

# Un continuum de soins pour la personne âgée avec troubles cognitifs : comment l'hôpital et les CSSS peuvent-ils mieux collaborer?

## **Céline Chayer, M.D., neurologue, F.R.C.P.C.**

Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
5415, boul. l'Assomption  
Montréal (Québec) H1T 2M4  
Téléphone : 514 252-3400, poste 3528  
Courriel : [celine.chayer@sympatico.ca](mailto:celine.chayer@sympatico.ca)

### **NOTES BIOGRAPHIQUES**

Céline Chayer est neurologue spécialisée dans le suivi des maladies affectant la cognition et le comportement. Diplômée de l'Université de Montréal, elle a effectué sa formation complémentaire au Baycrest Centre for Geriatric Care à l'Université de Toronto. Elle est présentement professeure adjointe de clinique à l'Université de Montréal, neurologue à la clinique de la mémoire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à la clinique de cognition de l'IUGM et à l'Unité des troubles du mouvement André-Barbeau du CHUM.

## **Pierre Pépin, travailleur social**

Directeur des services pour personnes en perte d'autonomie  
CSSS Lucille-Teasdale, installation CLSC de Rosemont  
3311, boul. St-Joseph Est  
Montréal (Québec) H1X 1W3  
Téléphone : 514 524-3544 poste, 3108  
Courriel : [pierre.pepin.lteas@ssss.gouv.qc.ca](mailto:pierre.pepin.lteas@ssss.gouv.qc.ca)

### **Notes Biographiques**

Pierre Pépin est directeur des services pour personnes en perte d'autonomie au CSSS Lucille-Teasdale depuis sa création en avril 2005. Auparavant il a été directeur des services à domicile au CLSC de Rosemont, chef de programme aux services pour personnes adultes et âgées au Centre des services sociaux du Montréal métropolitain, gestionnaire des

mécanismes d'accès en déficience intellectuelle, et intervenant clinicien en centre de réadaptation. Sa carrière de 30 ans dans le réseau de la santé et des services sociaux s'est ainsi déroulée auprès des personnes jeunes et âgées en perte d'autonomie. Travailleur social de formation, il est détenteur d'un certificat en gestion du changement de l'École nationale d'administration publique.

## **Monique Tremblay, travailleuse sociale**

CSSS de la Pointe-de-l'Île, installation CLSC Mercier-Est/Anjou  
9503, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H1L 6P2  
Téléphone : 514 365-2574, poste 3929  
Courriel : [monique.tremblay.pdi@ssss.gouv.qc.ca](mailto:monique.tremblay.pdi@ssss.gouv.qc.ca)

### **Notes Biographiques**

Monique Tremblay est travailleuse sociale au soutien à domicile du CSSS de la Pointe-de-l'Île/CLSC Mercier-Est/Anjou depuis plus de 10 ans. Elle est impliquée auprès de la clientèle âgée présentant des pertes cognitives et des démences et de leurs proches aidants. Elle anime également des sessions de groupes d'entraide destinées aux proches, dont la forte majorité des participants s'occupe de personnes atteintes de troubles cognitifs.

**Lorraine Vermette, B. Sc. inf., M.A.  
(andragogie)**

D.E.S.S. en administration de la santé  
Conseillère au développement des continuums de services  
CSSS Lucille-Teasdale  
CSSS de la Pointe-de-l'Île  
Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
5415, boul. l'Assomption  
Montréal (Québec) H1T 2M4  
Téléphone : 514 252 3400, poste 6391  
Courriel : lvermette.hmr@ssss.gouv.qc.ca

**NOTES BIOGRAPHIQUES**

Lorraine Vermette est conseillère cadre au développement des continuums de services pour les CSSS Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île et pour l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Infirmière de formation, elle est détentrice d'une maîtrise en éducation (andragogie) et d'un diplôme d'études supérieures en administration de la santé (option services aux personnes âgées). Toute sa carrière s'est déroulée au sein du réseau de la santé. Elle y a notamment cumulé des fonctions de clinicienne, de cadre intermédiaire et de cadre supérieur, tant en milieux hospitaliers que communautaires. Elle se consacre depuis plusieurs années à la mise en place des réseaux de services intégrés qui constitue, pour elle, une véritable source de défis.

**RÉSUMÉ**

Le suivi de la personne âgée avec troubles cognitifs nécessite l'implication de divers intervenants dans le domaine médical, social, familial et communautaire. Bien que l'évolution habituelle de ces maladies et les besoins fonctionnels qui en résultent soient connus et en grande partie prévisibles, la prise en charge est souvent faite « au cas par cas », et ce, différemment d'un CSSS à l'autre. De plus, tous les intervenants évoluent en vase clos au sein de son milieu (hôpital, CLSC, groupe communautaire, etc.). On assiste donc, entre autres, à une duplication des évaluations, une lenteur d'intervention et une perte de ressources menant à une gestion par catastrophes, plutôt qu'à une réelle prise en charge, ainsi qu'à une perception d'une approche fragmentée et incohérente par le patient et sa famille. Une harmonisation et une standardisation de l'offre de soins par les différents partenaires au sein des CSSS associés à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, selon le niveau d'atteinte fonctionnelle du patient, a donc été l'objectif premier

du continuum de soins et services pour les personnes ayant des troubles cognitifs.

