

Programme des services ambulatoires spécialisés de gériatrie

Direction des services de soutien à domicile et de
gériatrie (DSSADG)

Mars 2022

Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation des personnes mentionnées ci-dessous. À toutes, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques.

Rédaction et recherche

Annick Vallières, agente de planification, de programmation et de recherche, DSMREU

Comité tactique

Annick Chaloux, coordonnatrice RI-RTF-RPA et Services spécialisés de gériatrie, DSSADG

Aurore Dutilleul, interniste-gériatre MD FRCPC

Julie Leblanc, interniste-gériatre MD FRCPC

Dominique Lécuyer, directrice adjointe, DSSADG

Isabelle Lefebvre, directrice des services de soutien à domicile et gériatrie, DSSADG

Jennifer Mascitto, chef de service, volet Développement et évolution des pratiques, DSMREU

Sophie Poirier, directrice adjointe, DSMREU

Noureddine Soual, chef des Services ambulatoires spécialisés de gériatrie, DSSADG

Comité de travail

Claudine Boulet, neuropsychologue, DSSADG

Annick Chaloux, coordonnatrice RI-RTF-RPA et Services spécialisés de gériatrie, DSSADG

Aurore Dutilleul, interniste-gériatre MD FRCPC

Julie Leblanc, interniste-gériatre MD FRCPC

Audrée Leboeuf, conseillère en soins infirmiers, DSIEU

Marie-France Sauvé, ergothérapeute, DSSADG

Noureddine Soual, chef des Services ambulatoires spécialisés de gériatrie, DSSADG

Stéphanie Trudeau, infirmière clinicienne, DSSADG

Comité consultatif

Dorice Boudreault, médecin, CMDP, DRMG

Annie Cardin St-Antoine, responsable du GMF de Dorion

Vivianne Comtois, Infirmière clinicienne consultante de l'équipe SCPD, DSSADG

Benjamin Dahan, neurologue

Josée Ferland, Conseillère cadre à l'enseignement universitaire, les stages, la recherche et la formation, DSIEU

Caroline Haineault, MDF St-Constant

Félix Le-Phat-Ho, président DRMG et médecin de famille en GMF-R

Josée Prud'homme, chef de service volet Formation et développement professionnel, DSMREU

Manon Rousse, coordonnatrice soutien à l'autonomie personnes âgées, Suroît et Vaudreuil-Soulanges, DSSADG

Martine Vallée, agente de relations humaines, DPSMD

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, mars 2022.

Reproduction autorisée avec mention de la source

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	5
LEXIQUE	6
AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	10
1. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE ET CLIENTÈLE CIBLE	11
1.1. Problématique et estimation de l'ampleur	11
1.2. Conséquences	13
1.2.1. Enjeux face à la justesse du diagnostic et du traitement	13
1.2.2. Augmentation des coûts et des défis pour le système de santé	14
1.2.3. Augmentation du fardeau des personnes proches aidantes (PPA)	14
1.3. Clientèle cible du programme	15
1.3.1. Portrait de la clientèle cible	16
1.4. Besoins de la clientèle cible	16
1.4.1. Besoins de l'utilisateur	16
1.4.2. Besoins de la personne proche aidante	17
1.4.3. Sondage local sur la satisfaction et les besoins des usagers et leurs proches face aux services ambulatoires spécialisés de gériatrie	17
1.5. Données probantes sur l'intervention	18
2. BUT ET OBJECTIFS	20
2.1. But	20
2.2. Objectifs généraux et spécifiques	20
3. THÉORIE	21
3.1. Approches théoriques et concepts fondamentaux	21
3.2. Moyens projetés pour atteindre les objectifs	24
4. RESSOURCES	26
4.1. Ressources humaines	26
4.2. Rôles et responsabilités	27
4.2.1. Clinique intégrée de gériatrie spécialisée (CIGS)	27
4.2.2. Volet spécialisé en gestion des SCPD	33
4.3. Formations et développement de compétences	36
5. MÉCANISME DE RÉFÉRENCE	37
5.1. Référence	37
5.2. Critères d'inclusion et d'exclusion	38
5.3. Critères de priorisation	38
5.4. Critères de fin d'intervention	39
6. STRATÉGIES D'INTERVENTION	40
6.1. Modalités d'intervention	40
6.2. Description du processus d'intervention	41

7. PLANIFICATION DE L'ÉVALUATION	55
7.1. Paramètres à évaluer.....	55
7.1.1. Évaluation de l'implantation.....	55
7.2. Indicateurs de suivi	55
CONCLUSION.....	58
LISTE DES ANNEXES.....	58
RÉFÉRENCES	59
ANNEXE A MODÈLE LOGIQUE DU PROGRAMME	67
ANNEXE B MANIFESTATIONS CLINIQUES LES PLUS FRÉQUENTES DES SCPD.....	68
ANNEXE C TRAJECTOIRES DE SERVICES.....	69
ANNEXE D TABLEAU SYNTHÈSE POUR STATUER DE L'ACCEPTABILITÉ D'UNE DEMANDE DE RÉFÉRENCE SELON LE VOLET D'EXPERTISE	70
ANNEXE E STRATÉGIES D'INTERVENTION	72
ANNEXE F OUTILS D'ÉVALUATION.....	74
ANNEXE G DEVIS D'ÉVALUATION ET D'IMPLANTATION	76

Liste des abréviations et des acronymes

AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CIGS	Clinique intégrée de gériatrie spécialisée
CISSSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CRDS	Centre de réadaptation de demandes de services
DPSMD	Direction des programmes de santé mentale et dépendances
DSHAPPA	Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie
DSIEU	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire
DSMREU	Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire
DSSADG	Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie
EGG	Évaluation gériatrique globale
GMF	Groupe de médecine de famille
HAS	Haute autorité de santé
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
MAH	Mécanisme d'accès à l'hébergement
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PEIO	Programme d'évaluation-intervention-orientation
PI	Plan d'intervention
PPA	Personne(s) proche(s) aidante(s)
RI-RTF	Ressources intermédiaire et de type familial
RTS	Réseau territorial de services
RUSHGQ	Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie
SAD	Soutien à domicile
SASG	Services ambulatoires spécialisés de gériatrie
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SPFV	Soins palliatifs et de fin de vie
TNC	Troubles neurocognitifs
TNCM	Troubles neurocognitifs majeurs
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle

Lexique¹

Accessibilité	L'accessibilité est un concept comprenant plusieurs dimensions soit géographique, d'optimisation des mécanismes de référence, de proximité, la dimension temporelle, d'entrée dans le système de soins, de réduction des inégalités et d'acceptabilité (MSSS, 2004, p. 21).
Activité de la vie domestique (AVD)	Ensemble des tâches accomplies chaque jour par une personne et qui concernent sa vie à l'intérieur et autour de son milieu de vie, telles que cuisiner, faire le ménage, prendre ses médicaments, faire la lessive, gérer les finances, etc. (Blouin & Bergeron, 1997)
Activité de la vie quotidienne (AVQ)	Ensemble des gestes accomplis chaque jour par une personne dans le but de prendre soin d'elle-même ou de participer à la vie sociale, tel que se laver, s'habiller, manger, entrer ou sortir du lit ou s'asseoir et se lever d'une chaise, utiliser les toilettes, etc. (Blouin & Bergeron, 1997)
Autonomisation	De l'anglais empowerment, il s'agit du « processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement » (Office québécois de la langue française, 2012).
Cascade médicamenteuse	« La cascade médicamenteuse survient lorsqu'on prescrit un médicament pour traiter l'effet indésirable d'un autre médicament, cet effet indésirable ayant été interprété comme un nouveau problème ou une nouvelle maladie » (Sirois, 2014, p. 31).
Continuum de soins et de services	« Un système intégré, centré sur la personne qui inclut à la fois des services et des mécanismes d'intégration et qui suit dans le temps les personnes à travers des services de santé, de santé mentale et des services sociaux globaux à tous les niveaux d'intensité requis. La notion de continuum fait référence à la fois à la continuité et à la complémentarité des services requis par une clientèle » (MSSS, 2004, p.38).
Corridor de services	Une voie de circulation assurée par des ententes de collaboration entre des professionnels ou des établissements. Le corridor permet d'utiliser de façon efficiente les ressources du réseau pour répondre dans les meilleurs délais aux besoins des usagers (OPPQ, 2021).
Données probantes	Ensemble des connaissances issues des données scientifiques, circonstancielles et expérientielles (Straus et al., 2018).
Fardeau	Ce terme renvoie à une notion multidimensionnelle combinant des contraintes physiques, psychologiques, sociales et financières résultant pour la personne proche aidante de la dépendance d'un proche et d'un sentiment d'incapacité à satisfaire les exigences de son rôle (Charazac et al., 2017).

1. Veuillez noter que l'appellation *patient* utilisée dans les définitions d'origine ou dans les citations du texte a été remplacée dans le présent document par celle d'*usager*. De la même manière, l'appellation *aidant naturel* a été remplacée par *personne proche aidante*.

Fragilité	Concept essentiel en médecine gériatrique caractérisé par la perte des réserves homéostatiques et de la résistance au stress résultant de l'accumulation d'incapacité dans les différents systèmes (Fried et al., 2001). La fragilité peut conduire à un état de vulnérabilité accrue qui rend plus difficile l'adaptation de la personne âgée aux événements stressants de la vie et qui augmente le risque de perte d'autonomie. « La fragilité peut se concevoir comme une étape intermédiaire entre le vieillissement habituel et le vieillissement pathologique » (Trivalle, 2016, p. 11). Il s'agit d'un modèle cumulatif qui peut se manifester par de nombreux signes cliniques aspécifiques tels que la fatigue, la perte de poids, les chutes ou un ralentissement global (Clegg et al., 2013).
Interdisciplinarité	Plusieurs intervenants, ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques, interagissent auprès de l'usager, qui est au centre des interventions, en tenant compte des avis et des recommandations des autres. Ainsi, les intervenants d'une équipe interdisciplinaire travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'un usager en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire de tâches (Hébert, 1997). Le plan d'intervention est élaboré en équipe interdisciplinaire et est appliqué par chacun selon son rôle auprès de l'usager.
Intervenant	« L'utilisation du terme générique intervenant, également privilégié dans la LSSSS, fait référence à celui ou celle qui, dans le cadre de son rôle ou de ses fonctions, doit planifier, coordonner, faire intervenir ou dispenser des soins ou des services de santé et sociaux auprès de l'usager (incluant les soins et services médicaux). Ce terme inclut, par exemple, le professionnel, le clinicien, le médecin, le résident (en médecine et en pharmacie) et le stagiaire » (MSSS, 2018, p. 22).
Intervenant pivot	Professionnel de la santé et des services sociaux « responsable d'assurer la planification, la coordination, la continuité et l'intégration des soins et des services. Qu'il combine ou non cette fonction à des tâches cliniques propres à son domaine de formation, c'est lui qui soutient et accompagne la personne, sa famille et ses proches dans le processus d'obtention des services » (MSSS, 2017, p. 24).
Partenaire externe	Le terme « partenaire externe » réfère à des intervenants impliqués provenant d'établissements ou d'organismes autres que ceux du CISSS de la Montérégie-Ouest (interétablissements ou intersectoriels).
Partenaire interne	Le terme « partenaire interne » réfère aux intervenants impliqués provenant d'autres programmes du CISSS de la Montérégie-Ouest (intraétablissement).
Personne âgée (ou aînée)	La définition de la « personne âgée » retenue est celle basée sur le critère d'âge de 65 ans et plus puisqu'il s'agit de la borne d'âge la plus fréquemment utilisée dans la littérature médicale pour définir l'appartenance d'une personne au groupe des personnes dites « âgées ». (HAS, 2009, p.13)
Personne proche aidante (PPA)	« Toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel, de manière libre, éclairée et révocable, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie » (MSSS, 2021, p. 25).

Plan d'intervention (PI)	Le plan d'intervention est « une activité clinique permettant une lecture commune des besoins de l'utilisateur, donnant un sens à l'intervention, permettant un échange pour clarifier les rôles et responsabilités de chacun, ainsi qu'un moment privilégié pour consolider le lien de confiance avec l'utilisateur » (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2020, p. 8). Dans ce document, le terme PI désigne l'ensemble des appellations suivantes : Plan d'intervention disciplinaire (PID), le plan de traitement (PT), la note médicale du médecin et le plan thérapeutique infirmier (PTI); Plan d'intervention interdisciplinaire (PII); Plan de services individualisé (PSI).
Polypathologie	La co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins deux) chez le même individu sur la même période (Boast, 2018).
Pré-fragile	Un aîné préfragile présente de 1 à 2 signes de déficiences de certaines capacités fonctionnelles (Ferrucci et al., 2002). Ses réserves physiologiques, bien que diminuées, restent suffisantes pour permettre une réponse adaptée lors d'un stress (Fried et al., 2001).
Polypharmacie	La consommation simultanée de cinq médicaments ou plus (Sirois, 2014).
Services spécialisés	« Les services spécialisés visent à répondre à des besoins résultant de problématiques complexes, mais répandues, exigeant une expertise spécialisée [...] » (MSSS, 2017, p. 9).
Services spécifiques ou de 1^{re} ligne	« Les services spécifiques visent à soutenir les personnes qui vivent dans leur communauté et qui, pour la plupart, doivent recevoir à moyen ou à long terme, de façon continue, des services qui leur sont propres. [...] Les services spécifiques se distinguent des services spécialisés et surspécialisés essentiellement par le fait qu'ils nécessitent, de la part des intervenants qui les offrent, des connaissances cliniques générales, des besoins de la personne et de ses proches ainsi que des ressources disponibles pour y répondre » (MSSS, 2017, p.8-9).
Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence	Un ensemble de manifestations cliniques potentiellement dangereuses pour la personne ou les autres, générant du stress ou de la frustration que l'on retrouve fréquemment chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs et dont la cause s'avère souvent être liée à un besoin de base non comblé.
Syndromes gériatriques	Une gamme de problèmes physiologiques ou comportementaux complexes courants qui se manifestent chez les personnes âgées et qui ne rentrent pas dans des catégories distinctes de maladies liées aux organes et qui ont souvent des causes multifactorielles (Inouye et al., 2007).
Trouble neurocognitif majeur (TNCM)	Un trouble neurocognitif majeur est une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Ce déclin cognitif est persistant, non expliqué par une dépression ou des troubles psychotiques. Le TNCM est qualifié de majeur lorsque les déficits cognitifs interfèrent avec l'autonomie de l'utilisateur dans les actes du quotidien (c'est-à-dire les AVD et les AVQ) (American Psychiatric Association, 2013).
Usager	Personne qui reçoit des soins ou services de l'établissement ou par un prestataire de soins et services lié à un contrat pour le compte de l'établissement.

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest emploie plus de 9 600 personnes, 550² médecins, répartis dans 128 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux, consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

2. Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

La Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie (DSSADG) regroupe un ensemble de programmes et des services. Leur raison d'être est d'assurer une accessibilité à des soins et des services sécuritaires et de qualité aux personnes en perte d'autonomie permanente ou temporaire, et ce, peu importe leur âge et leur milieu de vie.

Considérant les multiples enjeux et problématiques découlant du vieillissement de la population, le besoin de développer une expertise exclusivement destinée aux personnes âgées a été constaté.

Un programme des services ambulatoires spécialisés de gériatrie (SASG), s'appuyant sur les meilleures pratiques et les réalités du terrain, a été rédigé. Ce programme regroupe les trois volets d'expertise suivants :

- 1) gériatrie spécialisée;
- 2) neurologie cognitive ;
- 3) équipe ambulatoire de gestion des SCPD (Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence).

La Clinique intégrée de gériatrie spécialisée (CIGS) est la nouvelle appellation pour référer aux services anciennement connus sous le nom de Clinique ambulatoire de gériatrie et de psychogériatrie (CAGP) et la Clinique de cognition.

Le programme inclut des pathologies complexes se rapportant à l'aspect moteur et/ou cognitif pour lesquels des services gériatriques spécialisés s'avèrent essentiels. Le programme permet ainsi d'offrir les interventions appropriées auprès des usagers ayant des besoins gériatriques complexes ou atypiques liés au vieillissement pour lesquels les équipes de 1^{re} ligne ou d'autres spécialités médicales requièrent du soutien au sujet du diagnostic, du traitement ou du suivi.

Le programme s'inscrit dans la continuité :

- du *Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* (AAPÂ) du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (Brazeau et al., 2011);
- des orientations ministérielles sur l'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) (Bergman et al., 2009);
- des paramètres organisationnels des cliniques de mémoire (MSSS, 2014a) et des équipes ambulatoires SCPD (MSSS, 2014b);
- de la *Politique nationale pour les personnes proches aidantes : Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement* (MSSS, 2021).

Ce document sur le programme s'adresse à tous les intervenants, gestionnaires et médecins impliqués dans la dispensation des services gériatriques spécialisés.

Le modèle logique se trouvant en [annexe A](#) offre une représentation visuelle globale du programme et de sa logique d'action.

1. Définition de la problématique et clientèle cible

1.1. Problématique et estimation de l'ampleur

Mondialement, l'augmentation de la population âgée de 65 ans et plus s'accroîtra dans les prochaines années. Le Québec est parmi les sociétés où le vieillissement de la population est le plus rapide au monde (Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2015). Selon les estimations et projections démographiques, dans une dizaine d'années, environ une personne sur quatre sera âgée de 65 ans et plus dans la province (Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, 2018). Les projections estiment qu'en 2061, un Québécois sur quatre aura 85 ans et plus (Banque de données des statistiques officielles sur le Québec, 2016).

Comme au Québec, le vieillissement de la population du réseau territorial de services (RTS) de la Montérégie-Ouest continue de prendre de l'ampleur et se produit plus rapidement que dans le reste de la Montérégie. En 2016, 18 % de la population avait 65 ans et plus et cette proportion devrait dépasser celle des 0 à 17 ans vers 2031 (Blackburn et al., 2018).

En 2020, la région de Montérégie-Ouest comptait déjà 82 910 personnes de plus de 65 ans. Si les tendances se maintiennent, le nombre d'aînés de 65 ans et plus devrait atteindre 130 760 personnes en 2035 tandis que celui pour les 75 ans et plus est estimé à 67 000 personnes (Ministère de la Santé et des services sociaux & ISQ, 2020). Ces nombres sont appelés à croître avec les années en raison des changements démographiques.

L'accroissement du nombre de personnes âgées s'accompagne évidemment d'une augmentation du nombre de personnes qui présentent un profil clinique atypique et complexe, marqué notamment par un déclin fonctionnel, une polypathologie³, polypharmacie⁴ et une perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV).

L'âge avancé entraîne généralement une fragilisation de l'état de santé, ce qui diminue la capacité de la personne à accomplir certaines activités de la vie quotidienne (AVQ) ou domestique (AVD). On considère que 10 à 20 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont fragiles. La fragilité est associée à plusieurs caractéristiques, allant de celles de la personne âgée jusqu'à celles de son environnement. Le tableau suivant répertorie de manière non exhaustive les facteurs de risque de l'état de fragilité retrouvés dans les écrits scientifiques.

La prévalence de la fragilité augmente avec l'âge (Lee et al., 2015). On estime qu'elle affecte 10,7 % des personnes de 65 ans ou plus vivant dans la collectivité, 15,7 % des 80 à 84 ans et 26,1 % des 85 ans ou plus (Collard et al., 2012).

3. Les personnes âgées risquent davantage de souffrir simultanément de plusieurs problèmes de santé qui se manifestent avec l'âge : un déficit auditif, des cataractes, de l'hypertension, de l'arthrose, le diabète, certains types de cancers, des troubles cardiovasculaires, le syndrome métabolique, l'ostéoporose, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, etc. Avec en moyenne 3 à 5 maladies (chroniques ou aiguës) par personne de plus de 70 ans (Trivalle, 2016).

4. La polypharmacie est la conséquence de la polypathologie. On estime la prise de 4 à 6 médicaments par personne âgée de plus de 70 ans vivant au domicile, et 6 à 8 en institution. Seulement 10 % des personnes âgées de plus de 70 ans ne prennent aucun médicament (Trivalle, 2016).

Tableau I
Présentation sommaire des facteurs de risque de la fragilité

Facteurs de risque de l'état de fragilité

- Absence d'exercice physique
- Âge (responsable d'une baisse des réserves fonctionnelles, surtout après 85 ans)
- Alimentation inadaptée
- Dépression
- Facteurs environnementaux (isolement social, évènements stressants, etc.)
- Facteurs génétiques
- Facteurs immunologiques
- Latrogénie
- Modifications hormonales
- Polypathologie
- Troubles cognitifs

Des conséquences du vieillissement sont donc à prévoir sur le réseau de la santé et des services sociaux puisque cette population est plus à risque de certaines maladies et complications (Brazeau et al., 2011; Lee et al., 2015; Recherche Canada, 2020) :

- décompensation aiguë de leur état de santé;
- hospitalisations;
- complications lors de traitements médicaux et chirurgicaux;
- chutes avec blessures;
- cascade médicamenteuse et de polypharmacie;
- décès.

De plus, le vieillissement se caractérise par l'apparition de plusieurs états de santé complexes et qui ne constituent pas des catégories de maladie distinctes, mais plutôt des syndromes gériatriques, tels que par exemple :

- la dénutrition;
- les troubles de la marche;
- les chutes;
- le delirium;
- les malaises/syncopes;
- la fragilité.

Les problèmes de santé et les syndromes gériatriques nuisent à la qualité de vie des personnes âgées.

On estime que 57 % des personnes âgées sont atteintes d'une ou plusieurs incapacités physiques, cognitives ou sensitives. Ces incapacités sont généralement qualifiées de légères ou modérées. Plus on avance en âge, plus le risque de vivre avec des incapacités augmente. À partir de 85 ans, près de huit personnes sur dix vivent avec des incapacités physiques ou mentales (Blackburn et al., 2018).

Compte tenu de l'accroissement et du vieillissement de la population, le nombre de personnes atteintes de TNC majeurs devrait augmenter dans les prochaines décennies, ce qui aura aussi des effets sur les besoins en soins de santé et sur leur utilisation.

À titre indicatif, d'ici 2035, on prévoit une augmentation de 66 % des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (La Société Alzheimer de Québec, 2021). Après 65 ans, les risques d'être atteint de la maladie d'Alzheimer doublent tous les 5 ans (La Société Alzheimer de Québec, 2021).

