



Évaluation du projet CareMENS « Maintien de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes âgées fragilisées par des troubles cognitifs, comportementaux et/ou psychologiques »

Rapport final

Auteurs

- Estelle Fetida, Serdaly&Ankers
- Neil Ankers, Serdaly&Ankers

Responsable de projet de l'évaluation chez Promotion Santé Suisse

- Giada Gianola
- Dr. Beatrice Annaheim

Évaluation à l'attention de Promotion Santé Suisse

Berne, novembre 2024

CareMENS

Maintien de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes âgées fragilisées par des troubles cognitifs, comportementaux et/ou psychologiques

Rapport d'évaluation final

Sur mandat de Promotion Santé Suisse

Février 2020 – Août 2024

20 novembre 2024

Estelle Fetida et Neil Ankers

Numéro de contrat	20.031
Projet évalué	CareMENS : Maintien de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes âgées fragilisées par des troubles cognitifs, comportementaux et/ou psychologiques (projet PDS n°02.009)
Durée de l'évaluation	4 ans, prolongé de 6 mois (Février 2020 – Août 2024),
Période de collecte des données	Mars 2020 – Août 2024
Accompagnement du projet d'évaluation chez Promotion Santé Suisse	Beatrice Annaheim, Gestion des impacts Giada Gianola, Gestion des impacts
Méta-évaluation	L'équipe « Gestion des impacts » de Promotion Santé Suisse a vérifié le projet de rapport sur la base des normes de qualité de la Société suisse d'évaluation (standards SEVAL). Les résultats de cette vérification, qui ont été communiqués à l'équipe d'évaluation, ont été pris en compte dans le présent rapport. Toutefois, l'interprétation des résultats, les conclusions et les recommandations ne doivent pas forcément correspondre au point de vue de Promotion Santé Suisse.
Commande	Promotion Santé Suisse, 3014 Berne Prévention dans le domaine des soins
Proposition de citation	Serdaly&Ankers. (2024). CareMENS. Rapport d'évaluation final. Sur mandat de Promotion Santé Suisse. Genève.
Adresse de correspondance	SERDALY&ANKERS snc route de Florissant 210 1231 Conches www.serdaly-ankers.ch Neil Ankers ankers@serdaly-ankers.ch

Table des matières

1. Résumé.....	6
2. Introduction.....	9
2.1. Contexte.....	9
2.2. Buts de l'évaluation.....	9
2.3. Objet de l'évaluation.....	10
3. Méthodologie.....	10
4. Le dispositif CareMENS.....	11
4.1. Concept.....	11
4.2. Intrants.....	15
4.3. Mise en œuvre.....	15
5. Résultats.....	22
5.1. Prestations.....	22
5.2. Effets.....	34
5.3. Pérennisation.....	43
6. Conclusions et recommandations.....	45
6.1. Évaluation générale.....	45
6.2. Recommandations.....	47
6.3. Apprentissages et éléments transférables.....	52
7. Bibliographie.....	55
8. Annexes.....	56

Liste des abréviations

AA	Association Alzheimer
ALC	Activités de loisirs communautaires
CAT	Centres d'accueil temporaires (vaudois)
CC	Commission cantonale
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CLM	Centre Leenards de la mémoire
CM	Centre mémoire
EHC	Ensemble hospitalier de la Côte
FR	Canton de Fribourg (territoire)
GE	Canton de Genève (territoire)
GR	Groupe de réflexion transversal
GSI	Groupe de suivi intercantonal
HES-SO	Haute école spécialisée de Suisse occidentale
HESAV	Haute école de santé Vaud
HFR	Hôpital fribourgeois
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
INM	Interventions non médicamenteuses
IvPS	Interventions psychosociales
JU	Canton du Jura (territoire)
MIG	Missions d'intérêt général
NE	Canton de Neuchâtel (territoire)
OFSP	Office fédéral de la santé publique
PIG	Prestations d'intérêt général
PSCH	Promotion Santé suisse
RHNe	Réseau hospitalier neuchâtelois
SMC	Cliniques suisses de la mémoire
SUPAA	Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé du Centre hospitalier universitaire vaudois
TNC	Troubles neurocognitifs
Unil	Université de Lausanne
VD	Canton de Vaud (territoire)

1. Résumé

Contexte et concept du projet

CareMENS est un projet de prévention du vieillissement cognitif financé par Promotion Santé Suisse (PSCS). Ce projet a été développé en réponse à la prévalence des troubles neurocognitifs (TNC) et à leurs conséquences sur l'autonomie et la qualité de vie des personnes concernées.