L'élaboration de ce continuum met en évidence la responsabilité des services de première ligne vis-à-vis la population des territoires des CSSS, ainsi que l'importance et la légitimité de la fonction du gestionnaire de cas. Il permet l'intégration clinique des soins et services aux personnes atteintes de démence et identifie une gamme de services, ainsi que des outils d'évaluation et de suivi facilitant le partage d'une vision et de connaissances communes entre les partenaires de première, deuxième et troisième ligne. La normalisation et la standardisation des actions à poser auront pour effet de faire mieux, de faire plus et de communiquer les informations pertinentes entre les professionnels, et ce, dans l'objectif d'assurer une sécurité et une meilleure qualité de vie à l'usager et aux proches aidants.

La responsabilité des gestionnaires dans la mise en place du continuum de soins et services s'inscrit dans l'actualisation du projet clinique élaboré par tous les CSSS. Centré sur un modèle de responsabilité populationnelle et un modèle de gestion de la maladie, l'implantation d'un continuum de soins intégrateur comporte des enjeux de gestion majeurs tant sur le plan stratégique qu'opérationnel. Pour ce faire, toutes les organisations partenaires doivent créer les conditions favorables à l'implantation du continuum, gérer sa performance organisationnelle et gérer les transformations induites par le continuum.

Le cadre conceptuel de Contandriopoulos et ses collaborateurs (2001), servant à définir les différents niveaux et dimensions de l'intégration dans les organisations du système de santé, a été utilisé pour évaluer la disponibilité des organisations sélectionnées par l'implantation du *Continuum de soins et services pour la clientèle ayant des troubles cognitifs*. La réussite du projet collectif, entériné par les trois organisations, exige une intégration des services entre les deux CSSS, les cliniques médicales et l'hôpital de première instance. Cette intégration des soins et des services, au cœur des organisations interdépendantes, ne peut se réaliser sans l'articulation de mécanismes permanents facilitant la collaboration et la concertation de tous les groupes d'acteurs issus de la pratique clinique, de la gestion, des finances et des responsables de la gestion de l'information. Afin d'assurer un niveau de cohérence et de pérennité du continuum, chaque système doit s'intégrer aux autres et être capable de se transformer pour faciliter la collaboration et la coordination des services à cette clientèle vulnérable.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et collab. « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre » *Ruptures*, 8(2) : p.38-52 .

LÉVESQUE, J-F. et collab. « Implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec – Barrières et éléments facilitants », Une étude sur les modèles d'organisation de première ligne et la santé des patients atteints de maladies chroniques, 2007, *Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique et l'Institut national de santé publique du Québec*. [[www.santepub-mtl.qc.ca/publications/](http://www.santepub-mtl.qc.ca/publications/)]

# Un continuum de soins pour la personne âgée avec troubles cognitifs

## Comment l'hôpital et les CSSS peuvent-ils mieux collaborer

Céline Chayer M.D., Neurologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Monique Tremblay Travailleuse sociale, CSSS de la Pointe-de-l'Île

Pierre Pépin Directeur du programme Personne en perte d'autonomie, CSSS Lucille –Teasdale

Lorraine Vermette de B. Sc., inf., M.A. en andragogie, Conseillère au développement des continums services, CSSS Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île et Hôpital Maisonneuve-Rosemont



## Objectifs

- Aborder les troubles cognitifs dans une perspective de continuité, à partir de l'établissement du diagnostic jusqu'au stade terminal de la maladie
- Approfondir nos connaissances actuelles sur les plans scientifique, philosophique, clinique et éthique
- Stimuler l'émergence et l'intégration d'approches novatrices dans notre pratique en soins de longue durée, du domicile au CHSLD



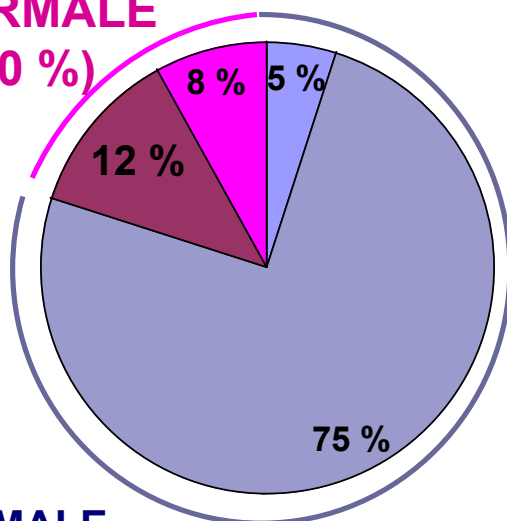
# Pourquoi bâtir un continuum de soins et démarches faites

