaluation de la vulnérabilité) et/ou validés dans le cadre de ce projet (ex. : Cogmed) seront ultérieurement accessibles sur le portail Internet PAPAC.

Quelles ont été les sources utilisées pour documenter cette initiative?

Rappel : l'OQRLS documente les initiatives à partir de différents points de vue par le biais d'entrevues. L'expérience et la perception des acteurs locaux est au cœur des travaux de l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services. Ce récit a été rédigé à partir des sources suivantes.

- Entrevue auprès du médecin responsable du projet
- Entrevue auprès du chargé de projet clinique (neuropsychologue)
- Entrevue auprès du responsable administratif du projet
- Entrevue auprès du coordonnateur clinique et de liaison
- Entrevue auprès de la direction du programme personnes âgées en perte d'autonomie

- Entrevue auprès d'un professionnel de la santé de l'équipe de consultation gériatrique et thérapeutique de l'urgence du CSSS du Suroît
- Entrevue auprès de responsable de deux organismes communautaires
- Entrevue auprès de deux médecins pratiquant au sein de deux GMF/cliniques privées du territoire
- Entrevue auprès d'un pharmacien communautaire
- Entrevue auprès de deux proches aidants
- Entrevue avec une infirmière GMF
- Rapport final du projet *Programme paritaire de dépistage et de prise en charge précoce des personnes âgées en perte d'autonomie cognitive résidant sur le territoire des CSSS du Grand Suroît par la transformation des pratiques de travail dans le cadre d'une mise en réseau intégrée des ressources de services* remis au ministère de la Santé et des Services sociaux en 2008
- Bilan de six focus group sur le thème « Comment améliorer le dépistage et le suivi des personnes âgées en perte d'autonomie cognitive » (2006)

**Vous avez des commentaires sur ce texte?
julie.gervais.bcstl@ssss.gouv.qc.ca**

Citation suggérée

Gervais, J., Archambault, J., Bolduc, N., Battaglini, A., et Royer, A.-M. (2010). *Les personnes âgées avec troubles cognitifs : un repérage précoce pour un maintien dans la communauté*. Récit, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 14 janvier 2010, 9 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives du Canada, 2010
ISSN : 1923-5895 (version imprimée)
ISSN : 1923-5909 (version PDF)

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

© Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Observatoire québécois des réseaux locaux de services, 2010

Pour plus d'information sur l'initiative...

Personne-ressource de l'OQRLS : Julie Gervais, courtière de connaissances au 514 331-2288, poste 4044