Fondé sur des études démontrant l'intérêt d'interventions précoces pour ralentir la progression de ces conséquences négatives, CareMENS a consisté à mettre en œuvre d'un nouveau modèle de prise en charge coordonné dans les centres mémoires (CM) romands pour les personnes atteintes d'un TNC léger ou majeur à un stade débutant. Ce modèle comprend, dans un premier temps, des interventions psychosociales (IvPS) innovantes dans les domaines de la neuropsychologie, de la logopédie et de la physiothérapie, puis, dans un second temps, la possibilité de pérenniser les bénéfices de ces IvPS en participant à des activités de loisirs communautaires (ALC). La coordination des IvPS et leur continuité avec les ALC est permise par l'introduction d'une nouvelle fonction au sein des CM, celle de care manager. En outre, pour accompagner cette nouvelle approche, CareMENS comprend un volet formation, visant à développer des pratiques et des mesures de prévention pertinentes chez les professionnels concernés, qu'ils/elles soient soignants ou non.

Buts et objectifs de l'évaluation

La présente évaluation s'est déroulée sur une période de 4 ans et demi, de février 2020 à août 2024. Elle entend rendre compte de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience du projet, dans une visée sommative, et documenter les facteurs de succès, les obstacles rencontrés et les solutions apportées, ainsi que formuler des recommandations, dans une visée formative.

Méthodes

L'évaluation repose sur une approche mixte combinant des méthodes quantitatives et qualitatives. Les données ont été recueillies par le biais d'entretiens – individuels et collectifs –, d'enquêtes et d'observations auprès de l'ensemble des parties prenantes, qu'il s'agisse des porteuses et responsables des différents organes du projet, des bénéficiaires, des prestataires ou encore des autres multiplicateurs. Les données secondaires produites par le projet (indicateurs cliniques, enquêtes de satisfaction) ont également été exploitées.

Le dispositif méthodologique a été ajusté tout au long pour répondre à ses évolutions.

Résultats

S'agissant du **volet prise en charge**, le déploiement du modèle a débuté en 2020 au Centre Leenards de la mémoire (CLM) du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), puis a été répliqué, dès avril 2022, dans les trois autres centres de la mémoire (CM) du canton de Vaud ainsi que dans les CM des cantons de Genève, Fribourg et Neuchâtel. La réplification également prévue dans le canton du Valais n'a pas eu lieu en raison de changements hiérarchiques et d'un contexte financier difficile. Depuis mars 2024, avec la fin du financement des postes de thérapeutes par PSCS, la prise en charge a été pérennisée dans les quatre CM vaudois, ainsi que dans les CM genevois et neuchâtelois. Cette pérennisation demeure toutefois fragile : d'une part, les durées de financement varient (durée indéterminée dans le canton de Vaud et durée déterminée dans les autres cantons) et, d'autre part, les postes financés n'ont globalement pas été augmentés, ce qui ne permettra pas d'accroître le volume de prestations.

Au total, jusqu'à août 2024, 633 patient.e.s des différents CM avaient accepté de démarrer une prise en charge CareMENS, parmi lesquels 465 avaient achevé la première partie des IvPS et 194 avaient également achevé la seconde partie intégrant la mise en place d'une ALC durant 3 mois, accompagnée d'un suivi par la care manager. Le rôle de care manager, de même que l'effort d'amélioration continue du programme ont largement contribué à l'atteinte de ces résultats. Deux défis démontrent toutefois une demande potentielle plus importante encore : d'une part, le nombre de refus non négligeable, par des patient.e.s, de mise en place d'IvPS ou d'ALC par manque de compliance ; d'autre part, la tendance à la formation de listes d'attente liée à un nombre de patient.e.s adressés dépassant le taux d'activité des thérapeutes.