Céline Chayer M.D.  
Neurologue  
Clinique de la mémoire HMR



## Population âgée de >65 ans

**ANORMALE**  
(20 %)



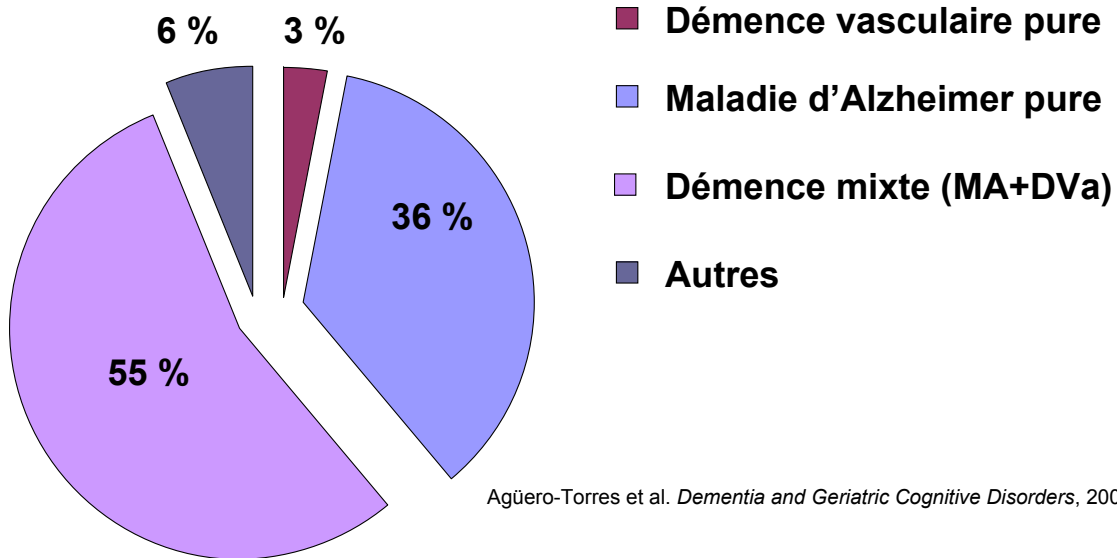
- Supernormal (sans d'clin depuis l'âge de 20 ans)
- Normal (m'moire compatible avec l'âge)
- D'ficit cognitif mineur
- D'vence

**NORMALE**  
(80 %)

Adapté de l'Étude canadienne sur la santé et le vieillissement. CMAJ, 1994.



## Prévalence actuelle Par types de démence

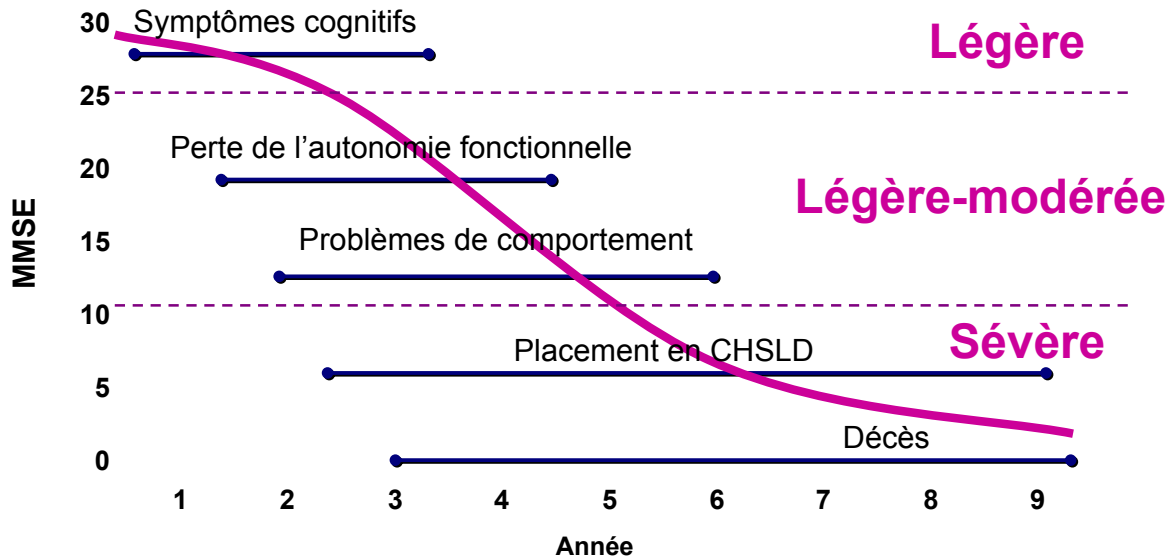


Centre de santé et de services sociaux  
de la Pointe-de-la-Croix

Centre de santé et de services sociaux  
Lafontaine

HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

## Histoire naturelle



Feldman H and Gracon S in: *Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease*.  
1st ed. Martin Dunitz Publ London, England: Taylor & Francis Group; 1998

Centre de santé et de services sociaux  
de la Pointe-de-la-Croix

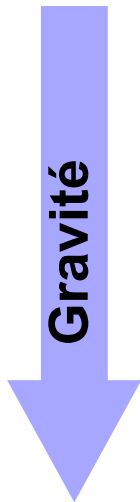
Centre de santé et de services sociaux  
Lafontaine

HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

## Échelle de détérioration globale de la maladie (GDS)

Score à  
l'échelle GDS

Stade



1	Normal, absence de déclin cognitif
2	Très léger déclin cognitif, troubles mnésiques
3	Déficiences cognitives légères
4	Démence légère
5	Démence modérée
6	Démence modérément sévère
7	Démence sévère



Reisberg, B. et al. *Am J Psychiatry*, 1982.

## Échelle FAST (Functional Assessment Staging)

Gravité

1 Adulte normal	Absence de déclin fonctionnel
2 Adulte normal âgé	Conscience de son propre déclin fonctionnel
3 Signes précoces de MA	Déficiences pouvant être observées dans des situations de travail exigeantes
4 MA légère	Aide requise pour l'accomplissement de tâches complexes telles que la gestion des finances, la planification des réceptions et autres
5 MA modérée	Aide requise pour choisir une tenue vestimentaire appropriée, préparation des repas
6 MA modérément sévère	Aide requise pour l'habillement, le bain et la toilette Incontinence urinaire et fécale
7 MA sévère	Perte de la capacité de parler Perte graduelle de la capacité de marcher, de s'asseoir, de sourire et de se tenir la tête.