D'ailleurs, on estime qu'environ 90 % des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs manifestent des SCPD (Gélinas, 2018). Ces symptômes regroupent un ensemble de manifestations cliniques telles que l'errance, des troubles de l'humeur, l'apathie ou l'agitation (voir [Annexe B](#) pour une liste des SCPD le plus fréquent). Certains symptômes psychologiques (anxiété, dépression, hallucinations, délires, etc.) peuvent être présents chez les usagers atteints. D'autres symptômes comportementaux (agitation, agressivité, cris, etc.), aussi appelés comportements réactifs, représentent plutôt une façon pour l'utilisateur atteint d'exprimer un inconfort. Ces symptômes sont en réalité une manifestation d'un besoin ou une manière de communiquer. Dans tous les cas, les SCPD peuvent occasionner de l'incompréhension, voire de la détresse chez les proches, ou toute personne partageant leur milieu de vie.

L'Enquête sur les personnes ayant des problèmes neurologiques au Canada a estimé que les hommes atteints de TNCM perdent en moyenne 16,0 années de vie en pleine santé en raison des incapacités et des décès prématurés, comparativement à 15,2 années pour les femmes (Agence de la santé publique du Canada (ASPC), 2017). Les résultats de cette enquête révèlent par ailleurs que les TNC majeurs sont associés à des niveaux élevés d'incapacité globale et d'incapacités fonctionnelles précises (ASPC, 2017).

Bien que le vieillissement n'explique pas à lui seul le développement d'un trouble cognitif léger ou d'un trouble neurocognitif majeur, la maladie d'Alzheimer touche particulièrement les personnes très âgées. La prévalence de la maladie d'Alzheimer est à la hausse depuis les 15 dernières années et augmente de façon marquée avec l'âge; elle touche près de 30 % des personnes de 85 ans et plus (Blackburn et al., 2018). Mentionnons que dans le RTS de la Montérégie-Ouest, environ 4 420 personnes, soit près de 6 % de la population de 65 ans et plus, étaient atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2015-2016 (Blackburn et al., 2018).

1.2. Conséquences

1.2.1. Enjeux face à la justesse du diagnostic et du traitement

Compte tenu de la population rapidement vieillissante, les médecins de famille et les intervenants, des services spécifiques seront de plus en plus appelés à prendre en charge les aînés. Considérant la présentation généralement complexe des maladies chez les personnes âgées, parvenir à un diagnostic juste pour ces usagers peut être difficile. Ainsi, ceci peut entraîner des risques d'erreurs diagnostiques, de retards diagnostiques, d'absence ou de délai d'intervention (Prasad et al., 2014). Ce manque de prise en charge adaptée aux besoins complexes des personnes âgées fragilisées peut compromettre la réversibilité de leur état de santé (Macdonald et al., 2020; Travers et al., 2019).

Les syndromes gériatriques sont généralement mal reconnus et mal pris en charge (Lacas & Rockwood, 2012; Muscedere et al., 2016). Les personnes âgées sont également à plus haut risque de surdiagnostic et de surtraitement (Fanaki, 2020). En outre, l'inadéquation actuelle des soins préventifs de première ligne provoque une utilisation de certains services de santé qui pourrait être évitée. Comme conséquences, on y retrouve également les visites médicales récurrentes, les hospitalisations, les services d'hébergement de soins de longue durée et l'utilisation de services d'urgence (Holroyd-Leduc et al., 2016; McNeil et al., 2016). À titre d'exemple, les 75 ans et plus représentaient en 2012 25 % des usagers hospitalisés et contribuaient pour 40 % des jours d'hospitalisation (Dupras & Lemire, 2012).

1.2.2. Augmentation des coûts et des défis pour le système de santé

Au-delà des répercussions du vieillissement sur la santé, les changements démographiques qui surviendront auront des conséquences importantes sur les coûts du système de santé. À titre d'exemple, au Québec, les coûts attribués à la maladie d'Alzheimer et aux maladies neurodégénératives représentent approximativement 2 millions de dollars et devraient atteindre 123 milliards de dollars d'ici 2040 (La Société Alzheimer de Québec, 2021). Pour 2031, on prévoit que les coûts annuels liés aux soins de santé des Canadiens atteints de TNCM doubleront et passeront de 8,3 à 16,6 milliards de dollars (ASPC, 2017).

D'autres défis sont associés au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre d'aînés ayant un profil gériatrique complexe. Ces défis comprennent, entre autres, l'organisation et la durabilité du continuum de services, la pénurie de spécialistes et l'affectation des ressources (Recherche Canada, 2020).

1.2.3. Augmentation du fardeau des personnes proches aidantes (PPA)

En plus des lourdes conséquences sur la qualité de vie des aînés et l'imposition d'un poids important sur le système de soins de santé, le vieillissement de la population a aussi des conséquences majeures sur le fardeau des PPA (Alem et al., 2015; Boucher, 2019; Caradec, 2010). En effet, considérant le risque plus élevé de déclin fonctionnel et cognitif, de la perte progressive de l'autonomie et de la polypathologie, il semble inévitable qu'un nombre plus élevé de personnes âgées ait besoin d'aide au quotidien afin de demeurer à domicile.

Les PPA joueront donc un rôle de plus en plus significatif pour le système de santé et la société. Leur contribution permet de réduire les demandes et les coûts sur le système de santé et de services sociaux dont il a été question précédemment (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2018). Selon l'ICIS (2018), le total des coûts assumés par les aidants naturels des personnes atteintes de TNC majeurs au Canada en 2016 serait évalué à 1,4 milliard de dollars. De plus en plus de PPA sont appelées à assumer des tâches professionnelles telles que les soins des blessures, les pansements, la cathétérisation, etc. (Lortie, 2009). Face aux besoins complexes des personnes ayant des syndromes gériatriques, cette prise en charge s'intensifiera et s'accompagnera d'un sentiment d'incapacité à satisfaire les exigences de leur rôle.

Le fardeau des PPA a des effets délétères sur leur santé physique et psychologique. Plusieurs études rapportent que ces derniers sont significativement plus susceptibles de vivre :

- des troubles psychologiques tels que le stress élevé, l'anxiété, l'épuisement moral, les troubles dépressifs ayant pour conséquence une consommation accrue de psychotropes ou une surconsommation médicamenteuse (Corey et al., 2020; Deshields et al., 2012; Garlo et al., 2010; Grunfeld et al., 2004; Joling et al., 2015; Lavoie, 2018; Lu et al., 2015; MSSS, 2021);
- des désordres physiques tels que des ulcères, des troubles du sommeil ou une fatigue chronique (González-de Paz et al., 2016; Legg et al., 2013; McCurry et al., 2007; Mosher et al., 2013; Thomas et al., 2010);
- des difficultés financières (El-Hayek et al., 2019; MSSS, 2021; Poulin, 2011);
- de l'isolement social (Alem et al., 2015; Lavoie, 2018; Massias-Elies, 2017; MSSS, 2021);
- des difficultés au travail (Covinsky et al., 2001; MSSS, 2021; Stenberg et al., 2010);

- une augmentation de la prévalence de maladies cardiovasculaires, d'hypertension et d'une altération de la santé physique générale en raison d'un système immunitaire affaibli qui rend plus sensible aux maladies infectieuses (Alem et al., 2015; King et al., 2021; S. Lee et al., 2003; MSSS, 2021; Richardson et al., 2013; Tsai et al., 2021);
- une qualité de vie moindre par rapport à la population générale (MSSS, 2021; Novais, 2018; Rha et al., 2015).

De fait, les PPA sont souvent décrits comme étant des « patients cachés ». Pour toutes ces raisons, les besoins des PPA doivent être considérés et répondus afin de les soutenir dans leur rôle. Soulignons finalement qu'à terme, la fragilisation de la PPA aux niveaux émotionnel, psychologique et physique est un facteur d'institutionnalisation précoce pour l'utilisateur (Novais, 2018).

1.3. Clientèle cible du programme

À la lumière de telles projections, les besoins particuliers de la clientèle âgée méritent d'être traités. La clientèle cible du programme inclut les personnes présentant un syndrome gériatrique dont la condition est complexe ou atypique (incluant leurs proches) et nécessite une expertise gériatrique spécialisée.

À noter

La clientèle cible est constituée d'utilisateurs ayant des besoins gériatriques complexes pour lesquels les équipes de 1re ligne ou d'autres spécialités requièrent du soutien au sujet du diagnostic, du traitement ou du suivi. Les équipes traitantes de 1re ligne ou les autres spécialités médicales s'orientent vers les équipes spécialisées du programme s'il y a, par exemple :

Volet SCPD

- La présence d'un problème pour lequel l'équipe requiert du soutien;
- Des SCPD complexes;
- Des SCPD persistants;
- Des résultats non satisfaisants des interventions;
- Des risques sur les plans physique et psychosocial.

CIGS : Volets gériatrie et neurologie cognitive

- Une incertitude est maintenue quant au diagnostic après une première évaluation et un suivi;
- Une demande exprimée par l'utilisateur ou ses proches pour une seconde opinion;
- Un échec ou des problèmes thérapeutiques associés aux médicaments prescrits pour traiter la maladie d'Alzheimer;
- Le besoin d'obtenir de l'aide pour le suivi de l'utilisateur (p. ex. en cas de problèmes de comportement ou d'une incapacité fonctionnelle) ou un soutien pour la PPA;
- Un counseling génétique lorsqu'un membre de la famille souffre déjà d'une forme d'Alzheimer d'origine génétique (autosomique dominante);
- Un utilisateur de moins de 65 ans ou présentant un tableau atypique (Ismail et al., 2020).

1.3.1. Portrait de la clientèle cible

Les usagers ciblés sont ceux avec un portrait complexe et/ou atypique pour lequel les services spécifiques ou une autre spécialité médicale nécessitent une évaluation spécialisée, par exemple :

- absence de réponse au traitement;
- multiples conditions associées qui complexifient le portrait clinique;
- incertitude quant aux raisons d'une perte d'autonomie;
- pathologies réfractaires aux interventions pharmacologiques et/ou non pharmacologiques;
- incertitude quant au diagnostic.

Les principales conséquences vécues par les PPA (MSSS, 2021) et qui pourraient constituer des raisons pour obtenir des services au sein du programme sont, par exemple :

- inquiétudes;
- angoisse et stress;
- fatigue;
- irritabilité et colère;
- maltraitance;
- sentiment d'être débordées;
- détérioration de leur état de santé physique;
- isolement social;
- précarité financière;
- transformation de la relation de la dyade aidant(e)-aidé(e).

1.4. Besoins de la clientèle cible

1.4.1. Besoins de l'utilisateur

Selon les données probantes, les besoins et attentes des usagers atteints d'Alzheimer ou de maladies apparentées face aux soins et services reçus sont globalement :

- la détection et le diagnostic précoces;
- le partage d'informations et l'éducation appropriés;
- l'écoute, la dignité, le respect et la compassion;
- l'optimisation de leur autonomie;
- des services personnalisés pour répondre à leurs besoins et préférences individuelles;
- des services coordonnés entre ceux qui dispensent des soins;
- des connaissances sur les stratégies d'information et les meilleures pratiques les plus récentes sur leurs maladies par du personnel compétent;
- la participation aux décisions et l'inclusion dans les soins;
- un environnement sûr et favorable pour la personne.

On estime que ces besoins vont au-delà des usagers atteints de TNCM et s'appliquent à tous les usagers ayant recours à des soins et services au sein du présent programme.

1.4.2. Besoins de la personne proche aidante

En ce qui concerne les besoins des PPA, on retrouve essentiellement (Éthier, 2017; MSSS, 2021) :

- le besoin d'information et de formation;
- de répit de leurs fonctions;
- de soutien psychosocial;
- de la flexibilité en emploi ou dans le cadre des études;
- soutien financier et matériel;
- du soutien dans les AVQ et AVD;
- d'aide à naviguer dans le système de santé et de participation au processus décisionnel.

Concernant la participation au processus décisionnel, on constate que les usagers ainsi que leurs proches se sentent fréquemment exclus des décisions qui les concernent (Johansson et al., 2010).

Plus précisément, à la suite d'une consultation des PPA d'âînés par l'organisme Appui Montérégie, plusieurs ont mentionné avoir eu le sentiment d'être laissés à eux-mêmes à la suite de l'annonce du diagnostic (Pelletier & Mandza, 2019). De la même consultation, il ressort que les PPA de la Montérégie ont besoin, notamment :

- D'avoir des connaissances à jour sur les services offerts et être mieux informées pour se sentir plus compétentes dans l'accompagnement de leurs proches;
- De plus de complémentarité entre les services et un meilleur référencement en favorisant le travail intersectoriel.

D'ailleurs, la plupart des PPA qui ont participé à la consultation ne savaient pas que le service de soutien psychosocial est offert par d'autres ressources que le CLSC.

Finalement, les consultations indiquent que les PPA anglophones, plus nombreuses en Montérégie-Ouest, s'attristent du manque d'informations et de documentation offertes en anglais (Pelletier & Mandza, 2019).

1.4.3. Sondage local sur la satisfaction et les besoins des usagers et leurs proches face aux services ambulatoires spécialisés de gériatrie

Dans le cadre de l'élaboration du présent programme, nous avons procédé à une évaluation de la satisfaction et des besoins des usagers et de leurs proches ayant eu recours aux services en 2020-2021⁵. L'analyse des résultats de ce sondage a permis de dégager des recommandations pour l'amélioration des services, telles que notamment :

- Développer des liens avec les services d'aide à domicile pour améliorer le continuum de services;
- Faire connaître les services et ressources disponibles dans la communauté;
- Poursuivre le travail en interdisciplinarité.

5. Un sondage était disponible sur la plateforme en ligne *Survey Monkey* du 25 mai au 10 juin 2021 et a recueilli un total de 56 réponses.

1.5. Données probantes sur l'intervention

De manière générale, lorsque des soins et services spécialisés de gériatrie sont offerts aux usagers, on observe une :

- Meilleure prise en charge globale;
- Diminution des réadmissions à l'hôpital;
- Diminution de l'institutionnalisation;
- Diminution du fardeau économique;
- Diminution du déclin fonctionnel;
- Diminution du déclin cognitif;
- Meilleure qualité de vie des PPA (Dupras & Lemire, 2012; RUSHGQ, 2020).

Pour que ces effets bénéfiques soient possibles, certains principes d'intervention doivent néanmoins être suivis. Les meilleures pratiques en matière d'intervention après de la clientèle ayant des besoins gériatriques complexes présentés ci-dessous sont basées sur les données probantes. Il est important de rappeler que celles-ci doivent être appliquées selon l'expertise et le jugement clinique de l'intervenant en tenant compte des besoins particuliers, des préférences et des valeurs de l'utilisateur.

Voici donc un bref résumé des principes de soins gériatriques à prendre en considération, afin d'assurer des services basés sur les meilleures pratiques.

L'approche gériatrique globale

Dans la pratique clinique en gériatrie, la nécessité d'une approche globale fait consensus chez les experts (Li et al., 2010; Stoop et al., 2019; Turner & Clegg, 2014). « Cette approche de soins est multidimensionnelle, ce qui signifie qu'elle prend en compte l'ensemble des caractéristiques du patient, non seulement sa situation médicale, mais également son état fonctionnel, environnemental, social, psychologique et affectif. Elle requiert donc l'apport d'un ensemble de disciplines et l'expertise de plusieurs professionnels de la santé selon les particularités et la complexité de la situation du patient. [...] Le développement d'un plan d'intervention coordonné fait également partie des caractéristiques essentielles de l'approche » (Tremblay, Pellerin, Asselin, Coulombe & Rhainds, 2016, p. 6). La British Geriatrics Society considère l'approche gériatrique globale comme le modèle à suivre en matière de prise en charge des aînés fragilisés.

Les résultats des revues systématiques et des méta-analyses disponibles à ce jour suggèrent que l'approche gériatrique globale démontre les effets bénéfiques suivants (Tremblay, Pellerin, Asselin, Coulombe & Rhainds 2016; Dupras & Lemire, 2012) :

- amélioration de la précision des diagnostics, essentielle à un plan d'intervention approprié;
- effet positif sur le statut fonctionnel;
- amélioration de la survie;
- amélioration de la satisfaction des usagers et des PPA;
- diminution de la polypharmacie;
- diminution du taux d'hébergement;
- diminution de la fréquence des hospitalisations en soins aigus;
- diminution de la durée moyenne de séjour;
- diminution du taux de réadmissions à l'hôpital;
- diminution globale des coûts.

Au niveau de l'évaluation, une approche globale basée sur les principes de l'évaluation gériatrique globale (EGG) est recommandée pour jauger les facteurs physiques, cognitifs, affectifs, sociaux, environnementaux et spirituels qui influencent la santé et faire le lien entre ces éléments et un plan de prise en charge » (Lee et al., 2015, p. e121). Cette évaluation est conçue pour déterminer l'autonomie, l'état de santé (physique, cognitive et mentale), et la situation socio-environnementale des personnes âgées (Besdine, 2019).

La plupart des méta-analyses ont montré qu'une EGG conduit à une détection et une documentation, améliorées des problèmes gériatriques (Ward & Reuben, 2020). Selon Besdine (2019), l'évaluation peut aussi présenter les avantages suivants :

- amélioration des soins;
- plus grande précision diagnostique;
- amélioration du statut fonctionnel et cognitif;
- réduction de la mortalité;
- diminution de l'hospitalisation en soins de courte durée;
- diminution du recours à l'institutionnalisation en centre d'hébergement et de soins de longue durée;
- plus grande satisfaction des usagers à l'égard des soins.

Équipe interdisciplinaire dédiée à l'évaluation et au traitement

Comme il a été présenté précédemment, les usagers suivis au programme présentent souvent des problématiques complexes, une polypharmacie et une polypathologie. De ce fait, ils peuvent nécessiter la combinaison d'un large éventail de soins et de services. Si l'on veut aborder la personne âgée dans sa globalité, l'interdisciplinarité est l'avenue de choix dans le contexte de diversité et de complexité des besoins de la clientèle (Ellis & Sevdalis, 2019). Au-delà d'une approche pluridisciplinaire en silos, le travail d'équipe, la concertation, la collaboration et la communication réciproques s'avèrent essentielles pour le bien-être de l'utilisateur gériatrique.

De fait, les preuves scientifiques sont fortes à propos des équipes interdisciplinaires pour les aînés vivant dans la communauté (Aronoff-Spencer et al., 2020). Une revue systématique (Johansson et al., 2010) a montré les effets bénéfiques des interventions interdisciplinaires auprès des personnes âgées vivant dans la communauté.

Selon les meilleures pratiques, le développement de telles équipes dédiées aux personnes ayant des syndromes gériatriques complexes devrait être préconisé. En effet, les données probantes montrent qu'une évaluation et un traitement interdisciplinaires, offerts à la personne âgée et à ses proches, adaptés aux besoins particuliers de la personne, apparaissent les plus efficaces et ont des effets bénéfiques sur la santé des usagers (Ellis & Sevdalis, 2019; Hickman et al., 2015; Johansson et al., 2010; Ng et al., 2015; Presley et al., 2020; Whiteman et al., 2016).

Finalement, Johansson et al. (2010) rappellent que le travail d'équipe interdisciplinaire se fait de manière optimale lorsqu'un cadre organisationnel clair est établi, c'est-à-dire des lignes directrices explicites quant à l'évaluation et l'intervention précoces en équipe interdisciplinaire (ex. : formulaire d'évaluation conjointe, plan d'intervention interdisciplinaire, trajectoires de soins, etc.).

La prévention de la fragilité passe notamment par l'éducation et la promotion de modes de vie sains (bonne nutrition, exercice, activité sociale et intellectuelle, etc.) favorisant un vieillissement en santé. Les interventions des services sociaux et de santé peuvent avoir une incidence considérable sur les résultats pour la santé, la qualité de vie, la satisfaction des usagers et leurs proches, et l'utilisation et le coût des hospitalisations et des hébergements (Sourdet, 2016). Dans les données probantes sur l'intervention, l'une des solutions proposées au bénéfice des usagers est de préconiser la prévention et l'identification précoce des aînés préfragiles et fragiles. Selon Fanaki (2020), « le repérage de la fragilité et de certains facteurs de risque de déclin fonctionnel chez les personnes âgées en communauté représente une priorité de santé publique parce qu'elle permettra ultimement d'améliorer ou de maintenir la qualité de vie et les capacités fonctionnelles de ces personnes, et donc de leur permettre de rester chez elles le plus longtemps possible » (p. 4). Considérant que la fragilité s'inscrit dans un processus potentiellement réversible, l'identification précoce et la prévention doivent être au cœur des approches privilégiées auprès des aînés. En effet, « il a été démontré que des mesures d'intervention spécifiques et ciblées sur les facteurs de fragilité permettaient aux sujets fragiles de redevenir non fragiles » (Sourdet, 2016, p. 340). De ce fait, le repérage de l'état de fragilité permet d'optimiser leur prise en charge, et ce, pour tous niveaux de soins et de services.

Plusieurs auteurs insistent donc fortement sur le rôle d'enseignement que peuvent jouer les équipes spécialisées pour aider les équipes soignantes concernées, notamment les médecins de famille, afin qu'elles puissent s'approprier les connaissances gériatriques nécessaires à une prise en charge de qualité.

Au Québec, cette solution est d'ailleurs au cœur du cadre de référence sur l'AAPÂ selon lequel il faudrait dépister et repérer rapidement la clientèle âgée vulnérable, intervenir de manière préventive pour toute la clientèle âgée et adapter les interventions selon les besoins des personnes âgées (Bergman et al., 2009; Brazeau et al., 2011).

2. But et objectifs

2.1. But

Le but de ce programme est d'offrir une expertise gériatrique au sein d'un continuum de services afin d'améliorer la qualité de vie des usagers (incluant leurs proches) vivant des situations complexes ou atypiques reliées au vieillissement pour lesquels les équipes de première ligne ou les autres spécialités médicales ont besoin de soutien au sujet du diagnostic, du traitement et du suivi.

2.2. Objectifs généraux et spécifiques

Comme le mandat principal en est un de consultation, d'évaluation et de suivi, les objectifs généraux du programme sont :

- Offrir aux usagers avec cas gériatrique complexe ainsi qu'à leurs proches, l'accessibilité à des services spécialisés d'évaluation diagnostique, d'investigation et de traitement;
- Assurer aux usagers âgés ayant des besoins complexes ainsi qu'à leurs proches, un continuum de soins fluide entre les différents acteurs impliqués dans leur dossier;
- Procurer aux partenaires internes, externes et aux personnes proches aidantes l'information et les consultations requises en assurant une continuité et une complémentarité dans le cadre de la prestation de soins et de services;
- Soutenir les usagers, les personnes proches aidantes, les partenaires internes et externes par une équipe de pointe.