Les effets mesurés de la prise en charge sont positifs. Les taux de satisfaction des patient.e.s et de leur(s) proche(s) sont largement supérieurs à 80%. Des effets cliniques positifs ont pu être mesurés chez les patient.e.s, tant sur la plan de la cognition (ralentissement du déclin), de l'autonomie (ralentissement du déclin), de l'anxiété et de la dépression (diminution), que de la qualité de vie (augmentation). En outre, les résultats indiquent un renforcement des compétences des patient.e.s en matière de santé.

S'agissant des **formations pour les professionnel.le.s soignants**, des modules de formation ont été développés pour l'ensemble des professionnel.le.s concernés par le modèle CareMENS afin de compléter l'offre de formation initiale et continue déjà en place en Romandie. Ainsi, entre mai 2023 et juin 2024, 80 (futurs) physiothérapeutes, 70 (futurs) neuropsychologues, 50 logopédistes et 32 infirmier.e.s en ont bénéficié. L'ensemble de ces modules a été pérennisé, selon les besoins et les calendriers de chaque formation. Les effets des formations destinées aux professionnel.le.s soignants n'avaient fait l'objet d'aucune définition ni de mesure d'objectif préalable de la part des porteuses de projet.

S'agissant des **formations pour les professionnel.le.s non soignants**, une formation en présentiel sur demande des organisations concernées, ainsi que des capsules-vidéos courtes et libre d'accès ont été développées. Entre juin 2023 et août 2024, 29 formations en présentiel ont été dispensées auprès de 344 participant.e.s. Trois catégories d'organisations en ont bénéficié : des structures d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées (41%), des services sociaux communaux (31%) et des associations ou prestataires d'accompagnement et de loisirs (28%). Parmi ces organisations, les principaux types de professionnel.le.s atteints ont été les suivants : travailleur.euse.s sociaux.ales, moniteur.trice.s /animateur.trice.s, personnels administratifs, personnels d'intendance ou d'hôtellerie, bénévoles et auxiliaires de santé. Les professionnel.le.s non soignants du secteur privé (p. ex., cafetier.e.s, boulanger.e.s, pharmacien.ne.s, etc.) n'ont pas été atteints. En outre, à l'occasion de 3 formations, le périmètre des publics initialement visés a été étendu pour intégrer des citoyen.ne.s et des proches. Le taux de satisfaction des participant.e.s s'est élevé à 90% et ils/elles ont rapporté une amélioration de leurs connaissances sur les symptômes et les comportements des personnes atteintes de TNC, ainsi que sur leurs attitudes et comportements en présence de ces personnes. En août 2024, des discussions étaient en cours avec les différentes organisations cantonales intéressées afin d'envisager la pérennisation de cette formation.

Conclusions et recommandations

Globalement, le projet CareMENS a rempli ses objectifs de départ en matière de prestations et d'effets, tant pour le volet prise en charge que pour le volet formation des professionnel.le.s soignants et non soignants (**efficacité**). En revanche, si l'évaluation a estimé les coûts par public atteint pour chacune des prestations (à l'exception de la formation pour les professionnel.le.s soignants pour laquelle le

coût n'a pas été documenté), elle ne se prononce pas sur l'**efficience** du projet compte tenu de l'absence de point de comparaison et des différents biais que comporte ce calcul.

Sur le plan de la **pertinence**, le volet prise en charge répond effectivement aux besoins des patient.e.s, de leurs proches, ainsi que des multiplicateurs en proposant un accompagnement et un suivi à des patient.e.s à qui (presque) rien n'était proposé jusque-là en aval du diagnostic. Quant au volet formation, la demande effective de la part de centres de formation pour professionnel.le.s non soignants et des organisations des secteurs publics ou parapublics employant des professionnel.le.s non soignants en contact avec des populations âgées susceptibles de présenter des TNC indique des besoins non couverts. L'absence d'atteinte des professionnel.le.s non soignants du secteur privé initialement visés ouvre toutefois un champ d'interrogations quant à la pertinence de cette prestation pour ce public-là.

Cette évaluation a permis d'identifier des **recommandations pour la poursuite du projet**. Une première recommandation concerne le pilotage et la coordination du projet et est ainsi transversale. Les autres recommandations, quant à elles, concernent le renforcement de la qualité de la prise en charge ou la pérennisation du projet à long terme.