Reisberg, B. et al. *Psychopharmacol Bull*, 1988.

## Échelle FAST

Gravité

1 Adulte normal	Absence de déclin fonctionnel
2 Adulte normal âgé	Conscience de son propre déclin fonctionnel
3 Signes précoces de MA	Déficiences pouvant être observées dans des situations de travail exigeantes
<b>4 MA légère</b>	<b>Aide requise pour l'accomplissement de tâches complexes telles que la gestion des finances, la planification des réceptions et autres</b>
5 MA modérée	Aide requise pour choisir une tenue vestimentaire appropriée, préparation des repas
6 MA modérément sévère	Aide requise pour l'habillement, le bain et la toilette Incontinence urinaire et fécale
7 MA sévère	Perte de la capacité de parler Perte graduelle de la capacité de marcher, de s'asseoir, de sourire et de se tenir la tête

Centre de santé et de services sociaux  
de la Péninsule de l'Île

Centre de santé et de services sociaux  
Lac Beauport

**HR** Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

## Échelle FAST

Gravité

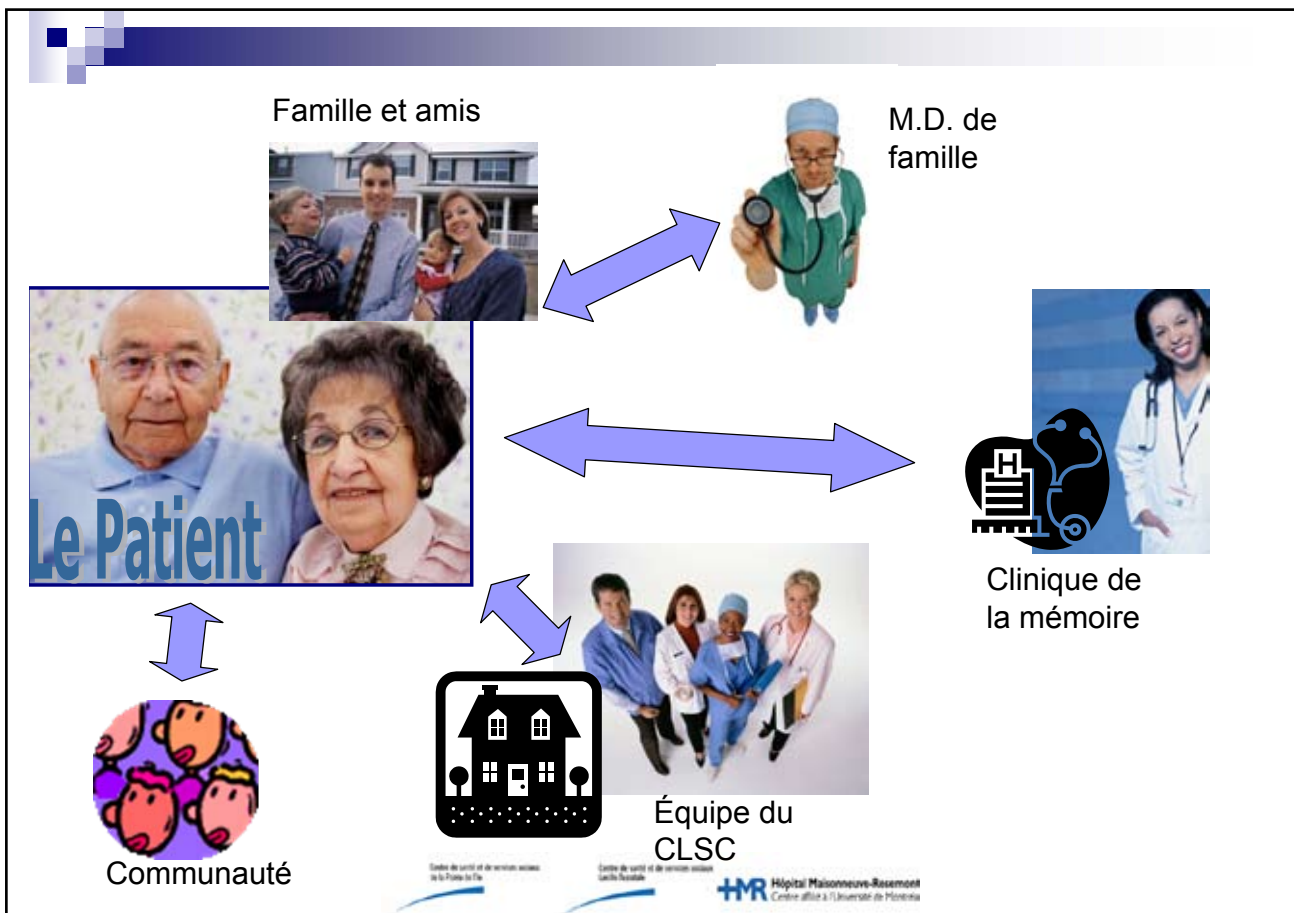
1 Adulte normal	Absence de déclin fonctionnel
2 Adulte normal âgé	Conscience de son propre déclin fonctionnel
3 Signes précoces de MA	Déficiences pouvant être observées dans des situations de travail exigeantes
4 MA légère	Aide requise pour l'accomplissement de tâches complexes telles que la gestion des finances, la planification des réceptions et autres
<b>5 MA modérée</b>	<b>Aide requise pour choisir une tenue vestimentaire appropriée, préparation des repas</b>
<b>6 MA modérément sévère</b>	<b>Aide requise pour l'habillement, le bain et la toilette Incontinence urinaire et fécale</b>
7 MA sévère	Perte de la capacité de parler Perte graduelle de la capacité de marcher, de s'asseoir, de sourire et de se tenir la tête