Ce programme, centré sur l'utilisateur et ses proches, a pour objectifs de répondre aux défis soulignés ci-haut. Il vise également à arrimer les ressources pour assurer l'efficacité des services spécialisés offerts sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest et ainsi en assurer l'accessibilité.

Bien qu'il soit visé principalement des activités d'évaluation spécialisée, plusieurs objectifs spécifiques sont poursuivis notamment :

- Réduire et/ou prévenir les conséquences ou les impacts des syndromes gériatriques complexes chez la personne et son environnement;
- Diminuer la polypharmacie;
- Diminuer le fardeau des PPA, notamment en leur donnant accès à des ressources et à des mesures de soutien;
- Former et outiller les intervenants des services spécifiques et les médecins de famille à identifier et intervenir précocement auprès des aînés préfragiles et fragiles afin de :
 - préciser les diagnostics;
 - intervenir rapidement sur les syndromes gériatriques;
 - prévenir les complications iatrogéniques;
 - préciser l'évaluation biopsychosociale (EGG).

De certaines visées du programme découlent des objectifs spécifiques pour le réseau, tels que :

- Promouvoir l'utilisation judicieuse des ressources institutionnelles;
- Réduire les visites à l'urgence;
- Éviter le recours à l'hospitalisation;
- Éviter le recours précoce à l'institutionnalisation;
- Diminuer le taux de réadmissions et la durée de séjour à l'hôpital.

3. Théorie

La théorie présentée dans cette section tient compte des données probantes liées aux besoins de la clientèle cible et sert d'assise pour définir les approches et stratégies d'intervention ainsi que les différents moyens à mettre en œuvre auprès de l'utilisateur et de ses proches.

3.1. Approches théoriques et concepts fondamentaux

Approche de soins et de services centrés sur la personne

L'approche de soins et de services centrés sur la personne adopte une perspective humaniste qui se veut centrée sur la personne dans sa **globalité** et non sur un problème, une maladie ou un symptôme particulier. Les soins et les services offerts sont donc orientés sur les besoins de santé et de bien-être des personnes, qu'ils soient de nature médicale ou psychosociale (Fazio, Pace, Flinner, et al., 2018).

Les valeurs fondamentales définissant l'approche centrée sur la personne sont :

- prendre en considération les besoins, les désirs, les points de vue et les expériences personnelles de l'utilisateur;
- offrir à l'utilisateur des occasions de donner son avis et de participer aux décisions face aux soins qu'il reçoit;
- approfondir le partenariat et la compréhension de la relation usager-médecin (Epstein et al., 2005);

- se concentrer sur les forces et les capacités de la personne plutôt que sur les pertes et les incapacités (Fazio, Pace, Maslow, et al., 2018).

Selon le Collège des médecins de famille du Canada (2014), les modèles de soins centrés sur la personne sont ainsi compatibles avec l'approche **biopsychosociale**, l'intégration de pratiques cliniques préventives et les modèles de **collaboration**.

Approche gériatrique globale

L'approche gériatrique globale est la théorie principale qui anime le présent programme. Elle se définit comme une « **approche interdisciplinaire et multidimensionnelle** centrée sur les capacités et problèmes physiques, fonctionnels et psychosociaux du patient. Par cette approche, le processus d'évaluation diagnostique de même que le processus d'intervention permettent l'optimisation du statut fonctionnel de la personne âgée » (Dupras & Lemire, 2012, p.14).

Les objectifs généraux de l'approche gériatrique globale sont :

- « de préciser les diagnostics afin d'optimiser l'intervention biopsychosociale et le traitement médical
- d'améliorer ou préserver l'état fonctionnel de l'utilisateur et d'offrir du soutien au réseau social de l'utilisateur
- de conseiller et éduquer à la prévention
- de recommander un milieu de vie et un milieu de soins adéquats » (Dupras & Lemire, 2012, p.15).

L'utilisateur est donc dirigé vers des services adaptés à ses besoins, ce qui améliore ses capacités fonctionnelles, sa qualité de vie, sa satisfaction et celle de ses proches face aux services reçus ainsi que la précision de ses diagnostics.

Selon les données probantes, ces améliorations s'avèrent significativement plus importantes pour les programmes ayant :

- 1) une clientèle ciblée (exclusion des utilisateurs très fonctionnels ou avec pronostic très défavorable ou potentiel limité);
- 2) une prise en charge interdisciplinaire de l'utilisateur avec l'application des interventions biopsychosociales proposées et des programmes assurant un suivi à long terme (continuité entre les services) pour préserver les bénéfices acquis (Dupras & Lemire, 2012).

Approche d'autonomisation et la prise de décision partagée

La philosophie d'intervention au cœur de l'approche d'autonomisation est d'augmenter l'autonomie des personnes fragiles, ce qui rejoint pleinement les objectifs du programme. L'accent doit être mis sur le développement/rétablissement des capacités de l'utilisateur pour vivre de manière autonome.

L'**autonomie fonctionnelle** est définie comme étant la capacité de la personne à effectuer de manière autonome les diverses tâches requises dans la vie quotidienne (Brazeau et al., 2011). Les interventions offertes au programme doivent viser la prévention du déclin fonctionnel et l'optimisation des capacités fonctionnelles de l'utilisateur.

Selon les données probantes, l'approche d'autonomisation permet des résultats positifs sur la qualité de vie, le degré d'autonomie fonctionnelle et les coûts et l'utilisation des services (INESSS, 2015).

L'offre des soins et services nécessite de se centrer sur les besoins de l'utilisateur et de ses proches (information, enseignement, assistance, compensation) et leur **participation active dans les décisions**. En ce sens, **la prise de décision partagée** s'avère être primordiale. La prise de décision partagée se produit lorsque l'équipe traitante, les personnes âgées et les PPA entrent en dialogue concernant les options thérapeutiques qui s'offrent à l'utilisateur pour ainsi prendre des décisions concernant les traitements et les plans d'intervention basés sur des données probantes (Felton et al., 2017). Ensemble, ils recherchent un équilibre entre les conséquences négatives potentielles et les résultats attendus, en tenant compte des préférences, des valeurs et des objectifs de soins de l'utilisateur (Hoffmann et al., 2014). Pour les usagers atteints de la maladie d'Alzheimer, la planification préalable des soins guidée par les objectifs de soins⁶ est cruciale (Mitchell et al., 2012).

Suite à une décision partagée, les usagers se sentent plus satisfaits de leur expérience de soins, mieux informés, ont une meilleure perception des risques encourus et, à long terme, se sentent plus en contrôle de leur santé (INESSS, 2021).

Approche adaptée à la personne âgée (AAPÂ)

« L'AAPÂ représente un ensemble d'interventions préventives qui s'actualisent à travers une approche collaborative » (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2020). Selon le cadre de référence de l'AAPÂ (2011), il est important de dépister et repérer rapidement la clientèle âgée vulnérable, intervenir de manière préventive pour toute la clientèle âgée et adapter les interventions selon les besoins des personnes âgées. Ciblante à l'origine la mission hospitalière, les principes fondamentaux de cette approche peuvent tout de même s'appliquer à tous milieux de vie et soins offerts pour les aînés. Ces principes sont :

- 1) Un modèle **biopsychosocial global** mieux adapté à la complexité de l'utilisateur âgé aux prises avec un problème de santé aigu.
- 2) Une considération particulière à l'égard de l'environnement physique et social afin qu'il puisse favoriser l'autonomie fonctionnelle et le bien-être de la personne âgée fragilisée.
- 3) Des soins centrés sur l'amélioration fonctionnelle puisque l'objectif ultime est d'assurer la meilleure qualité de vie possible.
- 4) Un modèle de soins qui repose sur une approche interprofessionnelle autour d'un plan d'intervention qui vise l'optimisation de l'autonomie fonctionnelle.
- 5) Envisager l'épisode de soins comme une étape de transition dans un *continuum*.
- 6) Des interventions individualisées en partenariat avec l'aîné et ses proches. (Brazeau et al., 2011, p.38-39)

La volonté d'adapter les soins et services à une clientèle âgée est nécessaire pour mieux répondre à leurs besoins.

Au cœur de cette adaptation réside un changement de philosophie de soins passant « d'un modèle biomédical, ciblant l'amélioration de l'organe ou du système malade, vers un modèle intégrateur **biopsychosocial centré sur la personne et ses objectifs de vie**, visant autant la récupération fonctionnelle, que le traitement approprié de la maladie » (Brazeau et al., 2011, p.1).

6. Plus de 90 % des professionnels de la santé déclarent que le confort est l'objectif principal de soins pour l'utilisateur (Mitchell et al., 2012).

En résumé, en prenant en considération les approches mentionnées plus haut, les services offerts au sein du programme sont principalement basés sur les concepts fondamentaux que l'on retrouve à la figure 1.

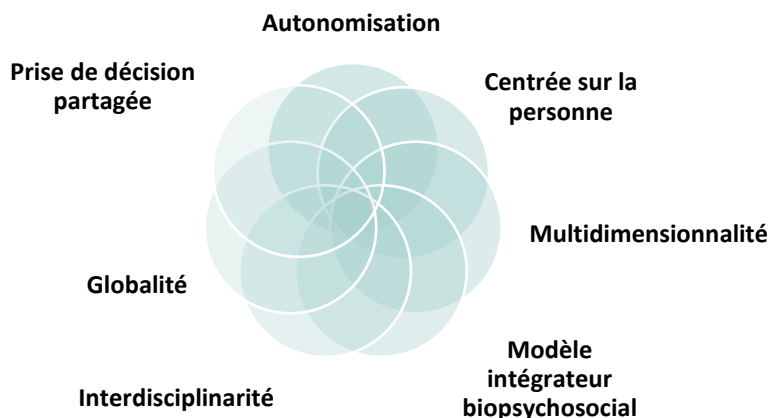


Fig. 1 – Concepts fondamentaux

3.2. Moyens projetés pour atteindre les objectifs

Les moyens à mettre en place afin de répondre aux objectifs du programme sont présentés dans le tableau II.

Tableau II
Présentation des moyens projetés pour atteindre les objectifs

Moyen 1 : Favoriser la collaboration pour une meilleure complémentarité et continuité dans la trajectoire de soins et de services

Au sein du programme spécialisé

- Avoir une ligne de consultation téléphonique pré-référence.
- Transmettre à l'utilisateur, et s'il y consent, à ses proches et aux partenaires concernés le rapport d'évaluation interdisciplinaire et les recommandations associées.
- Assurer la mise en place de rencontres d'échanges cliniques/discussions de cas complexes en rencontre interdisciplinaire.
- Faciliter le travail de collaboration et le partage d'expertise entre les membres des trois volets du programme.
- Avoir accès aux dossiers des usagers au sein des différents volets du programme afin de favoriser le partage d'information (après l'obtention du consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal).
- Assurer une grande implication du proche aidant et de l'utilisateur dans toutes les prises de décisions.

Avec les partenaires internes

- Collaborer avec le soutien à domicile (SAD) et l'équipe d'évaluation rapide (EER).
- Avoir un corridor de services avec le SAD pour les usagers du programme en vue de répondre à leurs besoins.
- Avoir un corridor de services avec la Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie (DSHAPPA).
- Avoir un corridor de services avec les urgences pour une prise en charge rapide de certains usagers avec situation particulière par les SASG.

Moyen 1 : Favoriser la collaboration pour une meilleure complémentarité et continuité dans la trajectoire de soins et de services

- Collaborer avec la Direction des programmes de santé mentale et dépendances (DPSMD) pour des suivis conjoints, lorsque pertinent.

Avec le consentement de l'utilisateur ou de son représentant :

- Assurer une communication efficace entre les partenaires impliqués au dossier.
- S'assurer que les partenaires internes aient accès aux dossiers des usagers (partage de dossiers, informatisation ou autres).

Avec les partenaires externes

Avec le consentement de l'utilisateur ou de son représentant :

- Assurer la communication avec le médecin traitant.
- Offrir un suivi conjoint avec les médecins de famille, lorsqu'applicable.
- S'assurer que les médecins de famille reçoivent un résumé des interventions et des analyses des différents intervenants dans le dossier d'un usager – au même titre que les intervenants à l'interne.
- Collaborer avec les partenaires du milieu de vie de l'utilisateur (mentorat, échanges, soutien, transfert de connaissances, formations).
- Avoir un accès facilité à la 3e ligne, notamment, par la téléconsultation en gériopsychiatrie
- Recommander l'utilisateur ou ses proches aux partenaires communautaires appropriés.

Moyen 2 : Offrir un volet d'enseignement

- Offrir de la formation sur les meilleures pratiques en gériatrie.
- Former le personnel soignant à une pratique adaptée aux besoins des personnes âgées.
- Offrir de la formation continue auprès des professionnels et les intervenants de la santé afin de promouvoir la prévention et favoriser le diagnostic précoce.
- Offrir des formations sur des interventions et des outils ciblant les besoins des PPA et des partenaires concernés.
- Inclure un volet « enseignement » dans le cadre des rencontres afin d'assurer une bonne compréhension et gestion de la situation par la PPA.
- Participer à la communauté de pratique pour les intervenants qui offrent des soins et services à la clientèle gériatrique dans une optique d'échange de connaissances et de discussions de cas spécifiques.

Moyen 3 : Offrir un soutien aux personnes proches aidantes

- Informer les proches des ressources et des services offerts dans la communauté.
- Offrir un soutien important aux PPA pour « naviguer » dans le système de santé, notamment au début de la maladie.
- Accompanyer, au besoin, les proches dans leurs recherches des diverses ressources d'aide offertes en communauté.
- Offrir du soutien psychologique aux PPA.
- Offrir des ateliers de groupe.
- Développer les compétences des PPA pour qu'elles se sentent outillées dans leur rôle.

Moyen 4 : Assurer l'accès aux ressources pour les intervenants concernés

- S'assurer que les intervenants dédiés au programme ont accès à l'information et les consultations requises pour la clientèle gériatrique, en assurant une continuité et une complémentarité des soins.
- S'assurer que l'ensemble du territoire est couvert par des dyades ou triades de professionnels ayant une expertise SCPD.
- Avoir accès aux biomarqueurs et autres imageries d'investigation médicale plus poussées.
- Avoir accès aux outils, équipement, aides mnésiques et techniques qui sont recommandés aux usagers (prêt, démonstration, essai).
- S'assurer que les outils cliniques utilisés sont optimaux et harmonisés.

4. Ressources

4.1. Ressources humaines

L'équipe de la clinique intégrée de gériatrie spécialisée (CIGS), incluant les volets neurologie cognitive et gériatrie, ainsi que l'équipe mobile spécialisée en gestion des SCPD, sont constituées de plusieurs membres de différentes disciplines. L'expertise de chacun permet d'offrir des services de pointe tout au long du processus d'évaluation. Elles doivent être utilisées pour soutenir l'investigation et le processus diagnostique. Elles ne doivent pas être utilisées pour de la prise en charge, du soutien à domicile ou de l'évaluation cognitive de base pouvant être effectuée par le médecin de famille ou d'autres intervenants de la 1^{re} ligne. De plus, il est recommandé de minimiser le changement d'intervenants œuvrant auprès des usagers ayant des TNCM. L'organisation du travail doit donc prendre en considération cet aspect afin de favoriser une stabilité au sein des équipes.

Basés sur les meilleures pratiques (RUSHGQ, 2020), les intervenants pouvant être impliqués au programme sont présentés dans le tableau III.

Tableau III
Intervenants pouvant être impliqués au programme
des services ambulatoires spécialisés de gériatrie

Clinique intégrée de gériatrie spécialisée	
Volet gériatrie	Volet SCPD
• Gériatres • Infirmières cliniciennes • Nutritionnistes • Neuropsychologues • Physiothérapeutes • Ergothérapeutes • Psychologues • Orthophoniste (en collaboration)	• Infirmières cliniciennes • Psychoéducateur • Éducatrices spécialisées • Travailleur social • Pharmacien (en collaboration) • Gériontopsychiatre (en consultation externe)
Volet neurologie cognitive	
• Neurologue • Infirmière clinicienne • Neuropsychologue	

Les intervenants travaillent en conformité avec leurs champs d'exercices dans le cadre de leur prestation de services à l'utilisateur et ses proches. Puisque le profil gériatrique de la clientèle est complexe, les intervenants doivent travailler en **interdisciplinarité**. Dans certaines situations, des collaborations transversales d'un volet à l'autre sont nécessaires pour répondre aux besoins de l'utilisateur et ses proches.

Les intervenants peuvent recevoir du soutien de la part des agents administratifs et du coordonnateur clinico-administratif qui sont présents de façon transversale à travers l'ensemble du programme.

Les équipes s'adjoignent également les services de bon nombre de professionnels d'autres services selon les besoins rencontrés : orthophoniste, pharmacien, gériontopsychiatre, etc.

4.2. Rôles et responsabilités

4.2.1. Clinique intégrée de gériatrie spécialisée (CIGS)

Le mandat de la CIGS est d'offrir des services interdisciplinaires d'évaluation et de consultation aux usagers ayant un problème gériatrique complexe ou atypique, et leurs proches, pour lesquels les médecins de première ligne ont besoin de soutien au sujet du diagnostic, du traitement et du suivi. Ainsi, les membres de la CIGS travaillent en complémentarité. Le recours à l'expertise complémentaire des différents professionnels de la CIGS contribue à préciser le portrait global de santé et de bien-être de l'utilisateur. Il permet aussi de prendre en compte ce qui est important en fonction du champ d'exercice en complémentarité avec les autres professionnels issus de différentes disciplines. L'interdisciplinarité et la concertation clinique s'appuient donc sur la reconnaissance du rôle particulier de chacun en impliquant leur jugement clinique et en apportant une complémentarité d'avis.

Globalement, les membres cliniques de l'équipe interdisciplinaire de la CIGS ont les responsabilités suivantes :

- contribuer, par leur évaluation disciplinaire respective, à l'investigation et à l'évaluation diagnostique médicale et aux recommandations émises;
- rédiger le plan d'intervention;
- répondre aux demandes de consultations de la CIGS et participer à la mise à jour des recommandations;
- transmettre les résultats de l'évaluation et les recommandations, à la personne et/ou à ses proches et/ou aux autres intervenants impliqués;
- participer aux réunions interdisciplinaires de discussion de cas complexes;
- assurer la tenue des dossiers, selon leurs obligations professionnelles;
- assurer le suivi auprès de l'utilisateur et de ses proches au besoin;
- travailler en partenariat avec l'équipe SCPD;
- travailler en conformité avec leurs champs d'exercices dans le cadre de leur prestation de services à l'utilisateur et ses proches;
- participer à l'accompagnement et l'enseignement quant au diagnostic et aux recommandations données à l'utilisateur et ses proches;
- participer à la formation du personnel soignant selon leur expertise et les besoins (ateliers, conférences, communauté de pratique, etc.);
- repérer l'épuisement du proche aidant et le référer;
- déterminer et favoriser le respect des objectifs de vie de l'utilisateur;
- favoriser, en collaboration avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire, l'autonomie de l'utilisateur et le maintien sécuritaire dans son milieu de vie;
- détecter et signaler les situations de maltraitance selon la loi, les protocoles et les politiques en vigueur dans l'établissement;
- soutenir l'utilisateur dans l'identification et le respect de ses objectifs de vie;
- participer au développement de leur profession par la supervision clinique de stagiaire et la participation aux projets de recherche, le cas échéant.

Ce volet regroupe minimalement le personnel et les professionnels suivants :

Gériatre

- effectuer l'évaluation gériatrique globale;
- faire les demandes d'évaluations et d'examen complémentaires;
- poser des diagnostics concernant les troubles cognitifs et autres syndromes gériatriques (plus de 65 ans) et les annoncer à l'utilisateur et ses proches;
- établir la capacité de la personne âgée à consentir aux soins ainsi qu'à prendre soin de sa personne, à administrer ses biens et à signer des documents légaux
- réaliser, à la suite du processus d'évaluation, une rencontre bilan pour annoncer le diagnostic à l'utilisateur et à sa PPA, expliquer l'évolution attendue de la maladie et élaborer avec ceux-ci un plan de traitement pharmacologique et non pharmacologique;
- identifier les besoins de services, de suivi et de soutien;
- coordonner le travail interdisciplinaire en collaboration avec l'infirmière;
- faire une synthèse des recommandations des membres de l'équipe interdisciplinaire avec l'utilisateur et sa PPA;
- ajuster le plan de traitement, réviser la médication et assurer le suivi de l'efficacité et des effets secondaires de la médication prescrite en collaboration avec l'infirmière;
- proposer des alternatives au traitement pharmacologique;
- soutenir les équipes spécialisées en gestion des SCPD;
- assurer un suivi conjoint avec le médecin de première ligne pour les cas complexes lorsque pertinent;
- fournir un avis professionnel sur l'évaluation requise en ce qui concerne la conduite automobile;
- participer à la formation continue des intervenants des services spécifiques et des partenaires des services spécialisés;
- repérer, évaluer et intervenir auprès des personnes à risques suicidaires suite à un diagnostic et assurer le suivi étroit.

Neurologue

- procéder à l'évaluation diagnostique des troubles cognitifs;
- ajuster le plan de traitement, réviser la médication et assurer le suivi de l'efficacité et des effets secondaires de la médication prescrite en collaboration avec l'infirmière clinicienne;
- assurer un suivi conjoint avec le médecin de famille pour les cas complexes ou pour une maladie précoce au besoin;
- identifier les besoins d'évaluation complémentaire, de suivi et de soutien et effectuer les références;
- identifier les besoins de services externes et effectuer les références;
- repérer, évaluer et intervenir auprès des personnes à risques suicidaires suite à un diagnostic et assurer le suivi étroit.