Pilotage et coordination de la mise en œuvre des recommandations

1. Créer un poste de pilotage et de coordination du projet

Qualité de la prise en charge

2. Poursuivre la dynamique d'amélioration continue en veillant au juste équilibre entre harmonisation et adaptation locale
3. Valoriser et maintenir l'IvPS en physiothérapie
4. Mieux soigner encore les transitions dans le parcours des patient.e.s, du diagnostic à l'après CareMENS

Pérennisation du projet à long terme

5. Continuer à documenter et informer de manière efficiente sur les résultats du modèle de prise en charge
6. Clarifier le positionnement et le périmètre de la formation pour les professionnel.le.s non soignants
7. Élaborer un modèle de financement viable pour les prestations CareMENS

Outre ces recommandations à l'attention des porteuses du projet, cette évaluation a également permis d'identifier les **trois élément-clés transférables** suivants à l'attention des décideurs et multiplicateurs du domaine de la prévention dans les soins :

1. La nécessité de stratégies cantonales en matière de troubles cognitifs dans lesquels CareMENS puisse s'enraciner
2. L'extension des prises en charge de type IvPS à d'autres publics
3. Le rôle de care manager

2. Introduction

2.1. Contexte

En Suisse, près de 30'000 nouveaux cas de syndromes démentiels sont recensés chaque année chez la population âgée, auxquels s'ajoute un nombre considérable de cas non diagnostiqués. En l'absence de traitement curatif, la prise en charge de ces cas était jusqu'ici très limitée, engendrant des coûts considérables, aussi bien pour le système de santé – avec des hospitalisations inappropriées, par exemple –, que pour la qualité de vie des personnes atteintes.

De récentes études (Kivipelto et al., 2018 ; Winblad B et al., 2016) préconisent d'agir précocement, c'est-à-dire au stade de trouble neurocognitif (TNC) débutant ou léger, afin de limiter ou ralentir la perte d'autonomie et la qualité de vie des personnes atteintes. Les recommandations prévoient notamment des interventions non médicamenteuses (INM) et multi-domaines qui agissent sur certains facteurs de risque modifiables.

C'est dans ce contexte que le projet CareMENS est né. Ce projet vise, d'une part, à développer un nouveau modèle de prise en charge harmonisé dans les différents centres de la mémoire (CM) romands, afin de préserver l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées présentant un TNC léger ou majeur à un stade débutant. Pour cela, il prévoyait, au sein des CM concernés, la mise en place d'une offre d'interventions psychosociales (IvPS) – donc, non médicamenteuses – innovantes et multi-domaines, ainsi que la création de la fonction de care manager, garante de la coordination de cette prise en charge et de sa continuité vers l'offre d'activités de loisirs communautaire (ALC). D'autre part, CareMENS vise à développer des connaissances, des pratiques et des mesures de prévention pertinentes chez les professionnel.le.s concernés, qu'ils/elles soient soignant.e.s ou non, grâce à la mise en place de formations.

Le projet fait partie des projets sélectionnés par Promotion Santé Suisse (PSCH) dans le cadre de son cycle de soutien 2019 de projets de prévention dans le domaine des soins (PDS). Ce soutien s'est étendu de janvier 2020 à septembre 2024, au lieu de décembre 2023 ; en effet, le projet a bénéficié d'une prolongation en compensation de la période de la crise COVID-19. En accord avec PSCH, la durée de l'évaluation a également été prolongée.

2.2. Buts de l'évaluation

Ce rapport d'évaluation s'adresse à la fondation PSCH qui a financé le projet CareMENS, aux personnes qui ont conduit le projet (porteuses de projet) et à celles qui ont contribué à sa mise en œuvre. En outre, il est aussi destiné à l'ensemble des personnes spécialistes intéressées, ainsi qu'aux potentiels autres financeurs (administration, assureurs, etc.).

Les buts de l'évaluation découlent directement des questions d'évaluation listées par PSCH (voir annexe A).

Dans une visée sommative, cette évaluation doit permettre de :

- Rendre compte de la conformité entre ce qui était prévu et ce qui a été réalisé et atteint et de tirer les enseignements utiles des éventuelles différences ;
- Se prononcer sur la pertinence générale du projet ;
- Juger de son efficacité et de son efficience.

Dans une visée formative, cette évaluation doit permettre de :

- Documenter les principales caractéristiques du projet, notamment dans une éventuelle perspective de répliation ;
- Documenter les obstacles rencontrés, ce qui a été fait pour y remédier, ainsi que les facteurs ayant contribué au succès du projet ;
- Formuler des recommandations utiles pour la période de l'évaluation comme pour sa pérennisation.