Centre de santé et de services sociaux  
de la Péninsule de l'Île

Centre de santé et de services sociaux  
Lac Beauport

**HR** Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal





## Alors où est le problème?

- Des ressources, mais mal coordonnées entre elles
  - Fonctionnement « en silo »
  - Absence de communication
  - Méconnaissance des rôles de chacun
  - Prise en charge « à la pièce » et non uniforme
  - Planification inadéquate des besoins en fonction de l'évolution de la maladie

## Quelques conséquences...

- Dédoublage des actions, lenteur d'intervention
  - Le bon geste fait par la mauvaise personne
  - Chacun des intervenants
    - Donne le meilleur de lui-même mais se sent débordé et inefficace
  - Gestion par catastrophe (de crises)
  - Mauvaise planification des ressources
  - Perception par le patient et sa famille d'une approche fragmentée et incohérente
    - ↑ stress des aidants
- ... ↑ des placements en CHSLD, encombrement de l'urgence, etc.

## Comité de concertation

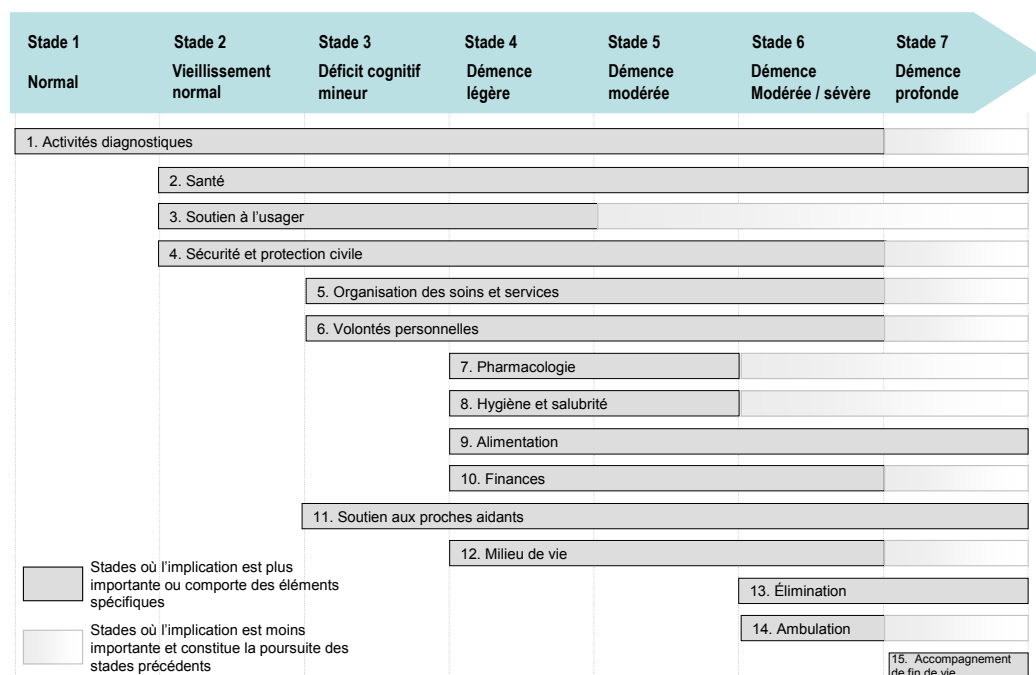
- Regroupant gestionnaire, travailleur social, ergothérapeute, neuropsychologue, infirmière, médecin
- En provenance de
  - L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
  - CLSC des 2 CSSS
  - CHSLD

## Élaboration du continuum de soins

- Modèle de maladie chronique
- Standardisation et normalisation des interventions par les différents acteurs
  - Selon le stade fonctionnel de la maladie



### Illustration des zones d'implication habituelles des différents partenaires au cours du continuum de soins et de services à l'intention des usagers ayant des troubles cognitifs



**Un continuum de soins pour la personne âgée avec troubles cognitifs :  
comment l'hôpital et les CSSS peuvent-ils mieux collaborer?**

Besoins	Cabinet de l'omni	Pharmacie comm.	CSSS	Hôpital	Clinique mémoire	CHSLD
Organisation des soins et services - ouverture du dossier permanent PPLV - attribution d'un gestionnaire de cas			■			
Pharmacologie - approche favorisant la dose unique quotidienne - pilulier hebdomadaire Évaluation de la fidélité de l'usager au traitement pharmacologique Mise en place du pilulier hebdomadaire – livraison à domicile <b>Prise de contact avec le médecin omnipraticien s'il y a perte de régularité dans le renouvellement des ordonnances</b>	■	■ ■ ■			■	
Hygiène et salubrité - Évaluation du besoin d'entretien domestique - Évaluation de la sécurité au bain - Enseignement des techniques sécuritaires de soins d'hygiène à la famille			■ ■ ■			
Alimentation - Évaluation nutritionnelle de l'usager			■	■	■	