Infirmière clinicienne⁷

- assurer un rôle pivot au sein de l'équipe (suivis avec pharmacie, équipe SAD, infirmières des résidences, etc.);
- évaluer la condition physique et mentale de l'usager (cognition, dépression, anxiété, sommeil) incluant l'administration des tests cognitifs au besoin;
- compléter une collecte de données (signes vitaux, poids, etc.);
- assurer des suivis téléphoniques avec l'usager et ses proches;
- offrir du soutien téléphonique et de l'écoute active aux PPA;
- identifier les besoins d'évaluation complémentaire, de suivi et de soutien et effectuer les références;
- réaliser les électrocardiogrammes et les prises de sang au besoin;
- effectuer le repérage nutritionnel;
- évaluer l'épuisement de la PPA;
- retourner les appels des usagers et des PPA, de même que des intervenants du réseau pour des questions cliniques;
- faire signer les consentements aux soins et services généraux⁸ en clinique;
- identifier les besoins de services externes et référer vers les services spécifiques ou spécialisés appropriés ainsi que vers les partenaires de la communauté;
- effectuer le suivi des effets bénéfiques ou indésirables de la médication prescrite en clinique;
- repérer, évaluer et intervenir auprès des personnes à risques suicidaires suite à un diagnostic et assurer le suivi étroit.

Ergothérapeute

- évaluer l'impact des troubles neuropsychologiques et les facteurs environnementaux (physiques, socioculturels) sur les habiletés fonctionnelles et sur la réalisation de ses habitudes de vie (AVQ, AVD, capacités cognitives, loisirs etc.);
- transmettre les recommandations visant à favoriser l'autonomie fonctionnelle optimale dans son environnement et dans ses occupations significatives;
- offrir de l'enseignement aux familles et aux PPA afin de les outiller à mieux accompagner l'usager dans les activités de vie quotidienne en sollicitant ses habiletés résiduelles et les moyens d'aide compensatoires;
- évaluer et/ou réévaluer le type d'aide technique nécessaire et référer aux différents programmes pour obtenir les aides requises;
- contribuer à l'évaluation clinique de l'aptitude à administrer ses biens ainsi que l'aptitude à consentir à un soin;
- fournir un avis professionnel sur l'évaluation requise en ce qui concerne la conduite automobile;
- repérer, évaluer et intervenir auprès des personnes à risques suicidaires suite à un diagnostic et assurer le suivi étroit.

7. L'ajout d'une infirmière auxiliaire au sein du programme pourra être envisagé selon le volume de consultations. Dans ce cas, la distribution des rôles et responsabilités entre cette dernière et l'infirmière clinicienne sera discutée.

8. Ce consentement n'exclut pas l'obligation de chaque professionnel à obtenir un consentement pour leurs services tel que décrit dans leur code de déontologie respectif.

Physiothérapeute

- évaluer des déficiences et des incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologiques, musculosquelettiques et cardiorespiratoires, tels que les troubles de la mobilité et de l'équilibre, dans l'environnement de l'utilisateur âgé à partir de tests spécifiques (BERG, vitesse de marche, force de préhension, etc.) au besoin;
- identifier les étiologies prioritaires ayant un impact sur le trouble de mobilité;
- évaluer le risque de chutes;
- élaborer et offrir un programme individualisé d'exercices physiques dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal;
- évaluer et/ou réévaluer le type d'aide technique nécessaire et référer aux différents programmes pour obtenir les aides requises;
- suggérer des approches non pharmacologiques pour le soulagement de la douleur;
- traiter les vertiges positionnels paroxystiques bénins;
- repérer, évaluer et intervenir auprès des personnes à risques suicidaires suite à un diagnostic et assurer le suivi étroit.

Neuropsychologue

- évaluer les troubles neuropsychologiques;
- préciser la nature et la sévérité des atteintes cognitives et établir un lien entre les manifestations comportementales, émotionnelles ou cognitives d'une part, et le cerveau, y compris l'une de ses fonctions, d'autre part;
- contribuer au processus diagnostique par l'évaluation des troubles neurocognitifs atypiques;
- aider à résoudre les problèmes psychologiques tels que l'insomnie et ceux qui accompagnent parfois la douleur chronique, y compris l'anxiété et la dépression;
- contribuer à l'évaluation clinique, pour les cas atypiques, de l'aptitude à prendre soin de sa personne, à consentir à un soin, à administrer ses biens et à signer des documents légaux;
- émettre des recommandations quant au potentiel de réadaptation;
- offrir de l'intervention neuropsychologique (enseignement et mise en pratique de stratégies; entraînement à l'utilisation de moyens et outils compensatoires) en groupe ou en individuel;
- fournir un avis professionnel sur l'évaluation requise en ce qui concerne la conduite automobile;
- repérer, évaluer et intervenir auprès des personnes à risques suicidaires suite à un diagnostic et assurer le suivi étroit.

Psychologue

- évaluer le fonctionnement psychologique et mental, notamment les affects, aptitudes, attitudes, cognitions, goûts, intérêts, motivations, ressources et autres, et ce, en vue d'établir un portrait de la personne évaluée, de faire des recommandations ou de déterminer un plan d'intervention;
- évaluer l'épuisement de la PPA et offrir du soutien individuel;
- animer des groupes de soutien auprès des PPA;
- soutenir les usagers et leurs proches dans leurs difficultés (par ex. post-diagnostic, difficultés d'adaptation face à la perte d'autonomie vécue, de deuil, de dépression) dans l'objectif d'améliorer leur bien-être et de maximiser leur potentiel au cours du vieillissement;

- repérer, évaluer et intervenir auprès des personnes à risques suicidaires suite à un diagnostic et assurer le suivi étroit;
- offrir des sessions d'entraînement cognitif à certains usagers;
- aider à résoudre les problèmes psychologiques tels que l'insomnie et ceux qui accompagnent parfois la douleur chronique, y compris l'anxiété et la dépression;
- dispenser des formations et ateliers auprès des PPA selon les besoins de l'organisation;
- contribuer aux projets organisationnels en lien avec la maladie d'Alzheimer et les TNCM.

Nutritionniste

- évaluer l'état nutritionnel de l'usager en tenant compte, notamment, de la perte de poids, la dénutrition, le diabète, les troubles digestifs et la déglutition;
- déterminer les stratégies d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé;
- déterminer le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance individuelle indique que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie;
- prescrire, selon une ordonnance, des formules nutritives, des vitamines et des minéraux afin d'assurer l'atteinte des besoins nutritionnels;
- contribuer à l'interprétation des résultats de la vidéofluoroscopie;
- repérer, évaluer et intervenir auprès des personnes à risques suicidaires suite à un diagnostic et assurer le suivi étroit.

Orthophoniste (en collaboration)

- évaluer les troubles du langage, de la parole et de la voix dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention orthophonique;
- statuer sur la nature des troubles langagiers et leurs possibles étiologies;
- évaluer la communication fonctionnelle;
- fournir des recommandations afin d'outiller l'usager et ses proches pour pallier aux difficultés communicationnelles;
- contribuer à l'interprétation des résultats de la vidéofluoroscopie.

Coordonnateur clinico-administratif

- collaborer avec l'agent administratif dans la réception des demandes;
- chapeauter l'analyse de la demande afin d'en établir l'acceptabilité et la priorisation en collaboration avec les équipes respectives;
- saisir les demandes de services;
- prioriser les demandes de la boîte courriel;
- appeler le référent pour clarifier les attentes et, au besoin, suggérer une réorientation du dossier à un autre volet du programme en collaboration avec les équipes respectives;
- effectuer des suivis des usagers en liste d'attente;
- effectuer un premier contact avec l'usager et ses proches pour la préparation du premier rendez-vous;
- assurer la gestion de la liste d'attente en collaboration avec l'agent administratif;
- combler l'horaire en cas d'avis d'absence d'un usager en collaboration avec l'agent administratif;

- répondre aux consultations téléphoniques pré-référence en concertation avec l'infirmière clinicienne et le médecin au besoin;
- retourner les appels des usagers et des PPA, de même que des intervenants du réseau. Les questions cliniques seront répondues en concertation avec l'infirmière clinicienne et le médecin au besoin;
- assurer la gestion des rendez-vous en collaboration avec l'agent administratif;
- effectuer un retour au référent, à l'usager et ses proches au besoin et les informer de la fermeture du dossier, s'assurer de leur compréhension de la fermeture;
- assurer la mise à jour de la page internet destinée aux PPA;
- agir comme personne-ressource ou interlocuteur désigné dans des dossiers spécifiques auprès des différents acteurs (tels que le volet enseignement);
- apporter son soutien à la direction dans la gestion de la qualité des services et à la mise en place de solutions en cas de situations problématiques;
- organiser les rencontres (de concertation clinique, cas complexes, de famille, etc.);
- coordonner le référencement avec d'autres directions et organiser les téléconsultations en gérontopsychiatrie;
- repérer, évaluer et intervenir auprès des personnes à risques suicidaires suite à un diagnostic et assurer le suivi étroit;
- faire les entrées et les références dans la base de données I-CLSC;
- participer et collaborer au suivi des indicateurs de performance du programme et en assurer le suivi avec les différentes parties prenantes.

Agent administratif

- réceptionner les demandes de référence et s'assurer qu'elles soient complètes et conformes;
- filtrer les demandes selon les critères d'inclusion/exclusion en collaboration avec le coordonnateur clinico-administratif;
- mettre à jour la liste d'attente en collaboration avec le coordonnateur clinico-administratif;
- combler l'horaire en cas d'avis d'absence d'un usager en collaboration avec le coordonnateur clinico-administratif;
- fixer et confirmer les rendez-vous auprès des usagers, du proche aidant identifié ou de la ressource;
- acheminer les prescriptions pour les demandes d'évaluation ou examens diagnostiques complémentaires et retourner les rapports aux médecins et aux professionnels identifiés;
- faire la saisie de données nominales et administratives;
- assister les professionnels dans leurs gestions de rendez-vous;
- assurer la planification des rencontres interdisciplinaires en collaboration avec le coordonnateur clinico-administratif;
- accueillir les usagers et leurs proches en clinique;
- préparer les étiquettes de laboratoire;
- détecter des indices de vulnérabilité au suicide chez les usagers et leurs proches;
- tenir à jour le suivi de certains indicateurs de performance du programme pour en faciliter l'analyse.

4.2.2. Volet spécialisé en gestion des SCPD

Le mandat du volet spécialisé en gestion des SCPD est d'offrir, dans le milieu de vie de l'utilisateur, des services spécialisés d'évaluation et d'intervention de courte durée pour qui des interventions de base ont déjà été tentées et qui ne sont pas parvenues à résoudre la situation jugée problématique.

Globalement, les membres cliniques de ce volet ont les responsabilités cliniques suivantes :

- participer à l'évaluation des causes des SCPD;
- identifier et suggérer les stratégies d'interventions non pharmacologiques à mettre en place pour diminuer les SCPD;
- travailler en partenariat avec l'équipe traitante et les PPA de la clientèle présentant des SCPD;
- rédiger les recommandations et le plan d'intervention;
- travailler en conformité avec leurs champs d'exercices dans le cadre de leur prestation de services à l'utilisateur et ses proches;
- assurer un enseignement des recommandations émises auprès du proche aidant et/ou de l'équipe traitante;
- assurer un suivi jusqu'à ce qu'il y ait une amélioration ou que le plan d'intervention a été accompli;
- travailler en partenariat avec la CIGS;
- assurer la tenue des dossiers selon leurs obligations professionnelles;
- participer aux rencontres cliniques de l'équipe SCPD;
- détecter l'épuisement de la PPA;
- détecter et signaler les situations de maltraitance selon la loi, les protocoles et les politiques en vigueur dans l'établissement;
- participer au développement de leur profession par la supervision clinique de stagiaire et la participation aux projets de recherche, le cas échéant;
- participer à la formation du personnel soignant en lien avec la gestion des SCPD selon leur expertise et les besoins.

Cette équipe regroupe minimalement le personnel et les professionnels suivants :

Infirmière clinicienne

- assurer un rôle pivot au sein de l'équipe;
- évaluer la condition physique et mentale de l'utilisateur afin d'identifier les facteurs contribuant au SCPD;
- attribuer la demande au membre de l'équipe qui sera impliqué au dossier;
- rédiger et mettre à jour le plan thérapeutique infirmier;
- déterminer la pertinence d'impliquer d'autres professionnels;
- effectuer la demande de référence à la 3^e ligne au besoin;
- élaborer et réviser les plans d'intervention en collaboration avec les éducateurs spécialisés;
- offrir du soutien clinique dans les dossiers des éducateurs spécialisés;
- repérer, évaluer et intervenir auprès des personnes à risques suicidaires suite à un diagnostic et assurer le suivi étroit.

Psychoéducateur

- évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives de l'utilisateur;
- déterminer les recommandations appropriées pour rétablir et développer les capacités adaptatives de la personne ainsi que contribuer au développement des conditions du milieu;
- évaluer la capacité de l'utilisateur présentant une situation de santé complexe ou atypique à s'adapter à son environnement;
- recueillir les données nécessaires pour cerner les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives d'une personne, d'une famille;
- émettre des recommandations adaptées pour promouvoir le maintien de l'utilisateur dans son milieu de vie;
- établir et exposer un résultat d'évaluation psychoéducative;
- accompagner l'équipe traitante dans la mise en place de stratégies pour favoriser le maintien de l'utilisateur dans son environnement en se basant sur l'histoire de vie;
- prioriser les demandes en soutien à l'infirmière;
- élaborer et réviser les plans d'intervention en collaboration avec les éducateurs spécialisés;
- offrir du soutien et une supervision clinique dans les dossiers des éducateurs spécialisés;
- repérer, évaluer et intervenir auprès des personnes à risques suicidaires suite à un diagnostic et assurer le suivi étroit.

Éducateur spécialisé

- appliquer les plans d'interventions du psychoéducateur;
- assurer l'éducation et la rééducation des usagers en milieu institutionnel ou externe selon le plan d'intervention établi en collaboration avec l'équipe de professionnels en place;
- proposer des adaptations à l'environnement physique de l'utilisateur;
- appliquer des techniques d'éducation en utilisant les AVQ, en organisant, coordonnant et animant les activités prévues au programme, pour assurer l'apprentissage et l'acquisition d'attitudes et de comportements adéquats;
- observer et analyser le comportement des usagers;
- participer à l'évaluation de leurs besoins et de leurs capacités en collaboration avec le psychoéducateur;
- contribuer à identifier les stratégies d'intervention à mettre en place auprès de l'utilisateur ou de son proche;
- assurer un coaching auprès du proche aidant ou de l'équipe traitante;
- dispenser des formations sur la gestion des SCPD auprès du personnel en RNI et RPA;
- offrir un soutien aux autres membres de l'équipe SCPD;
- détecter des indices de vulnérabilité au suicide chez les usagers et leurs proches;
- conseiller à propos de l'adaptation de l'environnement des unités destinées aux usagers âgés.

Travailleur social

- évaluer le fonctionnement social, établir l'influence des causes psychosociales et environnementales des symptômes comportementaux et leurs impacts sur son fonctionnement, ses interactions avec ses proches et son environnement social;
- évaluer le fonctionnement social de la PPA si requis;
- dépister, chez l'usager et ses proches, la dépression, l'anxiété, le risque suicidaire, la maltraitance, l'épuisement, etc.;
- déterminer les recommandations appropriées pour rétablir le fonctionnement social et diminuer les SCPD;
- procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat de protection;
- prioriser en partenariat avec l'usager et la PPA les besoins psychosociaux auxquels il faut répondre;
- diriger l'usager ou la PPA vers des ressources communautaires appropriées;
- offrir un soutien psychosocial à l'usager et à ses proches;
- identifier les stratégies d'intervention à mettre en place auprès de l'usager selon son champ d'exercices;
- offrir un soutien clinique aux autres membres de l'équipe SCPD;
- repérer, évaluer et intervenir auprès des personnes à risques suicidaires suite à un diagnostic et assurer le suivi étroit.

Pharmacien (en collaboration)

- évaluer la pharmacothérapie;
- réviser le profil pharmacologique de l'usager;
- identifier les médicaments à haut risque pour la clientèle âgée présentant des SCPD;
- offrir du soutien à l'infirmière clinicienne lors de questionnements concernant la pharmacopée;
- suggérer des alternatives pharmacologiques au médecin traitant;
- apprécier l'efficacité et la sécurité de la thérapie médicamenteuse.

Coordonnateur clinico-administratif

- les rôles et responsabilités du coordonnateur clinico-administratif sont les mêmes que ce qui a été décrit à la section 4.2.1.

Agent administratif

- réceptionner les demandes de référence et s'assurer qu'elles soient complètes et conformes;
- filtrer les demandes selon les critères d'inclusion/exclusion en collaboration avec le coordonnateur clinico-administratif;
- mettre à jour la liste d'attente en collaboration avec le coordonnateur clinico-administratif;
- entrer au dossier de l'usager les données nominales et administratives;
- détecter des indices de vulnérabilité au suicide chez les usagers et leurs proches;
- tenir à jour le suivi de certains indicateurs de performance du programme pour en faciliter l'analyse.

4.3. Formations et développement de compétences

Les **profils de compétences**⁹ précisent les connaissances et les compétences attendues pour l'ensemble des intervenants dans l'exercice de leurs fonctions. Les profils de compétences comprennent les compétences de fonction liées au titre d'emploi ainsi que des compétences générales et spécifiques liées au programme.

Les équipes du programme doivent posséder une expertise tant au niveau clinique qu'au niveau du transfert des connaissances de pointe. De ce fait, les compétences et connaissances communes reposent sur deux grandes thématiques :

- Connaissances liées à la clientèle cible :
 - connaître le contenu du présent programme, les caractéristiques de la clientèle desservie ainsi que les outils cliniques associés :
 - syndromes gériatriques;
 - concept de fragilité;
 - signes de maltraitance;
 - rôle et fardeau des PPA;
 - risque suicidaire;
 - protection des usagers potentiellement inaptes à prendre soin d'eux-mêmes et à gérer leurs biens;
 - pertes mnésiques;
 - impacts de la perte d'autonomie sur les AVQ et AVD;
 - prévention et gestion des SCPD;
 - approche adaptée à la personne âgée;
 - vieillissement normal et vieillissement pathologique;
 - principes de déplacement sécuritaire des personnes;
 - évaluation de la condition physique et mentale.
- Collaboration interdisciplinaire :
 - travailler en interdisciplinarité, en respectant les champs d'exercices ainsi que les activités réservées de chacun des professionnels de l'équipe;
 - développer l'expertise de l'équipe;
 - développer les habiletés de transfert de connaissances de l'équipe;
 - développer les habitudes de collaboration des intervenants dédiés au programme.

Les formations et les autres activités de développement des compétences pourront être présentées en utilisant différentes modalités (e-learning, capsules cliniques, activité d'appropriation, codéveloppement, transfert de connaissances, lectures, diffusion et promotion des ressources existantes, etc.). Dans tous les cas, l'objectif est de bénéficier d'une formation continue permettant de demeurer à jour sur les percées scientifiques, les bonnes pratiques et les nouveautés en gériatrie spécialisée, et ce, en conformité avec le plan de développement des compétences des ressources humaines.

À titre d'exemple, la participation au Congrès québécois sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées et/ou le congrès SCPD, qui ont normalement lieu à chaque deux ans, est fortement suggérée à tous les professionnels des SASG. Si ce n'est pas possible, des représentants de l'équipe devraient y assister et faire un transfert de connaissances.

9. Des profils de compétence ont été élaborés pour chacun des titres d'emploi de la catégorie 4 du CISSS de la Montérégie-Ouest, ils se trouvent sur l'intranet de l'organisation.

De plus, des activités de développement de connaissances et de compétences sont régulièrement proposées sur certaines plateformes virtuelles ou par des organismes ou organisations, dont les suivantes :

- Environnement numérique d'apprentissage ([ENA](#));
- Programme de formation de type multimodale visant le développement des compétences dans les soins aux aînés ([Philippe Voyer](#));
- Activités de [RUSHGQ](#);
- Université de Sherbrooke - [Centre de formation continue](#) - Faculté de médecine et des sciences de la santé;
- [Réseau universitaire intégré de santé \(RUIS\) de l'Université de Sherbrooke](#);
- Santé et services sociaux du Québec : [Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs](#);
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal - [Institut universitaire de gériatrie de Montréal](#);
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale – [Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec](#);
- [Société Alzheimer du Canada](#);
- Congrès international francophone de gériatrie et gériatrie (CIFGG) - [Association internationale francophone de gériatrie et gériatrie](#);
- Congrès scientifique annuel - Société québécoise de gériatrie;
- Société française de gériatrie et gériatrie;
- [Association canadienne de gériatrie](#).

Un programme complet d'orientation et de formation du personnel (qui comprend notamment la vision, la mission et les valeurs du programme), ainsi qu'une offre de formation continue font partie des bonnes pratiques (Gilster et al., 2018) pour les professionnels spécialisés travaillant auprès de la clientèle âgée ayant des besoins complexes afin de maintenir des services de haute qualité.

Les activités de développement des compétences seront déployées en lien avec les compétences spécifiques attendues liées au programme.

5. Mécanisme de référence

5.1. Référence

La trajectoire de services est illustrée en [annexe C](#).

Considérant que le programme offre des services spécialisés, des mesures d'investigation préliminaires sont nécessaires à la référence. En ce sens, une consultation téléphonique préalable à la référence peut soutenir les intervenants des services spécifiques et orienter ensuite vers une demande de services.

Selon la nature de la demande, des documents supplémentaires sont à annexer au formulaire de référence. L'[annexe D](#) résume les documents à annexer en fonction du volet sollicité.

- **Pour la CIGS**, les références sont faites par le médecin de famille de l'utilisateur ou un médecin spécialiste :
 - Pour effectuer une demande de service en gériatrie, le formulaire de [consultation dirigée au médecin gériatre](#) du Centre de répartition des demandes de services (CRDS) doit être utilisé.

- Pour effectuer une référence en neurologie cognitive, le formulaire *Demande de services ambulatoires spécialisés de gériatrie* (CLI-60481) doit être utilisé. Il doit être complété et acheminé par courriel.

À noter

- S'il y a absence d'un médecin de famille au dossier, les demandes seront traitées au cas par cas selon les risques associés à la situation.
- Si un spécialiste réfère à la CIGS, il doit informer le médecin de famille puisque ce dernier devra procéder au suivi.
- **Pour l'équipe spécialisée en gestion des SCPD**, tout intervenant peut faire une demande de consultation lorsqu'elle détecte la présence d'un SCPD complexe ou persistant ou que les interventions de base tentées ne sont pas parvenues à résoudre la situation jugée problématique.

Un intervenant-pivot doit idéalement être impliqué dans le dossier de l'utilisateur. Pour faire une demande de consultation, le formulaire *Demande de services ambulatoires spécialisés de gériatrie* (CLI-60481) doit être rempli et acheminé par courriel.