2.3. Objet de l'évaluation

Le présent rapport final porte sur le projet de son commencement, en février 2020, à août 2024. Il porte sur le programme de prise en charge implémenté dans les CM romands (volet prise en charge), ainsi que sur le développement des formations pour les professionnel.le.s soignants et non soignants (volet formation). Ces deux volets sont traités à travers les éléments du modèle d'effets (voir Annexe B). Le projet touchant à sa fin après plus de quatre années d'implémentation, un accent particulier est mis, dans le présent rapport, sur les effets du projet, ainsi que sur sa pérennisation. L'impact du projet, soit ses effets indirects à long termes sur la société, tels que l'évolution du besoin de soins en lien avec le projet, ne peut être mesuré car il nécessiterait un recul temporel plus important et dépend de multiples autres facteurs.

3. Méthodologie

Pour répondre aux questions de l'évaluation, nous avons utilisé une approche mixte composée de méthodes quantitatives et qualitatives (entretiens individuels et collectifs, observation, enquêtes) et avons veillé à prendre en compte le point de vue de toutes les parties prenantes (porteuses et responsables des différents organes du projet, bénéficiaires, prestataires et multiplicateurs). En plus des données récoltées dans le cadre de l'évaluation, nous nous sommes appuyés sur de nombreuses données secondaires produites par le projet lui-même (p. ex. indicateurs cliniques, enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires, etc.).

L'Annexe A présente les questions d'évaluation et les chapitres du rapport correspondant aux réponses.

Compte tenu des évolutions du projet – notamment de sa structure organisationnelle et de son calendrier effectif de déploiement –, nous avons dû adapter quelques éléments du dispositif méthodologique initialement prévu. La Figure 1 ci-dessous montre les méthodes prévues au départ et celles effectivement utilisées au fil du projet et selon les volets concernés. Un descriptif plus détaillé des écarts entre les méthodes prévues et utilisées est disponible en Annexe C.

Figure 1 Tableau des méthodes prévues et utilisées

	Acteurs sollicités	Méthodes de récolte d'information	Méthodes prévues / utilisées			
			20	21	22	23-24
Projet général	Porteuses de projet	Analyses documentaires et de données	✓	✓	✓	✓
		Échanges réguliers (1h-2h, env 1x/mois)	✓	✓	✓	✓
	COPIL	Atelier d'enrichissement des constats et recommandations	✓	✗	✓	✗
	Représentant.e.s cantonaux stratégiques (représentant.e de la santé publique membre du CSI + représentant.e du CM)	Entretiens collectifs par canton				*
	Responsables cantonaux	Entretiens individuels par canton	✓	✓	✗	✗
	Multiplicateurs potentiels (autres prestataires de soin ou d'accompagnement des mêmes publics)	Enquête en ligne par canton sur le niveau de connaissances du projet, son impact éventuel sur la pratique et sa pertinence.			✓	~
Atelier d'enrichissement de l'enquête				✗	✗	
Volet prise en charge	Responsable des groupe de réflexion intercantonaux IvPS + ALC	Entretiens individuels	✓	✓	✓	✗
	Responsables de chacune des deux commissions cantonales IvPS + ALC	Entretiens collectifs par canton		✓	✓	✗
	Thérapeutes IvPS (neuropsychologues, physiothérapeutes, logopédistes) et care manager	Entretiens collectifs par canton	✓	✓	✓	✓
	Care managers	Entretiens individuels par canton Entretien collectif pour les CM vaudois				*
	Patient.e.s (et proches)	Ateliers par canton		✓	✗	✓
Entretiens téléphoniques individuels				*		
Volet formation	Responsable des groupe de réflexion intercantonaux formation des professionnel.le.s soignants et formation des professionnel.le.s non soignants	Entretiens individuels	✓	✓	~	~
		Observation d'une 1/2 journée de formation pour les professionnel.le.s non soignants				*
	Bénéficiaires des formations pour les professionnel.le.s non soignants	Enquête en ligne par canton sur les effets sur les connaissances et les comportements 3 mois après la formation				*

✓ Réalisé

✗ Non réalisé

~ Partiellement réalisé

* Nouveauté

4. Le dispositif CareMENS

Le présent chapitre vise à présenter le dispositif CareMENS tel qu'il a été imaginé, à travers son concept, ses intrants et ses éléments de mise en œuvre, et à commenter les éventuels écarts observés.