## Perception des intervenants des CSSS à l'égard du continuum de soins et de services

Monique Tremblay  
Travailleuse sociale  
CSSS de la Pointe-de-l'Île



## Intervenante de première ligne en CSSS

- ❑ **Ensemble** pour faire mieux
- ❑ **Ensemble** pour faire plus
- ❑ **Ensemble** pour mieux communiquer



## Ensemble pour faire mieux

Une vision et une compréhension commune de la maladie et de son impact sur l'utilisateur et le proche aidant

- ❑ Les étapes de la maladie
- ❑ Les besoins de l'utilisateur et de sa famille à chaque phase de la maladie
- ❑ Les démarches à entreprendre et les services à mettre en place selon les besoins de l'utilisateur et du proche aidant

## Ensemble pour faire plus

Une meilleure connaissance entre les différents partenaires intra et interétablissements

- Les rôles attendus et le partage des responsabilités de chacun dans le respect de la hiérarchisation des services
- Une reconnaissance mutuelle des compétences
- Une confiance mutuelle



## Ensemble pour mieux communiquer

Le gestionnaire de cas auprès de la clientèle atteinte de troubles cognitifs

- Évaluation systémique de l'utilisateur/proche aidant
- Coordination des services
- Agent de communication et facilitateur
- « Advocacy » pour l'utilisateur/proche aidant



## Pourquoi adhérer au continuum?

### Pour les intervenants

- ❑ Briser l'isolement
- ❑ Se sentir plus efficace et efficient
- ❑ Pouvoir compter sur l'appui et la collaboration des partenaires

## Pourquoi adhérer au continuum?

### Pour l'utilisateur/proche aidant

- ❑ Être congruent dans la transmission de l'information
- ❑ Favoriser le maintien à domicile
- ❑ Favoriser l'accès aux services d'assistance et de support
- ❑ Amorcer les démarches requises par la condition de l'utilisateur

## Le rôle du gestionnaire dans l'implantation du continuum

Pierre Pépin

Directeur du programme des  
personnes en perte d'autonomie

CSSS Lucille-Teasdale



## Les responsabilités du gestionnaire

### Le projet clinique et le modèle de gestion de la maladie : assises de l'implantation du continuum

- S'assurer de la standardisation des services tels que décrits au continuum
- Assurer une accessibilité aux services selon les besoins de l'utilisateur/proche aidant
- Assurer la disponibilité et la flexibilité des services selon les besoins de l'utilisateur/proche aidant
- Assurer la qualité des services dispensés à l'utilisateur/proche aidant





## Les modalités d'implantation Gérer la performance organisationnelle

### Pour son organisation

- Évaluer les impacts organisationnels et financiers induits par l'application du continuum

### Le cas échéant, dans une perspective d'efficacité et d'efficience

- Revoir les mesures structurantes facilitant l'application du continuum dans l'organisation
- Revoir les modalités d'application du panier de services
- Allouer le support financier requis à l'application du continuum

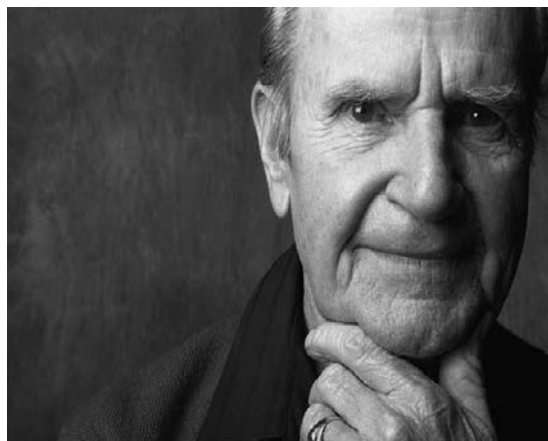
## Gérer le changement nécessaire à l'implantation du continuum

- Mettre en place les mécanismes favorisant la transformation des pratiques professionnelles
- Gérer les transformations induites par le continuum
- Assurer le suivi requis à l'implantation
- Faire les ajustements requis

## Choix de gestion ou choix éthique?

La clientèle ayant  
des troubles cognitifs,  
une clientèle prioritaire?

Si oui, pourquoi?  
Sinon, pourquoi?



## L'implantation du projet Les écueils - les solutions

Lorraine Vermette

Conseillère au développement des continuums  
de services

CSSS Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île,  
et HMR

# Le continuum de soins et services

## Processus d'intégration des soins

*« L'intégration est le processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouverne commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif »*

(Contandriopoulos, A.P. et al, 2001 p.39)



## Enjeux de l'intégration

- L'interdépendance
- La coopération
- La coordination



## Les enjeux de l'intégration

### L'interdépendance

- ❑ Besoin de résoudre des problèmes collectifs
- ❑ Aucune des organisations ne détient toutes les ressources, les compétences et la légitimité requises pour assurer la prestation des services

## Les enjeux de l'intégration

### Coopération des acteurs

Mode de relation privilégié des  
professionnels en relation d'interdépendance

- ❑ Partage des mêmes valeurs
- ❑ Philosophie d'intervention commune
- ❑ Évaluation positive du travail des autres acteurs
- ❑ Accord sur le partage des domaines de compétences et des tâches
- ❑ Contexte organisationnel favorable