5.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Sur réception des demandes, l'agent administratif en collaboration avec le coordonnateur clinico-administratif vérifie si tous les documents requis sont annexés. Si des documents sont manquants, une relance est faite au référent afin de préciser les besoins et décrire la situation. Une fois que la demande est complète, l'admissibilité de la demande est étudiée.

Selon le portrait clinique rencontré par les usagers, ainsi que le besoin ciblé par le référent, des critères d'inclusion spécifiques à chaque volet s'appliquent. Vous trouverez en [annexe D](#) les critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques à chaque volet. Le jugement clinique prévaut sur ces critères. Si la demande n'est pas recevable, l'utilisateur sera dirigé vers le service approprié pertinent, le cas échéant.

5.3. Critères de priorisation

Une priorisation est effectuée par le coordonnateur clinico-administratif suite à la réception d'une demande de référence complète.

Plusieurs facteurs sont considérés pour prioriser les demandes, par exemple :

- le risque pour l'intégrité de l'utilisateur ou de ses proches (ex : agressivité, automutilation),
- l'épuisement du milieu,
- la compromission du maintien à domicile,
- le risque d'hospitalisation en l'absence de services (MSSS, 2014a).

La priorisation est pondérée selon des niveaux de priorité pour lesquels une date de prise en charge maximale est établie.

- **Pour la CIGS**, les critères de priorisation sont présentés au tableau IV.
- **Pour le volet SCPD**, la priorisation se fait selon la dangerosité pour l'utilisateur ou pour autrui. Les critères de priorisation se basent sur le milieu de vie et la description des comportements de l'utilisateur (agitations verbales agressives ou non-agressives, agitations physiques agressives ou non-agressives et les symptômes psychologiques).

Une fois priorisées, les demandes sont redirigées au volet de référence puis inscrites en liste d'attente. Il est de la responsabilité du référent d'informer la clinique de tous les changements susceptibles d'avoir un impact sur la priorisation des services à dispenser. Un suivi en liste d'attente sera fait lorsque pertinent.

Tableau IV
Échelle de priorité clinique (CRDS)

Délai maximal de prise en charge ≤ 28 jours
• maintien à domicile compromis à court terme; • danger imminent pour l'intégrité ou la sécurité de la personne ou de l'entourage (conduite automobile, maltraitance, abus financiers/psychologiques/physiques, négligence de l'entourage, aspects médicaux); • chutes récurrentes non syncopales inexpliquées; • milieu épuisé, inadéquat ou absent; • détérioration rapide de la santé; • risque d'hospitalisation ou d'hébergement imminent en l'absence de services.
Délai maximal de prise en charge ≤ 3 mois
• TNCM atypique; • maintien à domicile non compromis à court terme; • dangers potentiels pour l'intégrité ou la sécurité de la personne ou de son entourage; • perte de poids inexpliquée chez un usager de plus de 75 ans après investigation appropriée; • polypharmacie potentiellement néfaste/déprescription; • trouble de la marche et de l'équilibre; • milieu en voie d'épuisement; • détérioration de la santé probable à court terme (3 mois).
Délai maximal de prise en charge ≤ 12 mois
• TNCM typique; • maintien à domicile non compromis; • peu de risque pour l'intégrité ou la sécurité de la personne; • milieu présent et pouvant compenser temporairement ou partiellement; • risque de détérioration de la santé à moyen terme (1 an).

5.4. Critères de fin d'intervention

Globalement, l'épisode de services spécialisés au sein du programme prend fin lorsqu'un ou plusieurs critères sont présents :

- la santé mentale ou physique de l'usager ou de la PPA fait qu'ils ne sont plus en mesure de bénéficier des services;
- les besoins de l'usager ne relèvent plus de l'expertise des services spécialisés du programme;
- l'usager (ou, en cas d'incapacité, son représentant) signale l'intention, de manière éclairée, de mettre fin au processus d'investigation;
- l'usager quitte la région;
- l'usager est admis en soins palliatifs ou décède.

Des critères spécifiques à chaque volet s'appliquent.

L'épisode de services spécialisés au sein de la CIGS est considéré complété lorsque les critères suivants sont atteints :

- toutes les évaluations professionnelles sont terminées, de même que les investigations reçues;
- le diagnostic est posé;
- la condition médicale semble assez stable pour pouvoir être reprise par le médecin de famille, l'équipe traitante ou la personne proche aidante.

L'épisode de services spécialisés au sein de l'équipe SCPD est considéré complété lorsque l'un ou plusieurs des critères suivants sont atteints :

- Les attentes initiales du référent ont été répondues.
- Il y a une réduction de la fréquence du comportement (de 25 à 50 %).
- Il y a une réduction de la gravité du comportement (de 25 à 50 %).
- L'équipe juge avoir fait bénéficier de l'entièreté de son expertise bien qu'il y ait une réduction de la fréquence et de la gravité du comportement inférieure à celle visée.

6. Stratégies d'intervention

Les stratégies d'intervention constituent les actions ou les mesures cliniques pouvant être mises en place pour atteindre les objectifs de soins spécifiques de l'utilisateur. En tenant compte de son champ d'exercice et de la spécificité de sa discipline, l'intervenant identifie et suggère des stratégies d'intervention permettant de répondre aux objectifs de soins de l'utilisateur. Ainsi, une fois les stratégies d'intervention recommandées, les intervenants au programme jouent un grand rôle de soutien et d'enseignement auprès des PPA ou des employés qui interagissent avec l'utilisateur, jusqu'à la maîtrise des habiletés, des connaissances et compétences requises pour la prise en charge.

Compte tenu des besoins complexes de la clientèle cible, plusieurs stratégies d'interventions peuvent être suggérées simultanément pour atteindre un même objectif. Inversement, une même stratégie d'intervention peut répondre à plusieurs objectifs différents. Il importe de souligner que le choix des stratégies d'intervention repose sur les résultats obtenus à l'évaluation et sur le jugement clinique du professionnel selon son champ d'exercice. Pour l'ensemble de ces raisons, les stratégies abordées dans la présente section sont à titre suggestif.

6.1. Modalités d'intervention

L'utilisateur est suivi au programme sous la forme d'un **épisode de service spécialisé**. Certaines interventions de l'équipe interdisciplinaire seront effectuées dans le **milieu de vie** de la personne pour des conditions optimales d'évaluation. D'autres ont lieu en **clinique** ou **à distance**¹⁰ (via la télésanté) (Whitlatch & Orsulic-Jeras, 2018). Cela étant dit, il est préférable de préconiser les interventions en présentiel en raison de la complexité des problématiques vécues chez les usagers visés par le programme.

10. Malgré des défis associés à l'utilisation de la technologie, la déficience auditive de certains usagers et l'impossibilité d'effectuer des examens physiques, les études récentes montrent des avantages cliniques à la télésanté dans les cliniques gériatriques particulièrement en ce qui concerne l'ajustement réussie de la polypharmacie et la réduction des taux d'hospitalisation en soins aigus (Murphy et al., 2020).

Les interventions au sein du programme peuvent comprendre, sans s'y limiter, les modalités suivantes :

Interventions spécifiques pour les usagers et leurs proches

Individuelles

- Intervention directe auprès de la personne et de ses proches (ex. évaluation gériatrique globale, ajustement de la pharmacothérapie, enseignement des stratégies non pharmacologiques¹¹, rencontre post-diagnostique, programme individualisé d'exercices physiques, alimentation, sessions d'entraînement cognitif, soutien psychologique individuel pour les PPA, coaching, activités de transfert de connaissance, etc.).
- Intervention en individuel selon les différentes expertises cliniques et les besoins de l'utilisateur et ses proches (ex. enseignement et mise en pratique de stratégies; entraînement à l'utilisation de moyens et outils compensatoires, etc.).
- Intervention indirecte auprès d'acteurs et de partenaires impliqués dans la vie de l'utilisateur (ex. appel des intervenants du milieu de vie, rencontre avec des partenaires de services de première ligne ou de milieux privés, etc.).

De groupe

- Intervention menée en groupe (ex. groupe de soutien pour les PPA).
- Intervention visant l'augmentation des connaissances des PPA par le biais de formations, ateliers et diffusion d'informations.
- Intervention en groupe selon les différentes expertises cliniques et les besoins des usagers et leurs proches (ex. enseignement et mise en pratique de stratégies; entraînement à l'utilisation de moyens et outils compensatoires, etc.).

Interventions générales auprès des partenaires

- Intervention visant le soutien des partenaires par le biais de formations et de diffusion d'informations (présentation sur des diagnostics et des conditions, informations sur le mandat et l'offre de service du programme spécialisé, etc.).
- Interventions à visée éducative (mentorat, coaching clinique, démonstrations d'interventions, activités de transfert de connaissance, formations, ateliers, conférences, communauté de pratique, vignettes cliniques, discussions de cas, etc.)¹².

6.2. Description du processus d'intervention

Les équipes des services ambulatoires de gériatrie spécialisée réalisent des activités :

- d'évaluation et de diagnostic;
- d'interventions à court terme avec accompagnement des intervenants des services spécifiques;
- d'information et accompagnement des PPA;
- de formation continue et de soutien.

11. Voir [annexe E](#).

12. Ce type de rencontres fait partie des pratiques prometteuses identifiées par le MSSS et contribuerait à trouver des solutions pertinentes tout en accroissant les compétences des participants. Les partenaires peuvent ainsi mettre en action leurs connaissances et apprendre de leurs situations et de celles des autres milieux de soins.

Les équipes n'assument pas la prise en charge des usagers référés. Il s'agit d'une responsabilité qui incombe à la 1^{re} ligne. Lors de la présentation des recommandations au référent, les équipes s'assurent de leur applicabilité et de transmettre leurs connaissances et expertise au référent ou à la PPA qui assure la prise en charge de l'utilisateur. Au besoin, elles ajustent leurs recommandations et offrent le soutien nécessaire au développement des habiletés et compétences.

Les principales étapes du processus clinique du programme sont décrites dans la figure 2:

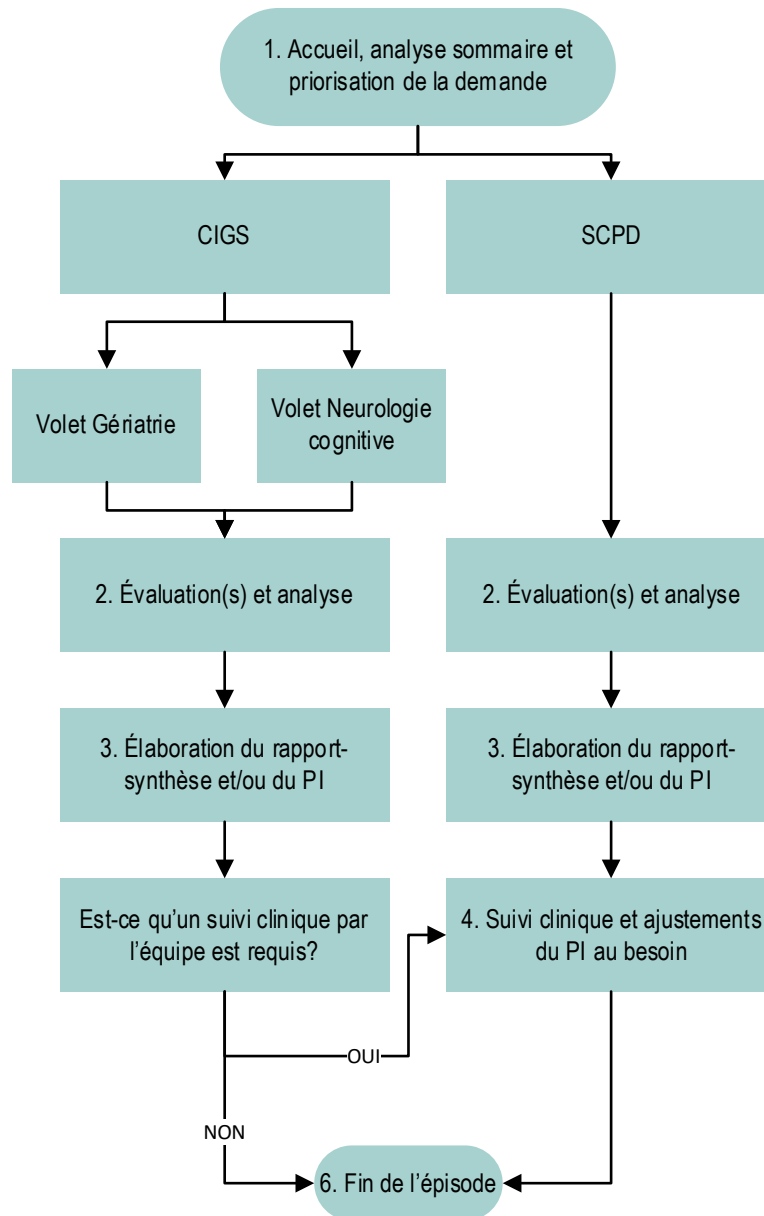


Fig. 2 – Étapes du processus clinique

Le tableau présenté ci-dessous permet de prendre connaissance du processus clinique de façon globale. Chacune de ces étapes est décrite avec ses « actions », ses « pistes de réflexion », ses « outils » et ses « responsables » correspondants. Les pistes de réflexion se basent sur les bonnes pratiques et servent à nourrir la réflexion clinique. Elles ne sont pas systématiques et ne s'appliquent pas à tous les intervenants. Il est également à noter que la section « outils » présente uniquement les outils qui ont été identifiés comme recommandés pour ce programme. Ainsi, le jugement clinique de l'intervenant permettra un choix judicieux des outils d'observation, d'évaluation et d'intervention jugés nécessaires en fonction de la condition et des besoins de l'utilisateur et de ses proches.

Étape 1 : Accueil au programme, analyse et priorisation

Actions	Pistes de réflexion	Outils	Responsables
1.1. Valider la demande	- S'assurer que la demande est complète - Relancer au besoin	Tableau synthèse pour statuer de l'acceptabilité d'une demande de référence selon le volet d'expertise (annexe D)	Coordonnateur clinico-administratif en collaboration avec l'agent administratif
1.2. Effectuer l'analyse sommaire de la demande - Lecture de tous les documents acheminés avec la demande de référence - Acceptation et réorientation de la demande	Confirmer l'acceptation de la demande par courriel au référent	Gabarit : Courriel standardisé d'acceptation ou de réorientation pour le référent	Coordonnateur clinico-administratif en collaboration avec les équipes respectives
1.3. Au besoin, contacter le référent et les partenaires pertinents pour clarifier les attentes de la demande	- Cueillette d'informations et discussions du cas au besoin - Il sera important de bien cerner les attentes face aux partenaires, et que cette étape soit faite en concertation avec eux - S'assurer que les communications avec le référent sont régulières tout au long du processus - Prioriser le téléphone et le courriel pour compléter le dossier de l'utilisateur		Coordonnateur clinico-administratif
1.4. Effectuer un premier contact avec l'utilisateur et les proches	- En liste d'attente, ce premier contact permet aux usagers et leurs proches d'avoir le sentiment d'être entendu plus rapidement, en attendant la première rencontre - Garder en tête d'échanger avec l'utilisateur et ses proches de façon continue, tout au long du processus clinique - Communiquer avec l'utilisateur et sa PPA et voir à la préparation de la rencontre d'évaluation	- Avec le consentement de l'utilisateur : - Questionnaire Collecte d'informations par courriel adressé à la PPA (pour la CIGS) - Formulaire Histoire de vie par courriel adressé à la PPA (pour l'équipe SCPD)	Coordonnateur clinico-administratif

Étape 1 : Accueil au programme, analyse et priorisation

Actions	Pistes de réflexion	Outils	Responsables
	- Inviter les proches aidants à consulter la page internet leur étant destinée (ressources, informations) au besoin - Le courriel envoyé permet aussi de confirmer à l'utilisateur et ses proches que la demande a été acceptée et que ce dernier est en liste d'attente		
1.5. Émettre le niveau de priorisation de prise en charge de l'utilisateur		- Grille de priorisation SCPD - Grille de priorisation du CRDS	Coordonnateur clinico-administratif en collaboration avec les équipes respectives
1.6. Informer des services et obtenir les consentements	- Transmettre les informations sur les services - Obtenir le consentement écrit et valider le maintien du consentement au cours de l'épisode de service - Remettre à la PPA la liste d'organismes communautaires et d'associations/pochette d'accueil	- Formulaire Consentement général pour demande de services¹³ - Politique clinique consentement aux soins et aux services (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021) - Formulaire Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier - Pochette d'accueil SCPD	Infirmière clinicienne

13. Ce consentement n'exclut pas l'obligation de chaque professionnel à obtenir un consentement pour leurs services tel que décrit dans leur code de déontologie respectif.

Étape 2 : Évaluation(s) et analyse

Actions	Pistes de réflexion	Outils	Responsables
2.1. Effectuer une première collecte de données avec l'utilisateur et ses proches	- Effectuer la lecture du dossier de l'utilisateur en axant particulièrement sur : - L'histoire de la personne - Les recommandations antérieures - Les partenaires impliqués - Discuter des attentes et des objectifs de soins de l'utilisateur - Prendre en compte l'opinion et les préférences de la PPA - Miser sur les forces de l'utilisateur et la PPA (savoir expérientiel, littératie, etc.)	- Formulaire <i>Collecte de données soins infirmiers (version abrégé) (volet gériatrie)</i> - Formulaire <i>Collecte de données soins infirmiers (volet neurologie cognitive)</i>	Infirmière clinicienne
2.2. Effectuer une évaluation complète de la situation	- Il est de la responsabilité de tous de : - Porter une attention particulière au niveau d'épuisement du proche aidant - Porter une attention particulière aux indices suggérant un risque suicidaire - Respecter les objectifs de vie de l'utilisateur - Identifier et signaler les situations de maltraitance envers une personne aînée - Développer le sentiment de compétence de la PPA - Remettre les dépliants appropriés au besoin de l'utilisateur (par exemple, dispositif d'alerte en cas de chute)	- Rapport de consultation médicale (CIGS : volet gériatrie) - Formulaire : <i>Rapport de consultation médicale (neurologie cognitive)</i> - Autres outils d'évaluation et d'observation (voir annexe F) <i>Gabarit – Évaluation observation de l'infirmière clinicienne consultante de l'équipe SCPD</i> <i>Observations T.E.S consultante en SCPD</i>	- Médecin (pour la CIGS) - Intervenant impliqué au dossier de l'utilisateur (pour l'équipe SCPD)
2.3. Déterminer le besoin d'évaluation professionnelle complémentaire	- Éviter la répétition chez un même usager d'évaluations par différents intervenants agissant sans se coordonner - Lire les différentes évaluations déjà effectuées et aller chercher la mise à jour et les nouvelles informations pertinentes à l'évaluation en cours		Pour la CIGS, le tandem médecin-infirmière est responsable de déterminer les professionnels qui seront impliqués aux évaluations de l'utilisateur, le cas échéant

Étape 2 : Évaluation(s) et analyse

Actions	Pistes de réflexion	Outils	Responsables
2.4. Chaque professionnel effectue son évaluation ou ses observations	• Identifier et utiliser les outils de cueillette de données et d'évaluation pertinents (selon les disciplines impliquées) • Il est de la responsabilité de tous de : – Porter une attention particulière au niveau d'épuisement du proche aidant – Porter une attention particulière aux indices suggérant un risque suicidaire – Respecter les objectifs de vie de l'utilisateur – Identifier et signaler les situations de maltraitance envers une personne âgée – Développer le sentiment de compétence de la PPA • Procéder aux évaluations le plus possible dans le milieu de vie des usagers • Envisager la télésanté, lorsque possible, si l'évaluation à domicile est impossible ou que le déplacement de l'utilisateur n'est pas sécuritaire	• Diverses méthodes de collectes de données selon le champ d'exercice ou les activités réservées (observation, grilles, entrevue, questionnaires, etc.) • Outils disciplinaires • Autres outils d'évaluation et d'observation (voir annexe F)	• Pour l'équipe SCPD, il s'agit de l'intervenant au dossier • Tous les intervenants impliqués au dossier de l'utilisateur selon leur champ d'exercice et les activités réservées
2.5. Au besoin, consulter des collaborateurs pour des avis précis	• Pharmacien • Orthophoniste • Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) pour les avis en gériopsychiatrie • Gériatre de la CIGS (pour l'équipe SCPD) • Équipe SCPD (pour l'équipe CIGS)		• Médecin • Infirmière clinicienne • Coordonnateur clinico-administratif
2.6. Effectuer des demandes de référence à d'autres programmes au besoin (selon les modalités interprogrammes)	• Référence s'il y a lieu au SAD • Envisager la possibilité de faire le lien avec le programme Chez moi, c'est mon choix au besoin • Programme d'aide technique; • Hôpital • Programme d'évaluation-intervention-orientation (PEIO)		• Infirmière clinicienne • Coordonnateur clinico-administratif • Médecin

Étape 2 : Évaluation(s) et analyse

Actions	Pistes de réflexion	Outils	Responsables
	• Services en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) • Services en unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) • Spécialités médicales • Programme de suivi intensif de patients avec des problèmes de santé mentale • Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) • Soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) • Mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) • Les intervenants du CISSS de la Montérégie-Ouest attirés aux Ressources intermédiaire et de type familial (RI-RTF) • Unité d'évaluation et d'intervention Moe Levin pour des personnes qui nécessitent une observation 24 h/24 en lien avec les SCPD, etc.		

Étape 3 : Élaboration du rapport synthèse ou/et du PI

Actions	Pistes de réflexion	Outils	Responsables
3.1. Chaque intervenant impliqué au dossier, formule une synthèse des résultats des analyses et observations • Rédiger les résultats des évaluations réalisées • Établir le diagnostic (pour la CIGS et le pronostic) • Identifier les pistes d'intervention (suggestions thérapeutiques)	• Il est important de respecter les normes de tenue de dossier • Réfléchir au potentiel de réversibilité – Réalisme des attentes de l'usager face à ses aptitudes – Gains ou progrès envisageables – Ce qui ne pourra être réalisé au cours de l'épisode de services spécialisés • Mettre à profit les modèles d'intervention convenant le mieux à la situation de l'usager. Le choix d'approche d'intervention ne se restreint pas qu'à ceux présentés dans ce document	• Gabarit – <i>1^{re} communication - observations médicales</i> (pour la CIGS) • Résumé d'impressions cliniques et recommandations (pour la CIGS) • Gabarit – <i>Pistes de recommandations</i> (pour l'équipe SCPD)	• Tous les intervenants impliqués au dossier de l'usager selon leur champ d'exercice et les activités réservées

Étape 3 : Élaboration du rapport synthèse ou/et du PI

Actions	Pistes de réflexion	Outils	Responsables
3.2. Au besoin, chaque professionnel impliqué rédige un PI 3.3. Effectuer une concertation interdisciplinaire au besoin • Rencontre interdisciplinaire pour discuter des cas complexes (pour CIGS) • Rencontre clinique (pour l'équipe SCPD)	• Garder en tête les objectifs de soins de l'utilisateur (soins proportionnels le cas échéant) • Le choix des interventions doit s'inspirer de l'histoire biographique de la personne, ainsi que des ressources humaines (proches et intervenants), matérielles et environnementales disponibles • Toujours assurer un suivi aux proches suite à une rencontre avec l'utilisateur (si l'utilisateur y a consenti) • Le référent devrait être impliqué et consulté dans l'élaboration du PI afin de favoriser l'approche collaborative • S'il ne peut être consulté, le référent devrait être informé des modalités d'intervention prévues au PI • La concertation clinique interdisciplinaire et multidisciplinaire est recommandée lorsque plusieurs professionnels sont impliqués au dossier de l'utilisateur ayant des besoins complexes • Communiquer avec le référent au fur et à mesure que le profil de l'utilisateur se précise lors de l'investigation de l'équipe interdisciplinaire (pour la CIGS)	• Formulaire PI/PSI¹⁴ • Formulaire PTI • Guide visant à soutenir la mise en application du Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention (PI) des usagers (GUI-10224) (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021)	• Tous les intervenants impliqués au dossier de l'utilisateur selon leur champ d'exercice et les activités réservées
3.4. Prépare la rencontre bilan ou la rencontre PI avec l'utilisateur et ses proches	• Se préparer à un recadrage des attentes et des objectifs personnels l'utilisateur et ses proches lorsque ceux-ci ne correspondent pas au potentiel de réversibilité • Préparer les documents nécessaires sur le diagnostic et l'évolution de la maladie à remettre lors de la rencontre si nécessaire	• Pochette à l'intention de l'utilisateur et ses proches • Dépliant CIGS	• Médecin (pour la CIGS) et/ou les intervenants impliqués

14. Le PI est obligatoire selon la Loi sur la santé et les services sociaux (RLRQ c. S-4.2, art.102). Pour des informations supplémentaires, se référer au *Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers* (REG-10173) disponible pour consultation et téléchargement sur l'intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Étape 3 : Élaboration du rapport synthèse ou/et du PI

Actions	Pistes de réflexion	Outils	Responsables
3.5. Rencontrer l'utilisateur et ses proches • Explication des résultats et des recommandations • Discussion sur le suivi • S'entendre sur les besoins, les objectifs et les priorités de l'utilisateur en lien avec sa situation	• Pour la CIGS : cette rencontre inclut l'annonce du diagnostic • Situer où en sont l'utilisateur et ses proches dans leur processus d'acceptation de la situation et leur vision du potentiel de réversibilité ou de réduction de la progression de la fragilité • Statuer sur la tolérance du risque – ses bénéfices et ses inconvénients • Prise de décision partagée entre l'utilisateur, ses proches et les professionnels • Acceptabilité des recommandations et la capacité d'application vérifiées • Les grandes lignes de l'évolution de la maladie, la planification médico-légale et la gestion des risques sont abordées au besoin • Discussions sur les soins de fin de vie au besoin, et ce, en collaboration et selon les limites ou acceptation de l'utilisateur peuvent avoir lieu • Pour l'équipe SCPD : cette rencontre correspond à la rencontre du PI • Présence et participation de l'utilisateur en fonction de son aptitude • Usagers accompagnés pour participer à la rencontre selon leurs désirs et leurs capacités		• Infirmière clinicienne, psychoéducateur, travailleur social ou concertation clinique pour les éducateurs spécialisés (pour l'équipe SCPD) • Médecin (pour la CIGS) et/ou les intervenants impliqués • Intervenant impliqué au dossier (pour l'équipe SCPD)

Étape 3 : Élaboration du rapport synthèse ou/et du PI

Actions	Pistes de réflexion	Outils	Responsables
3.6. Rédiger le rapport synthèse ou le PI selon le volet	- Niveau de langage et de vocabulaire adapté à la compréhension de l'utilisateur et de ses proches - Prise de décision partagée entre l'utilisateur, ses proches et les professionnels - Acceptabilité des recommandations et la capacité d'application vérifiées - Approches non-pharmacologique enseignées selon la situation de l'utilisateur		
	- Viser le confort, la dignité et la sécurité de l'utilisateur - Privilégier les approches non pharmacologiques - Faire preuve de créativité afin d'identifier des stratégies non pharmacologiques personnalisées à chaque usager - Autant que possible, des objectifs SMART sont à privilégier pour faciliter le suivi: spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini	- Gabarit : <i>Rapport synthèse</i> - Formulaire <i>PI/PSI</i>¹⁵ - Formulaire <i>PTI</i> <i>Guide visant à soutenir la mise en application du Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention (PI) des usagers (GUI-10224) (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021)</i>	- Tous les professionnels et médecins impliqués au dossier de l'utilisateur (pour la CIGS) - Infirmière clinicienne, psychoéducateur, travailleur social ou concertation clinique pour éducateur spécialisé (pour l'équipe SCPD)

15. Le PI est obligatoire selon la Loi sur la santé et les services sociaux (RLRQ c. S-4.2, art.102). Pour des informations supplémentaires, se référer au *Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers* (REG-10173) disponible pour consultation et téléchargement sur l'intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Étape 4 : Suivi clinique, relance et ajustements du PI au besoin

Actions	Pistes de réflexion	Outils	Responsables
4.1. Collaborer et intervenir en partenariat avec les équipes des services spécifiques dans le bien commun de l'utilisateur et ses proches Enseignement et soutien offert sur les interventions recommandées au besoin	- Prévoir un soutien aux partenaires - Assumer les responsabilités d'un service de consultation participative, c'est-à-dire que la consultation se fait dans un contexte où le référent est activement impliqué - Les activités de transfert de connaissance et d'enseignement peuvent prendre plusieurs formes : mentorat, coaching clinique, démonstrations d'interventions, formations, ateliers, conférences, communauté de pratique, etc.		Tous les intervenants impliqués au dossier de l'utilisateur selon leur champ d'exercice et les activités réservées
4.2. Actualiser les moyens, stratégies et recommandations visant l'atteinte synthèse ou au PI selon le volet - Permettre et soutenir la prise en charge du référent vis-à-vis l'utilisateur - Rôle de soutien aux partenaires joué par les intervenants au programme - Interventions à visée éducative			Pour la CIGS : Référent en collaboration, au besoin, avec le médecin Pour l'équipe SCPD : L'équipe traitant ou les PPA en collaboration, au besoin, avec l'intervenant au dossier
4.3. Assurer un suivi clinique à court terme au besoin *Si aucun suivi clinique n'est requis au niveau de la CIGS, passage direct à l'étape 5.2.	- Évaluer les résultats des interventions permet de se positionner sur la pertinence de poursuivre ou terminer la concertation clinique - S'assurer de répondre au besoin d'information des PPA et évaluer si un suivi est nécessaire dans un contexte de changement de la condition médicale de l'utilisateur - Au besoin, revisiter les préférences et les objectifs de soins, y compris les préférences de traitement et le milieu de vie	Outils disciplinaires	Pour la CIGS, il peut s'agir du médecin et/ou des professionnels Pour l'équipe SCPD, il s'agit de l'intervenant au dossier

Étape 4 : Suivi clinique, relance et ajustements du PI au besoin

Actions	Pistes de réflexion	Outils	Responsables
4.4. Effectuer une relance *Pour l'équipe SCPD seulement Compiler les données cliniques auprès de l'équipe traitante et/ou des proches : - Les interventions réalisées - La progression de l'usager - Le niveau d'atteinte des objectifs	- Pour la CIGS, suivi commun avec référent: - Cas complexe jusqu'à la stabilisation et optimisation du problème - Clientèle orpheline en attente d'un médecin de famille - Effectuer une relance suivant la dernière rencontre pour s'assurer de la mise en place des interventions - L'objectif est de discuter avec l'usager, ses proches et/ou les partenaires des interventions effectuées et de leurs résultats		Intervenant impliqué au dossier
4.5. Valider et réviser au besoin le PI selon les informations reçues des partenaires, de l'usager et ses proches *Pour l'équipe SCPD seulement	Informers les partenaires (internes ou externes) lors d'un changement au PI	- Formulaire <i>PI/PSI</i>¹⁶ - Formulaire <i>PTI</i> <i>Guide visant à soutenir la mise en application du Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention (PI) des usagers (GUI-10224) (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021)</i>	Infirmière clinicienne, psychoéducateur, travailleur social ou concertation clinique pour éducateur spécialisé

16. Le PI est obligatoire selon la Loi sur la santé et les services sociaux (RLRQ c. S-4.2, art.102). Pour des informations supplémentaires, se référer au *Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers* (REG-10173) disponible pour consultation et téléchargement sur l'intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Étape 5 : Fin de l'épisode de services

Actions	Pistes de réflexion	Outils	Responsables
5.1. Émettre des recommandations liées à la fin de l'épisode de services pour les professionnels lorsqu'un suivi a été réalisé	- Assurer la référence vers d'autres services au besoin et accompagner l'utilisateur et ses proches dans cette transition - Au besoin, coordonner les ressources, les partenaires et toute autre partie prenante de l'environnement communautaire de l'utilisateur afin d'offrir du support	<i>Formulaire PI</i> (pour la fermeture) /note de fermeture	Intervenant impliqué au dossier de l'utilisateur
5.2. Faciliter la continuité des services dans le réseau, lorsque la situation de l'utilisateur et ses proches le requiert	- Explorer diverses pistes de solutions en matière de services possibles ou d'alternatives au sein de la communauté - Encourager la PPA de l'utilisateur à solliciter ces ressources - Accompagner les usagers et leurs proches afin qu'ils aient cherché des services dans la communauté		Intervenant impliqué au dossier de l'utilisateur
5.3. Retour au référent et informer de la fermeture du dossier		<i>Formulaire PI</i> (pour la fermeture) /note de fermeture	- Coordonnateur clinico-administratif (pour la CIGS) - Intervenant impliqué au dossier de l'utilisateur (pour l'équipe SCPD)
5.4. À la fermeture du dossier, rédiger un rapport synthèse* et l'envoyer au référent et aux partenaires pertinents *Pour la CIGS, il est possible que le rapport synthèse ait été rédigé et envoyé au référent à l'étape 3.5. dans le cas où aucun suivi clinique n'était nécessaire	- Informar les usagers, leurs proches et l'équipe traitante de la fin de l'épisode de service et suggérer une rencontre au besoin - Envoi de rapports informatisés		- Coordonnateur clinico-administratif (pour la CIGS) - Intervenant impliqué au dossier de l'utilisateur (pour l'équipe SCPD)

7. Planification de l'évaluation

7.1. Paramètres à évaluer

L'évaluation du programme a pour but d'assurer l'implantation et la fidélité des différents volets du programme dans une visée d'optimisation du processus et d'amélioration continue et sur son efficacité (réponses aux objectifs poursuivis). Cette évaluation est prévue après la première année d'implantation pour bien identifier les améliorations potentielles, puis aux trois ans. En outre, les gestionnaires devraient partager ces informations avec tout le personnel et agir sur les résultats (Gilster et al., 2018). En ce sens, un suivi des recommandations à la suite des résultats de l'évaluation du programme est préconisé afin de s'assurer qu'ils mènent à l'action.

Les 4 principales composantes à évaluer sont **l'efficacité du programme** (progrès réalisés, réalisation des objectifs, activités cliniques, etc.), les **effets bénéfiques** et la **satisfaction** de la clientèle cible, des intervenants et des référents ainsi que la réponse aux besoins de **formation et d'enseignement**.

7.1.1. Évaluation de l'implantation

L'état de l'implantation sera également évalué. Puisque l'implantation du programme des SASG s'échelonne sur un an (voir en [annexe G](#) le devis de l'évaluation de l'implantation pour les détails), une évaluation sommaire sera réalisée à mi-parcours de l'implantation (après 6 mois) afin de constater si elle se déroule comme anticipée. Ceci permettra d'ajuster le tir s'il y a lieu, afin de poursuivre l'implantation jusqu'à l'évaluation complète l'année suivante.

7.2. Indicateurs de suivi

Objectifs évalués	Paramètres	Indicateurs
1. Augmenter l'accessibilité à des services spécialisés	• Clientèle cible	• Proportion de nouveaux cas et de suivis par année • Proportion des références selon la provenance (GMF, SAD, urgences, CHSLD, médecins, spécialistes, etc.) • Nombre d'utilisateurs ayant bénéficié d'une évaluation interdisciplinaire • Proportion des évaluations faites à domicile, en télésanté et en clinique • Nombre de patients orphelins • Ratio d'utilisateurs vus en partenariat avec la DPSMD versus utilisateurs refusés pour des enjeux de santé mentale ou de consommation • Nombre d'utilisateurs vus via corridor de services avec les intervenants réseau des urgences

Objectifs évalués	Paramètres	Indicateurs
2. Améliorer la fluidité du continuum de soins	Gestion de la liste d'attente	- Nombre d'utilisateurs total en attente par période - Répartition des demandes en attente selon chaque volet - Délai d'attente moyen (par volet) - Délai moyen entre l'acceptation de la demande de la fermeture du dossier (par volet) - Délai moyen entre l'acceptation de la demande et le premier rendez-vous (par volet) - Délai moyen entre le premier rendez-vous et l'envoi du rapport synthèse au référent (par volet)
3. Réduire et/ou prévenir les conséquences ou les impacts des syndromes gériatriques complexes chez la personne	- Satisfaction des utilisateurs - Effets bénéfiques attendus sur les utilisateurs	- Taux de satisfaction des utilisateurs - Réduction des médicaments prescrits - Proportion des utilisateurs qui restent à domicile - Réduction des visites à l'urgence - Taux de réadmissions et la durée de séjour à l'hôpital - Fréquence des hospitalisations en soins aigus - Appréciation de la qualité de vie selon l'utilisateur, les PPA ou les professionnels impliqués - Réduction de la fréquence et de la gravité des SCPD
4. Développer et maintenir une équipe spécialisée	- Formations de l'équipe - Satisfaction des intervenants impliqués au programme	- Nombre de formation continue autorisée par année par professionnel - Évaluation des activités de formation (niveau de connaissance pré et post activité, niveau de satisfaction) - Taux de satisfaction des intervenants impliqués au programme (discussion de cas complexe, partage d'analyse, rencontres de concertation clinique, etc.)

Objectifs évalués	Paramètres	Indicateurs
5. Estimer l'impact du programme sur les PPA	• Fardeau des PPA • Satisfaction des PPA • Volet enseignement	• Appréciation du fardeau ressenti par les PPA • Taux de satisfaction des PPA • Nombre d'activités d'enseignement offertes aux PPA • Évaluation des activités d'enseignement offertes (niveau de connaissance pré et post activité, niveau de satisfaction)
6. Former, soutenir et outiller les intervenants travaillant auprès de la clientèle	• Satisfaction des référents et des partenaires • Volet enseignement	• Taux de satisfaction des référents et autres partenaires • Nombre d'activités d'enseignement offertes aux intervenants/médecins du territoire par année • Évaluation des activités d'enseignement offertes (niveau de connaissance pré et post activité, niveau de satisfaction) • Nombre de supervision de stagiaires/résidents par année

Conclusion

La mise sur pied de ce programme encourage le développement d'une expertise clinique dédiée aux usagers âgés présentant un profil gériatrique, permettant ainsi de mieux desservir cette clientèle. Le programme intègre les bonnes pratiques issues des données probantes, mais également tient compte des orientations ministérielles en ce qui a trait au continuum de services offerts et la réalité du terrain. Les informations présentées permettent de réviser la pratique actuelle, laquelle a été mise en place au cours des dernières années, et ce, dans le souci de maintenir les meilleurs services possibles pour la clientèle. La formation continue des professionnels permettra de conserver les meilleures pratiques au fil des années.

L'élaboration de ce programme est en grande partie le résultat de la motivation et de l'engagement soutenu de la part des intervenants et gestionnaires impliqués. La présence d'agents de changement motivés et d'intervenants « visionnaires » au sein du programme sera également gage de réussite pour l'implantation et l'atteinte des objectifs du programme. De plus, la mise en place des conditions gagnantes pour l'actualisation optimale du programme doit se faire selon l'évolution des demandes et des besoins de la clientèle cible. De ce fait, la révision de ce programme sera faite périodiquement, suivant le cycle d'amélioration continue, en tenant compte de l'évaluation du programme, des besoins des usagers et de leurs proches et des meilleures pratiques.

Liste des annexes

Annexe A : Modèle logique du programme

Annexe B : Manifestations cliniques les plus fréquentes des SCPD

Annexe C : Trajectoire de services

Annexe D : Tableau synthèse pour statuer de l'acceptabilité d'une demande de référence selon le volet d'expertise

Annexe E : Stratégies d'intervention

Annexe F : Outils d'évaluation

Annexe G : Devis d'évaluation de l'implantation

Références

- Agence de santé publique du Canada. (2017). *La démence au Canada, y compris la maladie d'Alzheimer : Faits saillants du Système canadien de surveillance des maladies chroniques*. http://publications.gc.ca/collections/collection_2018/aspc-phac/HP35-84-2017-fra.pdf
- Alem, J., Michaud, J. G., & Leblanc, L. (2015). Les caractéristiques du stress et du fardeau sur les aidants naturels francophones œuvrant auprès des personnes atteintes de démence et diagnostiquées précoces : Problématique, recension des écrits et hypothèses de recherche. *Actes de la 21e journée : Sciences et Savoirs aux frontières de la connaissance*. <https://www.erudit.org/fr/livres/actes-des-colloques-de-lacfas-sudbury/actes-21e-journee-sciences-savoirs-aux-frontieres-connaissance/004224co/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e édition). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aronoff-Spencer, E., Asgari, P., Finlayson, T. L., Gavin, J., Forstey, M., Norman, G. J., Pierce, I., Ochoa, C., Downey, P., Becerra, K., & Agha, Z. (2020). A comprehensive assessment for community-based, person-centered care for older adults. *BMC Geriatrics*, 20(1), 193. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1502-7>
- Austrom, M. G., Boustani, M., & LaMantia, M. A. (2018). Ongoing Medical Management to Maximize Health and Well-being for Persons Living With Dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S48-S57. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx147>
- Banque de données des statistiques officielles sur le Québec. (2016). *Vieillessement : Réalités sociales, économiques et de santé*. Gouvernement du Québec. [https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/vitrine/vieillessement/index.html?th...\(le%20lien%20est%20externe\),%20Portail%20Qu%C3%A9bec,%20consult%C3%A9%20le%2021%20octobre%202016](https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/vitrine/vieillessement/index.html?th...(le%20lien%20est%20externe),%20Portail%20Qu%C3%A9bec,%20consult%C3%A9%20le%2021%20octobre%202016)
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Dallaire, L., Fletcher, J., Contandriopoulos, A.-P., & Tousignant, P. (2008). Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA) : Expérimentation d'un modèle pour le Canada. *Gérontologie et société*, 31 / n° 124(1), 49. <https://doi.org/10.3917/g.s.124.0049>
- Bergman, H. (2009). *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence : rapport*. MSSS, Québec. <http://www.deslibris.ca/ID/218446>
- Besdine, R. W. (2019). *Évaluation des personnes âgées—Gériatrie*. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/g%C3%A9riatrie/prise-en-charge-du-patient-g%C3%A9riatrique/%C3%A9valuation-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es>
- Blackburn, M., Noiseux, M., Provencher, S., Savoie, E., & Simoneau, M.-E. (2018). *Portrait de santé RTS de la Montérégie-Ouest*. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, 26 p.
- Blouin, M., & Bergeron, C. (1997). *Dictionnaire de la réadaptation, tome 2 : Termes d'intervention et d'aides techniques*. Les Publications du Québec.
- Boast, J. (2018). Making more of multimorbidity : An emerging priority. *Lancet (London, England)*, 391(10131), 1637. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30941-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30941-3)
- Boily, M., & Bourque, S. (2011). *Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social*. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 41 p.
- Boucher, A. (2019). *Les facteurs associés au fardeau des soins chez les proches aidants d'ânés inaptes ayant fait face à la décision de rester chez soi ou non : Une analyse secondaire d'un essai randomisé par grappe*. [Mémoire de maîtrise en santé publique, Université Laval], 108 p.
- Brazeau, S., & Kergoat, M.-J., (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : Cadre de référence*. MSSS, Direction des communications, Québec. <http://www.deslibris.ca/ID/228110>
- Cammisuli, D. M., Danti, S., Bosinelli, F., & Cipriani, G. (2016). Non-pharmacological interventions for people with Alzheimer's Disease : A critical review of the scientific literature from the last ten years. *European Geriatric Medicine*, 7(1), 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.01.002>