## Les enjeux de l'intégration

### La coordination

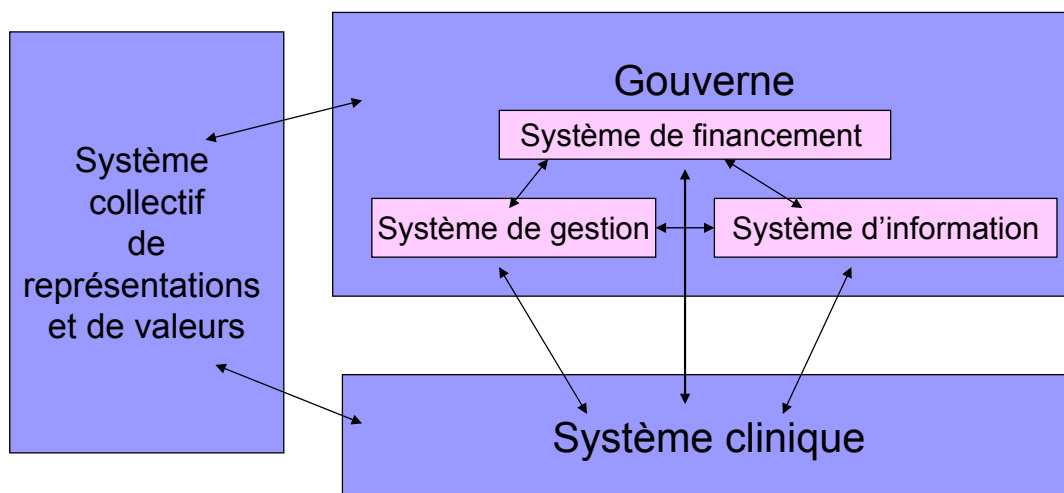
Tous les mécanismes mis en place pour faire fonctionner le système et agencer le travail des professionnels

- ❑ Séquentielle
- ❑ Réciproque
- ❑ Collective

*(nécessite des ententes formelles entre les organisations)*

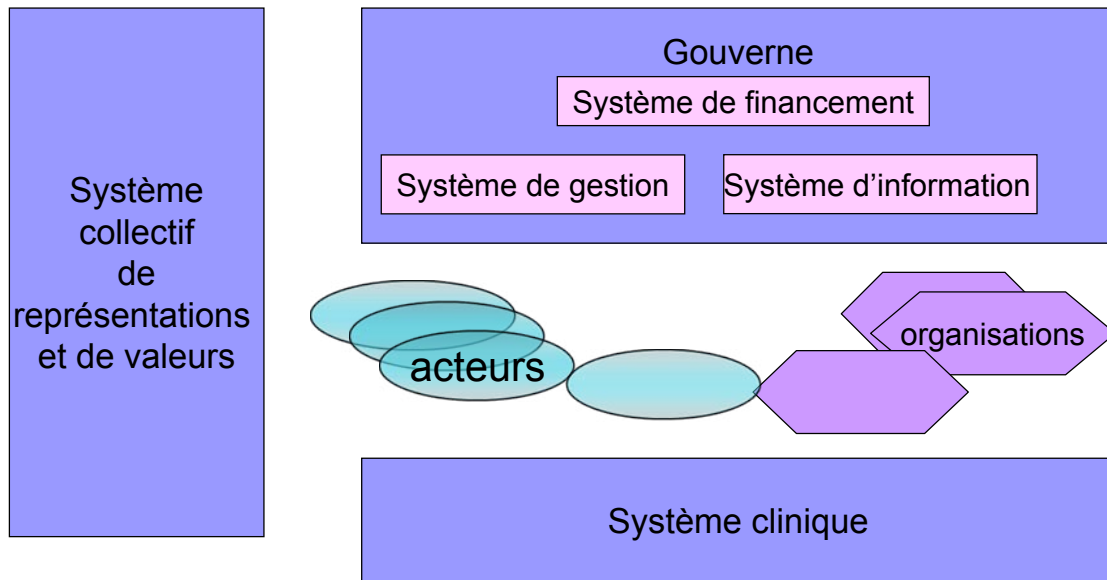
## Les domaines couverts par l'intégration

*Intégration des soins : concepts et mise en œuvre.*  
Contandriopoulos, A.P. et al., 2001, p. 43