- Caradec, V. (2010). Vieillir, un fardeau pour les proches? *Lien social et Politiques*, 62, 111-122. <https://doi.org/10.7202/039318ar>
- Charazac, P., Gaillard-Chatelard, I., & Gallice, I. (2017). Chapitre 2. L'aidant et son fardeau. Dans *La relation Aidant-Aidé dans la maladie d'Alzheimer* (p. 15-28). <https://www.cairn.info/la-relation-aidant-aide-dans-la-maladie--9782100760954-page-15.htm>
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2020). *Guide visant à soutenir la mise en application du Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention (PI) des usagers*, 22 p. <https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/en-du-reglement-sur-les-modalites-elaboration-et-de-revision-des-plans-intervention-pi-des-usagers/telechargement/>
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet (London, England)*, 381(9868), 752-762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
- Corey, K. L., McCurry, M. K., Sethares, K. A., Bourbonniere, M., Hirschman, K. B., & Meghani, S. H. (2020). Predictors of psychological distress and sleep quality in former family caregivers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 24(2), 233-241. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1531375>
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72(3), 203-205. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.04.008>
- Covinsky, K. E., Eng, C., Lui, L. Y., Sands, L. P., Sehgal, A. R., Walter, L. C., Wieland, D., Eleazer, G. P., & Yaffe, K. (2001). Reduced employment in caregivers of frail elders: Impact of ethnicity, patient clinical characteristics, and caregiver characteristics. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(11), M707-713. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.11.m707>
- de Oliveira, A. M., Radanovic, M., de Mello, P. C. H., Buchain, P. C., Vizzotto, A. D. B., Celestino, D. L., Stella, F., Piersol, C. V., & Forlenza, O. V. (2015). Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. *BioMed Research International*, 2015, 218980. <https://doi.org/10.1155/2015/218980>
- Deshields, T. L., Rihanek, A., Potter, P., Zhang, Q., Kuhrik, M., Kuhrik, N., & O'Neill, J. (2012). Psychosocial aspects of caregiving: Perceptions of cancer patients and family caregivers. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 20(2), 349-356. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1092-1>
- Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique. (2018). *Les aînés du Québec: Quelques données récentes* (2e édition). Gouvernement du Québec, 23 p.
- Dupras, A., & Lemire, S. (2012). *Les Gériatres au Québec: À l'aube du vieillissement démographique*. 47 p.
- El-Hayek, Y. H., Wiley, R. E., Khoury, C. P., Daya, R. P., Ballard, C., Evans, A. R., Karran, M., Molinuevo, J. L., Norton, M., & Atri, A. (2019). Tip of the Iceberg: Assessing the Global Socioeconomic Costs of Alzheimer's Disease and Related Dementias and Strategic Implications for Stakeholders. *Journal of Alzheimer's Disease*, 70(2), 323-341. <https://doi.org/10.3233/JAD-190426>
- Ellis, G., & Sevdalis, N. (2019). Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. *Age and Ageing*, 48(4), 498-505. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz021>
- Éthier, S. (2017). *Au-delà de l'âge, reconnaître et soutenir tous les proches aidants*. Mémoire présenté dans le cadre de l'élaboration du plan d'action 2018-2023 de la politique Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, Québec, 25 p.
- Fanaki, C. (2020). Optimisation d'un nouveau modèle de soins de santé primaires pour prévenir le déclin fonctionnel des personnes âgées de 70 ans et plus au Québec [mémoire de maîtrise en santé publique, Université Laval], 82 p.
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S10-S19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>
- Fazio, S., Pace, D., Maslow, K., Zimmerman, S., & Kallmyer, B. (2018). Alzheimer's Association Dementia Care Practice Recommendations. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S1-S9. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx182>

- Felton, A., Wright, N., & Stacey, G. (2017). Therapeutic risk-taking : A justifiable choice. *BJPsych Advances*, 23(2), 81-88. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.115.015701>
- Ferrucci, L., Cavazzini, C., Corsi, A., Bartali, B., Russo, C. R., Lauretani, F., Ferrucci, L., Cavazzini, C., Corsi, A. M., Bartali, B., Russo, C. R., Lauretani, F., Bandinelli, S., Bandinelli, S., & Guralnik, J. M. (2002). Biomarkers of frailty in older persons. *Journal of Endocrinological Investigation*, 25(10 Suppl), 10-15.
- Fleiner, T., Leucht, S., Förstl, H., Zijlstra, W., & Haussermann, P. (2017). Effects of Short-Term Exercise Interventions on Behavioral and Psychological Symptoms in Patients with Dementia : A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 55(4), 1583-1594. <https://doi.org/10.3233/JAD-160683>
- Fleury, F.-C. (2014). *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. MSSS, Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2431606>
- Forbes, D., Blake, C. M., Thiessen, E. J., Peacock, S., & Hawranik, P. (2014). Light therapy for improving cognition, activities of daily living, sleep, challenging behaviour, and psychiatric disturbances in dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003946. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003946.pub4>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., McBurnie, M. A., & Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. (2001). Frailty in older adults : Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
- Garlo, K., O'Leary, J. R., Van Ness, P. H., & Fried, T. R. (2010). Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(12), 2315-2322. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03177.x>
- Gélinas, R. (2018). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : Un défi sur les unités de soins de courte durée. *ORIIMCQ*, 7(1). <http://oriimcq.oiq.org/volume-07-numero-01/cliniquement-votre>
- Gilster, S. D., Boltz, M., & Dalessandro, J. L. (2018). Long-Term Care Workforce Issues : Practice Principles for Quality Dementia Care. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S103-S113. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx174>
- Gómez-Romero, M., Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., Flores-Nieto, A., Garrido-Ardila, E. M., & González López-Arza, M. V. (2017). Benefits of music therapy on behaviour disorders in subjects diagnosed with dementia : A systematic review. *Neurologia (Barcelona, Spain)*, 32(4), 253-263. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2014.11.001>
- González-de Paz, L., Real, J., Borrás-Santos, A., Martínez-Sánchez, J. M., Rodrigo-Baños, V., & Navarro-Rubio, M. D. (2016). Associations between informal care, disease, and risk factors : A Spanish country-wide population-based study. *Journal of Public Health Policy*, 37(2), 173-189.
- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C. C., Willan, A., Viola, R., Coristine, M., Janz, T., & Glossop, R. (2004). Family caregiver burden : Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 170(12), 1795-1801. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1031205>
- HAS. (2009). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées*, 20 p.
- Hébert, R. (1997). *Définition du concept d'interdisciplinarité*. Colloque « De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité », Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Québec.
- Hickman, L. D., Phillips, J. L., Newton, P. J., Halcomb, E. J., Al Abed, N., & Davidson, P. M. (2015). Multidisciplinary team interventions to optimise health outcomes for older people in acute care settings : A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(3), 322-329. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.021>
- Hoffmann, T. C., Légaré, F., Simmons, M. B., McNamara, K., McCaffery, K., Trevena, L. J., Hudson, B., Glasziou, P. P., & Del Mar, C. B. (2014). Shared decision making : What do clinicians need to know and why should they bother? *The Medical Journal of Australia*, 201(1), 35-39. <https://doi.org/10.5694/mja14.00002>

- Holroyd-Leduc, J., Resin, J., Ashley, L., Barwich, D., Elliott, J., Huras, P., Légaré, F., Mahoney, M., Maybee, A., McNeil, H., Pullman, D., Sawatzky, R., Stolee, P., & Muscedere, J. (2016). Giving voice to older adults living with frailty and their family caregivers : Engagement of older adults living with frailty in research, health care decision making, and in health policy. *Research Involvement and Engagement*, 2(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s40900-016-0038-7>
- ICIS. (2018). *La démence au Canada*. <https://www.cihi.ca/fr/la-demence-au-canada>
- INESSS. (2021). *Soutenir la décision partagée*. INESSS. <https://www.inesss.qc.ca/outils-cliniques/outils-cliniques/soutenir-la-prise-de-decision-partagee.html>
- Inouye, S. K., Studenski, S., Tinetti, M. E., & Kuchel, G. A. (2007). Geriatric Syndromes : Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 780-791. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x>
- Institut de la statistique du Québec. (2015). Vieillissement démographique au Québec : Comparaison avec les pays de l'OCDE. *Données sociodémographiques*, 19(3).
- Ismail, Z., Black, S. E., Camicioli, R., Chertkow, H., Herrmann, N., Laforce, R., Montero-Odasso, M., Rockwood, K., Rosa-Neto, P., Seitz, D., Sivananthan, S., Smith, E. E., Soucy, J.-P., Vedel, I., & Gauthier, S. (2020). Recommendations of the 5th Canadian Consensus Conference on the diagnosis and treatment of dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 16(8), 1182-1195. <https://doi.org/10.1002/alz.12105>
- Johansson, G., Eklund, K., & Gosman-Hedström, G. (2010). Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community : A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(2), 101-116. <https://doi.org/10.3109/11038120902978096>
- Joling, K. J., van Marwijk, H. W. J., Veldhuijzen, A. E., van der Horst, H. E., Scheltens, P., Smit, F., & van Hout, H. P. J. (2015). The two-year incidence of depression and anxiety disorders in spousal caregivers of persons with dementia : Who is at the greatest risk? *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 23(3), 293-303. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.05.005>
- King, A., Ringel, J. B., Safford, M. M., Riffin, C., Adelman, R., Roth, D. L., & Sterling, M. R. (2021). Association Between Caregiver Strain and Self-Care Among Caregivers With Diabetes. *JAMA Network Open*, 4(2), e2036676. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36676>
- La Société Alzheimer de Québec. (2021). *Statistiques*. <https://societealzheimerdequebec.com/>
- Lacas, A., & Rockwood, K. (2012). Frailty in primary care : A review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Medicine*, 10(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-4>
- Lavoie, M. B. (2018). Comparaison de la détresse des proches aidantes d'un aîné atteint d'Alzheimer en cours d'accompagnement [Thèse de doctorat en psychologie, Université Laval], 219 p.
- Lee, L., Heckman, G., & Molnar, F. J. (2015). La fragilité : Détecter les patients âgés à risque élevé d'issues défavorables. *Canadian Family Physician*, 61(3), e119-e124.
- Lee, S., Colditz, G. A., Berkman, L. F., & Kawachi, I. (2003). Caregiving and risk of coronary heart disease in U.S. women : A prospective study. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(2), 113-119. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(02\)00582-2](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00582-2)
- Legg, L., Weir, C. J., Langhorne, P., Smith, L. N., & Stott, D. J. (2013). Is informal caregiving independently associated with poor health? A population-based study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(1), 95-97. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-201652>
- Leng, M., Zhao, Y., & Wang, Z. (2020). Comparative efficacy of non-pharmacological interventions on agitation in people with dementia: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103489. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103489>
- Li, C.-M., Chen, C.-Y., Li, C.-Y., Wang, W.-D., & Wu, S.-C. (2010). The effectiveness of a comprehensive geriatric assessment intervention program for frailty in community-dwelling older people : A randomized, controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, Suppl 1, S39-42. [https://doi.org/10.1016/S0167-4943\(10\)70011-X](https://doi.org/10.1016/S0167-4943(10)70011-X)

- Lortie, M. (2009). La contribution des proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie à la coordination et à la continuité des services [mémoire de maîtrise en service social, Université de Sherbrooke], 206 p. <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/2604>
- Lu, N., Liu, J., & Lou, V. W. Q. (2015). Caring for frail elders with musculoskeletal conditions and family caregivers' subjective well-being : The role of multidimensional caregiver burden. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(3), 411-418. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.07.002>
- Macdonald, S. H.-F., Travers, J., Shé, É. N., Bailey, J., Romero-Ortuno, R., Keyes, M., O'Shea, D., & Cooney, M. T. (2020). Primary care interventions to address physical frailty among community-dwelling adults aged 60 years or older : A meta-analysis. *PLoS ONE*, 15(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228821>
- Massias-Elies, J. (2017). Étude du fardeau des aidants chez les patients âgés atteints de cancer ou de démence. [Thèse en médecine humaine et pathologie, Université Paris descartes], 51 p.
- McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Teri, L., & Vitiello, M. V. (2007). Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia : Contributing factors and treatment implications. *Sleep medicine reviews*, 11(2), 143-153. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2006.09.002>
- McNeil, H., Elliott, J., Huson, K., Ashbourne, J., Heckman, G., Walker, J., & Stolee, P. (2016). Engaging older adults in healthcare research and planning : A realist synthesis. *Research Involvement and Engagement*, 2(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40900-016-0022-2>
- Mitchell, S. L., Black, B. S., Ersek, M., Hanson, L. C., Miller, S. C., Sachs, G. A., Teno, J. M., & Morrison, R. S. (2012). Advanced Dementia : State of the Art and Priorities for the Next Decade. *Annals of Internal Medicine*, 156(1_Part_1), 45-51. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-156-1-201201030-00008>
- Mosher, C. E., Bakas, T., & Champion, V. L. (2013). Physical health, mental health, and life changes among family caregivers of patients with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), 53-61. <https://doi.org/10.1188/13.ONF.53-61>
- MSSS. (2014a). *Clinique de mémoire : Les paramètres organisationnels*. La Direction des communications du MSSS. Gouvernement du Québec, 34 p. <https://www.deslibris.ca/ID/245801>
- MSSS. (2014b). *Équipe ambulatoire : Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : les paramètres organisationnels*. La Direction des communications du MSSS. Gouvernement du Québec, 33 p. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2428459>
- MSSS, & Institut de la statistique du Québec. (2020). *Estimations et projections de population par territoire sociosanitaire*. Gouvernement du Québec, no^o EstimProjComp-ISQ. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001617/>
- MSSS. (2004). *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : document principal*. Gouvernement du Québec, 81 p.
- MSSS. (2017). *Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*. Gouvernement du Québec, 84 p.
- MSSS. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*, Gouvernement du Québec, 46 p. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3452391>
- MSSS. (2021). *Politique nationale pour les personnes proches aidantes (PPA) – Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement*. Gouvernement du Québec, 84 p.
- Murphy, R. P., Dennehy, K. A., Costello, M. M., Murphy, E. P., Judge, C. S., O'Donnell, M. J., & Canavan, M. D. (2020). Virtual geriatric clinics and the COVID-19 catalyst : A rapid review. *Age and Ageing*, 49(6), 907-914. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa191>
- Muscedere, J., Andrew, M. K., Bagshaw, S. M., Estabrooks, C., Hogan, D., Holroyd-Leduc, J., Howlett, S., Lahey, W., Maxwell, C., McNally, M., Moorhouse, P., Rockwood, K., Rolfson, D., Sinha, S., Tholl, B., & for the Canadian Frailty Network (CFN). (2016). Screening for Frailty in Canada's Health Care System : A Time for Action. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 35(3), 281-297. <https://doi.org/10.1017/S0714980816000301>

- Ng, T. P., Feng, L., Nyunt, M. S. Z., Feng, L., Niti, M., Tan, B. Y., Chan, G., Khoo, S. A., Chan, S. M., Yap, P., & Yap, K. B. (2015). Nutritional, Physical, Cognitive, and Combination Interventions and Frailty Reversal Among Older Adults : A Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Medicine*, 128(11), 1225-1236.e1. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.017>
- Novais, T. (2018). Fardeau des aidants de patients atteints de troubles neurocognitifs : Perspectives de prise en soins psychosociale et pharmaceutique [Thèse de doctorat en Santé publique et épidémiologie, Université de Lyon], 262 p.
- Office québécoise de la langue française. (2012). *Fiche terminologique : Autonomisation*. http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=1298948
- OMS. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Éditions de l'OMS, Genève, 296 p. <https://www.fhf.fr/Europe-International/L-actualite-des-institutions-internationales/RAPPORT-MONDIAL-SUR-LE-VIEILLISSEMENT-ET-LA-SANTE>
- OPPQ. (2021). *Corridor de services*. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. <https://oppq.qc.ca/faq/corridors-service/#!/16699>
- Pelletier, C., & Mandza, M. (2019). *Consultations sur l'état des services offerts aux proches aidants d'âinés de la Montérégie*. Avec la collaboration de L'Appui Montérégie et le Centre collégial d'expertise en gérontologie, 259 p.
- Poulin, C. (2011). *Les besoins et les difficultés des proches aidants de personnes âgées atteintes d'Alzheimer demeurant à domicile* [Mémoire de maîtrise en service social, Université Laval], 116 p.
- Prasad, S., Dunn, W., Hillier, L. M., McAiney, C. A., Warren, R., & Rutherford, P. (2014). Rural Geriatric Glue : A Nurse Practitioner–Led Model of Care for Enhancing Primary Care for Frail Older Adults within an Ecosystem Approach. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(9), 1772-1780. <https://doi.org/10.1111/jgs.12982>
- Presley, C. J., Krok-Schoen, J. L., Wall, S. A., Noonan, A. M., Jones, D. C., Folefac, E., Williams, N., Overcash, J., & Rosko, A. E. (2020). Implementing a multidisciplinary approach for older adults with Cancer : Geriatric oncology in practice. *BMC Geriatrics*, 20(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01625-5>
- Recherche Canada. (2020). *La fragilité chez les personnes âgées au Canada – Research Canada*. <https://rc-rc.ca/fr/hrc-frailty-among-aged-canada/>
- Rha, S. Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E., & Lee, J. (2015). Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients : The relationship and correlates. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 19(4), 376-382. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.01.004>
- Richardson, T. J., Lee, S. J., Berg-Weger, M., & Grossberg, G. T. (2013). Caregiver health : Health of caregivers of Alzheimer's and other dementia patients. *Current Psychiatry Reports*, 15(7), 367. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0367-2>
- RUSHGQ. (2020). *Les cliniques externes spécialisées de gériatrie : Recommandations sur la dotation en ressources humaines*. Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie, Québec, 39 p.
- Scales, K., Zimmerman, S., & Miller, S. J. (2018). Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S88-S102. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx167>
- Sirois, C. (2014). La polypharmacie. *Québec Pharmacie*, les pages bleues, 29-38.
- Somme, D., Trouve, H., Dramé, M., Gagnon, D., Couturier, Y., & Saint-Jean, O. (2012). Analysis of case management programs for patients with dementia : A systematic review. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 8(5), 426-436. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.06.004>
- Sourdet, S. (2016). Dépistage de la fragilité et prévention de la dépendance. Dans *Gérontologie préventive : Éléments de prévention du vieillissement pathologique* (3e éd., p. 337-356). Elsevier Masson.

- Stenberg, U., Ruland, C. M., & Miaskowski, C. (2010). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-Oncology*, 19(10), 1013-1025. <https://doi.org/10.1002/pon.1670>
- Stoop, A., Lette, M., van Gils, P. F., Nijpels, G., Baan, C. A., & de Bruin, S. R. (2019). Comprehensive geriatric assessments in integrated care programs for older people living at home : A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 27(5), e549-e566. <https://doi.org/10.1111/hsc.12793>
- Straus, S. E., Glasziou, P., Richardson, W. S., & Haynes, R. B. (2018). Appendix 1 Glossary. Dans *Evidence-Based Medicine E-Book : How to Practice and Teach EBM* (5^e éd.). Elsevier.
- Tessier, A., Beaulieu, M.-D., Latulippe, R., & McGinn, C. A. (2015). *L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*. INESSS, 77 p. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2457521>
- Thomas, P., Hazif Thomas, C., Pareault, M., Vieban, F., & Clément, J. P. (2010). Troubles du sommeil chez les aidants à domicile de patients atteints de démence. *Encephale*, 36(2), 159-165.
- Travers, J., Romero-Ortuno, R., Bailey, J., & Cooney, M.-T. (2019). Delaying and reversing frailty : A systematic review of primary care interventions. *British Journal of General Practice*, 69(678), e61-e69. <https://doi.org/10.3399/bjgp18X700241>
- Tremblay, G., Pellerin, M.-A., Asselin, G., Coulombe, M. & Rhainds, M. (2016). *L'approche gériatrique globale pour une clientèle d'ânés fragilisés hospitalisés*. UETMIS du CHU de Québec – Université Laval, 56 p. https://www.chudequebec.ca/getmedia/afa697b8-c22d-4830-96d1-04c2bda7892e/rap_04_16_approche_geriatrique_glob_VF.aspx
- Trivalle, C. (2016). La gérontologie préventive : Pourquoi, pour qui et comment ? Dans *Gérontologie préventive : Éléments de prévention du vieillissement pathologique* (3^e éd., p. 3-22). Elsevier Masson.
- Tsai, C.-F., Hwang, W.-S., Lee, J.-J., Wang, W.-F., Huang, L.-C., Huang, L.-K., Lee, W.-J., Sung, P.-S., Liu, Y.-C., Hsu, C.-C., & Fuh, J.-L. (2021). Predictors of caregiver burden in aged caregivers of demented older patients. *BMC Geriatrics*, 21(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02007-1>
- Turner, G., & Clegg, A. (2014). Best practice guidelines for the management of frailty : A British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age and Ageing*, 43(6), 744-747. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu138>
- Ward, K. T., & Reuben, D. B. (2020). *Comprehensive geriatric assessment*. UptoDate. <https://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment#H17>
- Whiteman, A. R., Dhesi, J. K., & Walker, D. (2016). The high-risk surgical patient : A role for a multi-disciplinary team approach? *British Journal of Anaesthesia*, 116(3), 311-314. <https://doi.org/10.1093/bja/aev355>
- Whitlatch, C. J., & Orsulic-Jeras, S. (2018). Meeting the Informational, Educational, and Psychosocial Support Needs of Persons Living With Dementia and Their Family Caregivers. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S58-S73. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx162>

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Annick Vallières, agente de planification, de programmation et de recherche, DSMREU	2022-02-25
Révisé par	Émilie Vézina-Poirier, agente administrative, DSMREU	2022-03-07
Personnes consultées	Comité consultatif	2021-11-19
	Comité des usagers du centre intégré (CUCI)	2021-12-02
	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII)	2021-12-09
	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM)	2022-01-01
	Conseil des médecins, dentistes et des pharmaciens (CMDP)	2022-02-15
	Comité de travail	2022-02-24
	Comité tactique	2022-02-24

Historique du document		
CONCERNANT PLUS D'UNE DIRECTION		
Approuvé par	Le Comité de coordination clinique	Date 2022-03-15
Commentaires	N/A	

ANNEXE A
Modèle logique du programme

Programme des services ambulatoires spécialisés en gériatrie (SASG)					
Clientèle cible	Les personnes présentant un syndrome gériatrique dont la condition est complexe et nécessitant une expertise gériatrique spécialisée ainsi que leurs proches.				
But	Le but de ce programme est d'améliorer la qualité de vie des usagers, incluant leurs proches, vivant des situations complexes ou atypiques reliées au vieillissement et nécessitant une expertise gériatrique spécialisée.				
Objectifs généraux	1) Soutenir la première ligne et les services spécifiques par des services spécialisés d'évaluation diagnostique, d'investigation et de traitement des cas complexes gériatriques, notamment par l'émission de recommandations.		2) Assurer un continuum de soins fluide entre les différents acteurs du réseau impliqués dans le dossier d'un usager âgé ayant des besoins complexes.	3) Procurer aux partenaires internes, externes et aux PPA l'information et les consultations requises en assurant une continuité et une complémentarité dans le cadre de la prestation de soins et de services.	4) Soutenir les usagers, les personnes proches aidantes, les partenaires internes et externes par une équipe de pointe.
	1) Prolonger le maintien de l'usager dans son milieu de vie.	2) Optimiser l'autonomie fonctionnelle de l'usager.	3) Réduire et/ou prévenir les impacts des syndromes gériatriques complexes.	4) Diminuer le fardeau des personnes proches aidantes.	5) Former et outiller les intervenants des services spécifiques et les médecins de famille.
Théorie	Approche adaptée à la personne âgée		Approche gériatrique globale		Approche d'autonomisation
	Moyens	- Favoriser la collaboration pour une meilleure complémentarité et continuité dans la trajectoire de soins et de services. - Offrir un volet d'enseignement. - Offrir du soutien aux personnes proches aidantes. - Assurer l'accès aux ressources pour les intervenants concernés.			
Activités	1) Enseignement et soutien offert sur les interventions recommandées à l'équipe traitante et/ou aux personnes proches aidantes.		2) Activités d'évaluation et de diagnostic.	3) Diverses interventions à visée éducative : mentorat, coaching clinique, formations, ateliers, conférences, etc.	4) Interventions à court terme avec accompagnement des intervenants des services spécifiques et des médecins de famille.
Processus clinique	1. Accueil, analyse sommaire et priorisation		2. Évaluation(s) et analyse	3. Élaboration du rapport synthèse ou du PI	4. Suivi clinique, relance et ajustements du PI au besoin
					5. Fin de l'épisode de services
Résultats attendus	Effets	- Les médecins de famille et les intervenants des services spécifiques se sentent outillés. - Les diagnostics sont précis. - Les usagers et leurs proches sont satisfaits. - Les interventions auprès de la clientèle cible sont adéquates. - La polypharmacie a diminué chez les usagers du programme. - Le taux d'hébergement précoce a diminué chez les usagers du programme. - La fréquence des hospitalisations en soins aigus a diminué chez les usagers du programme.			

ANNEXE B

Manifestations cliniques les plus fréquentes des SCPD

Affectifs et émotionnels		Comportementaux	
• Anxiété • Apathie • Perturbations émotionnelles • Trouble de l'humeur : – Dépression – Euphorie – Irritabilité – Labilité affective – Manie		• Agitation • Agressivité physique • Agressivité verbale • Comportements socialement inappropriés : – Cris répétitifs – Désinhibition sexuelle – Désinhibition verbale • Comportements moteurs aberrants • Errance • Oralité • Rituels d'accumulation	
Psychotiques		Troubles des conduites élémentaires	
• Hallucinations • Idées délirantes • Troubles perceptifs		• Conduites régressives • Comportements alimentaires inappropriés • Comportements relatifs à l'élimination ou l'habillement inappropriés • Résistance aux soins • Problèmes de sommeil : – Errance nocturne – Inversion du cycle éveil-sommeil – Syndrome crépusculaire	

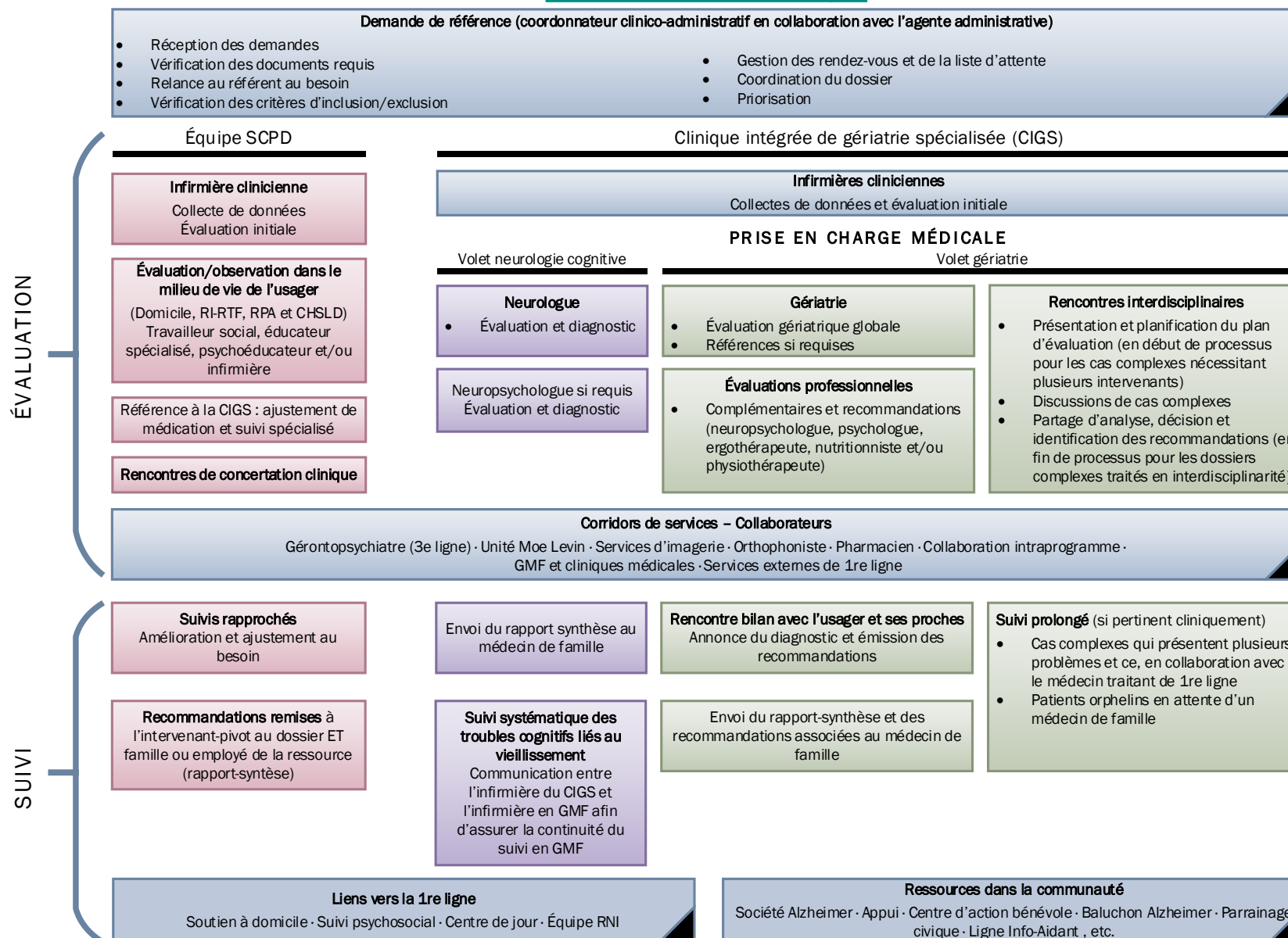


Tableau synthèse pour statuer de l'acceptabilité d'une demande de référence selon le volet d'expertise

Documents obligatoires	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
CIGS - Gériatrie		
- Profil pharmacologique (-3 mois) - Bilan paraclinique (-6 mois) : FSC, créatinine, glycémie/HbA1c, TSH, vitamine B12, électrolytes (Na, K), calcémie - Historique de santé et diagnostics - Notes médicales pertinentes - Test d'évaluation cognitive (-6 mois) MMSE ou MoCA, si pertinent <u>Si disponibles</u> - Électrocardiogramme (ECG) (- 12 mois) - Rapport d'imagerie cérébrale (- 12 mois) - Rapports d'évaluation complémentaire : Ergothérapie, Neuropsychologie, Travail social, etc.	- Présence d'un problème de santé complexe ou atypique dont le caractère est imprécis et, pour lequel les médecins de première ou de deuxième ligne ont besoin de soutien - Usager âgé de 65 ans et plus présentant un syndrome gériatrique complexe - Usager connu des services de 1re ligne	- Usager âgé de moins de 65 ans - Usager ne réside pas sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest ^[1] - Milieu de vie (CHSLD) - Usager hospitalisé (ne sera pas vu avant son retour à domicile) - Condition de santé physique ou mentale nécessitant une hospitalisation ou une prise en charge aiguë - Usager ayant un statut de soins palliatifs ou de fin de vie - Problématique psychiatrique primaire prépondérante au plan clinique, sans prise en charge psychiatrique [2] - Diagnostic de déficience intellectuelle en l'absence de problématique liée au vieillissement - Traumatisme crânio-cérébral en l'absence de problématique liée au vieillissement - Problème actif d'alcoolisme ou de toxicomanie - Usager qui nécessite uniquement une expertise légale en lien avec la CNESST ou assurances - Uniquement un besoin d'évaluation de la sécurité à domicile ^[3]
CIGS – Neurologie cognitive		
- Profil pharmacologique (-3 mois) - Bilan paraclinique (-6 mois) : FSC, créatinine, glycémie, TSH, vitamine B12, électrolytes (Na, K), calcémie - Tests d'évaluation cognitive (-6 mois) MMSE ou MoCA, horloge - Si disponibles - Électrocardiogramme (ECG) (- 12 mois) - Rapport d'imagerie cérébrale (- 12 mois)	Présence ou hypothèse de TNC pouvant être relié à un processus dégénératif	- Usager ne réside pas sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest ^[1] - Usager hospitalisé (ne sera pas vu avant son retour à domicile) - Condition de santé physique ou mentale nécessitant une hospitalisation ou une prise en charge aiguë - Usager ayant un statut de soins palliatifs ou de fin de vie - Problématique psychiatrique primaire prépondérante au plan clinique, sans prise en charge psychiatrique [2]

Documents obligatoires	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Collecte de données/Rapport d'évaluation Évaluation initiale de l'inf. de première ligne, Évaluation inf. des troubles mentaux, Évaluation usager et proche-aidant ou OEMC		- Diagnostic de déficience intellectuelle en l'absence de problématique liée au vieillissement - Traumatisme crânio-cérébral en l'absence de problématique liée au vieillissement - Problème actif d'alcoolisme ou de toxicomanie - Usager qui nécessite uniquement une expertise légale en lien avec la CNESST ou assurances - Uniquement un besoin d'évaluation de la sécurité à domicile[3]
SCPD		
- Profil pharmacologique (-3 mois) - Plan d'intervention actif ou description des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques tentées et leur efficacité - Bilan sanguins, analyse culture d'urine - Rapports de consultation médicale <u>Si disponibles</u> - Tests d'évaluation cognitive (-6 mois) MMSE ou MoCA, horloge - Histoire de vie	- Diagnostic de TNC - Présence de SCPD complexe ou persistant associé à un TNCM, et ce malgré l'application d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques de première intention - Intervenant-pivot impliqué dans le dossier de l'usager	- Usager ne réside pas sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest ^[1] - Usager hospitalisé - Condition de santé physique ou mentale nécessitant une hospitalisation ou une prise en charge aiguë - Usager ayant un statut de soins palliatifs ou de fin de vie - Profil de santé mentale instable en l'absence de problématique liée au vieillissement [2] - Diagnostic de déficience intellectuelle en l'absence de problématique liée au vieillissement - Traumatisme crânio-cérébral en l'absence de problématique liée au vieillissement - Problème actif d'alcoolisme ou de toxicomanie - Usager qui nécessite uniquement une expertise légale en lien avec la CNESST ou assurances - Uniquement un besoin d'évaluation de la sécurité à domicile ^[3]

[1] Dans le cas où l'usager ne demeure pas sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest, il est de préférence orienté vers un service équivalent sur son territoire. Si un tel service n'existe pas ou si l'aîné refuse cette réorientation, les services lui seront offerts par le programme sur un mode ambulatoire seulement. Aucune visite à domicile ne sera possible.

[2] Envisager un suivi conjoint avec la DPSMD lorsque possible.

[3] Référence pour soutien à domicile (référer au CLSC).

Veuillez noter que le jugement clinique prévaut toujours lors de l'analyse de la demande.

À titre indicatif, dans le cadre d'interventions auprès de personnes atteintes de TNCM et/ou ayant des SCPD, les stratégies d'intervention privilégiées et qui ont montré leur efficacité sont principalement les suivantes:

Stratégies d'intervention de base (Fleury et al., 2014; CISSS de la Montérégie-Ouest, DSIEU, 2019)

- **Recadrage** consiste à analyser la situation sous un nouvel angle en se demandant si le SCPD entraîne un risque pour la personne ou pour autrui. Si le comportement n'engendre pas de détresse ni de dangerosité pour la personne ou pour autrui, le professionnel travaille sur la perception et le malaise qu'engendre le SCPD chez les proches et les partenaires impliqués.
- **Validation affective** reconnaît les émotions et le vécu de la personne pour lui permettre de les exprimer plutôt que tenter de l'orienter dans la réalité.
- *Exemple* : Si la personne s'ennuie de sa mère, ne pas rappeler son décès, mais la faire parler de sujets positifs associés à sa mère.
- **Diversion** consiste à détourner et centrer l'attention sur une chose significative et positive.
Exemples :
 - À partir de l'histoire biographique, choisir un sujet, un souvenir ou une activité significative, un chant, une prière qui intéresse l'usager.
- **Stratégie décisionnelle** vise à donner l'opportunité de prendre des décisions et de faire des choix.
Exemples :
 - Demander la permission avant de faire un soin ou une intervention.
 - Lui proposer l'option entre deux vêtements ou objets.
 - Lui demander si c'est le bon moment pour réaliser un soin, etc.
- **Adaptation de l'environnement physique et social** en tenant compte des troubles cognitifs et physiques ainsi que du niveau de stimulation dans l'objectif d'éviter la sur ou sous-stimulation.
Exemples :
 - Adaptation des stimuli de l'environnement (luminosité, contrôle des bruits, mettre de la musique pendant les soins);
 - Éclairage suffisant et naturel pour diminuer le syndrome crépusculaire;
 - Modification ou camouflage des éléments suscitant des SCPD (ex. : portes de sortie);
 - Ambiance sereine, stable, rassurante et familière;
 - Diminution des bruits et discussions; musique douce et connue;
 - Diminution du « va-et-vient »;
 - Reproduction du milieu de vie « naturel » et personnaliser l'environnement;
 - Création d'un micromilieu dans le milieu de vie en rassemblant des personnes avec des profils semblables pour mieux répondre aux besoins, etc.
- **Toucher affectif** vise à communiquer, par le toucher, du réconfort et de la tendresse.
Exemples :
 - Offrir un toucher doux, chaleureux et apaisant.
 - Faire un massage des mains (de préférence avec une crème).
 - Une odeur agréable peut favoriser la détente (ex. : crème parfumée à la lavande), etc.
- **Écoute active adaptée** consiste à présenter un intérêt aux propos de la personne qui a de la difficulté à s'exprimer et lui donner une rétroaction inconditionnellement positive.
Exemple : Permettre à la personne de vivre une conversation (le contenu est secondaire). Laissez-la parler, manifester de l'intérêt et l'encourager.

- **Examen de la personnalité prémorbide et l'histoire biographique** sont utilisés pour personnaliser les interventions, activités et discussions.
Exemples : Recueillir, auprès de la personne ou de ses proches, de l'information, des souvenirs, des photos et des objets significatifs ayant marqué les périodes de vie de la personne.

Stratégies d'intervention non pharmacologiques

Plusieurs autres stratégies d'intervention non pharmacologiques ont montré des effets positifs (Camisuli et al., 2016; de Oliveira et al., 2015; Leng, Zhao & Wang, 2020; Scales et al., 2018), telles que des interventions sensorielles (par exemple, aromathérapie, massage, stimulation multisensorielle et la luminothérapie (Forbes et al., 2014)), des thérapies récréatives (par exemple, thérapie musicale (Gómez-Romero et al., 2017), activités significatives), des activités structurées, des activités physiques (Fleiner et al., 2017), des contacts sociaux (par exemple, zoothérapie), des thérapies cognitives, thérapie de réminiscence (Cotelli et al., 2012), etc. Les stratégies d'interventions peuvent offrir une routine et des activités qui sont adaptées en fonction du profil de l'usager et de son histoire biographique.

Approches pharmacologiques

Bien que les stratégies d'intervention non pharmacologiques soient favorisées (Austrom et al., 2018), lorsque les SCPD deviennent sérieux et mettent en péril la sécurité de la personne ou de l'entourage, ou en présence d'une souffrance clinique incontrôlable chez l'usager aîné, l'usage d'une médication pourrait être requis.

Il existe un large éventail d'outils et d'instruments pouvant soutenir l'évaluation d'un usager aîné. Certains sont validés, standardisés et nécessitent une formation pour être utilisés. D'autres, tout aussi utiles, ne sont pas validés et ne requiert aucune formation. C'est le cas des grilles d'observation par exemple.

Il relève du jugement clinique de chaque professionnel impliqué au dossier de l'utilisateur ainsi que du respect des obligations des différents ordres professionnels de déterminer quelle évaluation est prioritaire.

À titre d'exemple, voici une liste non exhaustive des outils pouvant être utiles auprès de la clientèle cible du programme :

Repérage cognitif :

- Examen de Folstein sur l'état mental (AH-107)
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (CLI-60168, CLI-60169, CLI-60170)
- Test de l'horloge (Rouleau et al.) (CLI-60129)
- Trail Making
- Test de fluence verbale
- Mini-Cog
- 5 mots de Dubois

Évaluation du délirium :

- Outil de dépistage du délirium CAM (Confusion Assessment Method)
- Test d'évaluation du délirium et des troubles cognitifs (4AT) (CLI-60128)

Évaluation de la douleur :

- Échelle de douleur PACSLAC-F5 ou PACSLAC-II-F (version courte)
- Échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne adulte ayant de la difficulté à communiquer DOLOPLUS - 2
- Échelle comportementale d'évaluation de la douleur pour la personne âgée (ECPA)

Évaluation du fardeau de la personne proche aidante :

- Échelle de Zarit ou inventaire du fardeau du proche aidant (CLI-60165)

Évaluation des SCPD :

- Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (CLI-60166)
- NPI – R (Inventaire Neuropsychiatrique – Réduit)
- Évaluation des SCPD (CLI-60212)
- Nursing Home Behavior Problem Scale (NHBPS), version française
- Grille d'observations des comportements perturbateurs

Évaluation de l'aptitude et des capacités fonctionnelles :

- Grille d'évaluation multidisciplinaire de l'aptitude (GEMA)
- Questionnaire sur les activités fonctionnelles (QAF) (CLI-60167)
- Questionnaire sur les habitudes d'hygiène antérieures
- Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile
- Questionnaire d'évaluation de la capacité à effectuer un testament (QÉCET)
- Échelle d'évaluation de l'équilibre de Berg

Évaluation de l'humeur :

- Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9)
- Échelle de dépression gériatrique - Version courte (CLI-60131)
- Échelle de dépression de Cornell
- Repérage du risque suicidaire (CLI-60436)

Évaluation du profil nutritionnel :

- Dépistage de la dénutrition Mini Nutritional Assessment (MNA) (CLI-60175)

Autres outils ou instruments pertinents :

- Critères de Beers : médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées (American Geriatrics Society, 2019)
- Suivi des antipsychotiques (IUGM)
- Histoire biographique
- Outil Signes AINÉES
- Outil de gestion des risques
- Différents aide-mémoires cliniques : Gestion de l'agitation/TNCM (disponible sur Intranet)

Évaluation de la fragilité :

- Score de fragilité clinique de Rockwood
- 5 Critères de fragilité de Fried issus de la Cardiovascular Health Study

Évaluation oncogériatrique :

- CRASH Score
- Chemo-Toxicity Calculator of the CARG
- VES-13

Il faut noter qu'aucun outil ou instrument de mesure ne permet à lui seul, de compléter une évaluation. Le jugement clinique de l'intervenant est essentiel afin d'interpréter adéquatement les données recueillies et de communiquer les conclusions de l'évaluation au référent, à l'utilisateur et ses proches.

Avant d'utiliser un outil de dépistage ou d'évaluation, il est important de considérer les éléments suivants (Boily & Bourque, 2011) :

- La pertinence, la nécessité et la faisabilité de l'outil considérant la situation de l'utilisateur aîné
- La qualité psychométrique de l'outil, soit sa validité, sa fiabilité, sa sensibilité et sa spécificité
- Les compétences nécessaires à l'utilisation de l'outil et à l'interprétation de ces données
- L'impact de l'utilisation de l'outil sur l'utilisateur
- Le respect des obligations des différents ordres professionnels et des activités réservées.

ANNEXE G
Devis d'évaluation et d'implantation

PROGRAMME/INTERVENTION	Programme des services ambulatoires spécialisés de gériatrie
CLIENTÈLE	La clientèle cible du programme inclut les personnes présentant un syndrome gériatrique dont la condition est complexe et nécessite une expertise gériatrique spécialisée, ainsi que leurs proches.
MEMBRES DU COMITÉ D'IMPLANTATION	- Annick Chaloux, Coordinatrice RI-RTF-RPA et services ambulatoires spécialisés de gériatrie, DSSADG - Karina Lalonde/Myriam Bureau, Chef de programme des services ambulatoires spécialisés de gériatrie, DSSADG - Annick Vallières, APPR, DSMREU
MANDAT D'ÉVALUATION	Évaluer l'implantation (appropriation)
MOMENT PRÉVU DE L'ÉVALUATION COMPLÈTE	Printemps 2023
UTILISATEURS DES RÉSULTATS	Coordinatrice et chef de programme, personnel œuvrant au sein du programme

QUESTION(S) ET SOUS-QUESTION(S) D'ÉVALUATION	INDICATEURS ET CRITÈRES	MÉTHODOLOGIE		
		INSTRUMENTS DE COLLECTE	FRÉQUENCE - MOMENTS DE LA COLLECTE	ÉCHANTILLONNAGE POPULATION CIBLÉE
Dans quelle mesure le plan d'implantation a été complété ?	- Nombre d'étapes complétées - Respect des échéanciers - Pourcentage d'actions réalisées - Nombre d'activités d'appropriation - Qualité de la formation dans les activités d'appropriation - Niveau de connaissance - Satisfaction des intervenants	- Liste de présence - Questionnaire d'évaluation des activités d'appropriation (niveau de connaissance pré et post activité, niveau de satisfaction) - Audits de dossier pour retrouver des éléments décrits au programme (à définir)	Après chaque activité d'appropriation et de formation Évaluation complète	Tous les intervenants et gestionnaires travaillant au programme
Quel est l'impact de l'implantation du programme sur les employés, référents, usagers et leurs proches ?	- Perception des employés et gestionnaires - Perception des référents et autres partenaires - Perception des usagers et leurs proches	- Questionnaires et/ou - Rétroaction avec groupes de discussion ("focus group") (à déterminer)	Évaluation mi-parcours	- Tous les intervenants et gestionnaires travaillant au programme - Tous les référents et autres partenaires de la dernière année - Tous les usagers et leurs proches ayant eu recours aux services du programme dans la dernière année

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest**

Québec