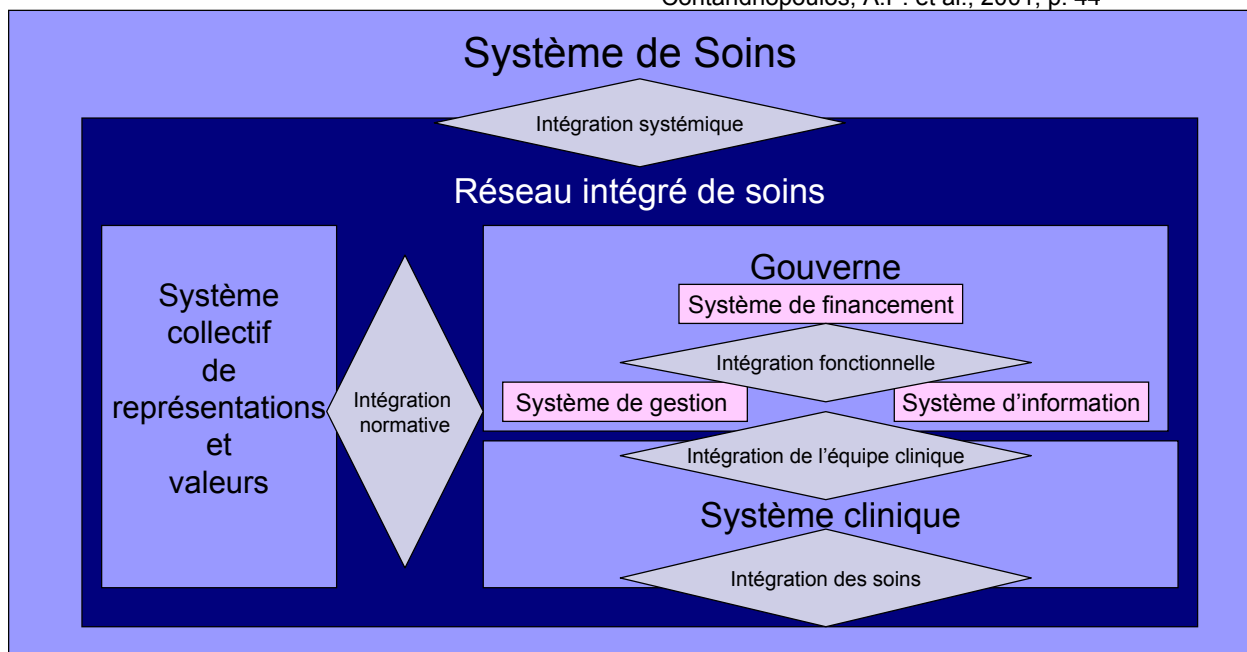
## Espace de coopération

*Intégration des soins : concepts et mise en œuvre.*  
Contandriopoulos, A.P. et al., 2001, p. 43



## Les 5 dimensions de l'intégration

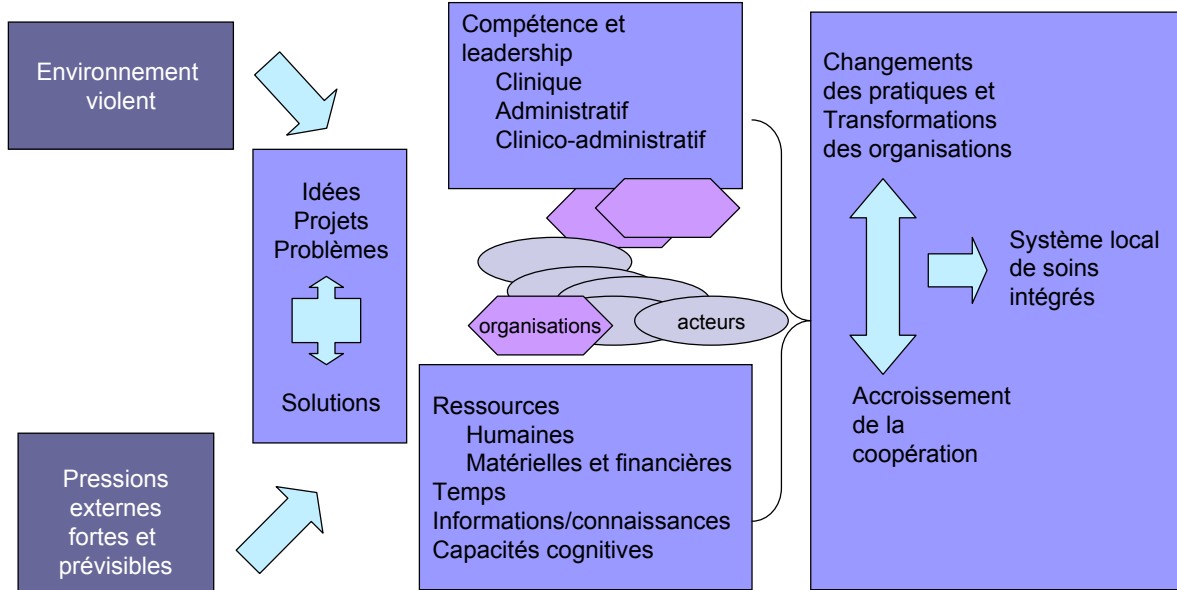
*Intégration des soins : concepts et mise en œuvre.*  
Contandriopoulos, A.P. et al., 2001, p. 44



## Dynamique du changement

Contexte culturel, social, économique, organisationnel

Contandriopoulos, A.P. et al., 2001, p. 47



Centre de santé et de services sociaux  
de la Pointe-de-l'Église

Centre de santé et de services sociaux  
Lacelle-Beaudin

**HR** Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

## Pistes de solution

### Saisir les opportunités

- ❑ *Le projet « l'hôpital accueillant »*
- ❑ *Le projet MSSS*
- ❑ *Programmes de gestion des maladies chroniques de l'Agence de Montréal*

### Projet pilote dans deux cliniques réseau

- ❑ *Valider le continuum*
- ❑ *Faire face aux écueils*
- ❑ *Apporter les correctifs en continu*



Centre de santé et de services sociaux  
de la Pointe-de-l'Église

Centre de santé et de services sociaux  
Lacelle-Beaudin

**HR** Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal

# Écueils ou défis?



Centre de santé et de services sociaux  
de la Plaine-de-Fleur

Centre de santé et de services sociaux  
Saguenay

**HMR** Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Centre affilié à l'Université de Montréal