4.1. Concept

4.1.1. Objectifs et modèle d'effets

Le projet CareMENS a pour **finalité** de prévenir le déclin fonctionnel et cognitif et de préserver l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées souffrant d'un TNC léger ou majeur à un stade débutant. Pour ce faire, son **but** est de :

- Offrir un nouveau modèle de prise en charge harmonisé dans les CM romands, comprenant des interventions psychosociales (IvPS) innovantes dans les domaines de la neuropsychologie, de la logopédie et de la physiothérapie, ainsi que la possibilité de pérenniser les bénéfices de ces IvPS en suivant des activités de loisirs communautaires (ALC). Ce nouveau modèle prévoit également l'introduction d'une nouvelle fonction au sein des CM, celle de care manager – généralement un.e infirmier.e –, afin de coordonner les IvPS et de garantir leur continuité vers les ALC. Dans le cadre du présent rapport, cette dimension du projet sera désignée « **volet prise en charge** ».

- Proposer des formations visant à développer les connaissances et les compétences des professionnel.le.s soignants et non soignants concernés. Dans le cadre du présent rapport, cette dimension du projet sera désignée « **volet formation** ».
 - Les connaissances et compétences visées par la formation des professionnel.le.s soignants concernent les bénéfiques de traitements non médicamenteux et passe par la formation initiale comme continue.
 - Les connaissances et compétences visées par la formation des professionnel.le.s non soignants concernent l'identification et l'orientation des personnes susceptibles de présenter des TNC, ainsi que les comportements et postures communicationnelles et relationnelle à adopter.

À **long terme**, les impacts sociétaux attendus de CareMENS sont : la diminution du nombre d'hospitalisations non planifiées, la diminution ou le retardement des entrées en institutions, et la diminution de la maltraitance envers les personnes atteintes de TNC.

Le modèle d'effets du projet figure en Annexe B.

4.1.2. Périmètre

Les **publics cibles** du projet sont :

- Les personnes atteintes de TNC léger ou majeur à un stade débutant vivant à domicile et leurs proches.
 - Le risque d'être atteint de TNC augmente fortement avec l'âge et concerne en très grande majorité des personnes âgées. Il est cependant important de noter que dans certains cas – bien que rares –, des personnes jeunes, en-dessous de l'âge AVS, sont également concernées et sont ainsi également éligibles au programme CareMENS.
 - Si les proches ne sont pas directement concernés par les prestations proposées par CareMENS, les effets de la prise en charge des patient.e.s peut avoir des effets indirects sur eux/elles. De plus, selon les cas, ils/elles peuvent être parties prenantes de la prise en charge (p. ex. accompagnement aux rendez-vous de la prise en charge et/ou aux ALC, présence lors des entretiens avec le/la care manager, présence lors de certaines séances d'IvPS), et ainsi jouer un rôle important pour son bon déroulement. Ils/elles peuvent également être orientés par le/la care manager vers des prestations connexes qui leur sont dédiées (p. ex., prise en charge spécifique au sein de certains CM, groupes de paroles, etc.).
- Les **multiplicateurs** qui sont les professionnel.le.s soignants et non soignants.
 - Les professionnel.le.s soignants désignent, d'une part, les professionnel.le.s des CM qui dispensent les IvPS (neuropsychologues, logopédistes, physiothérapeutes) et les care managers et, d'autre part, les professionnel.le.s éligibles aux formations proposées dans le cadre du projet. Par ailleurs, on peut également inclure l'ensemble des professionnel.le.s impliqués en amont, pendant ou en aval de la prise en charge CareMENS et qui sont impactés par cette prise en charge. C'est par exemple le cas des médecins traitants ou hospitaliers qui peuvent orienter leurs patient.e.s vers les CM, ou encore des ergothérapeutes qui sont impliqués dans certaines IvPS (accompagnement aux séances et soutien à domicile).

- Quant aux professionnel.le.s non soignants, il s'agit de tous les professionnel.le.s qui sont régulièrement en contact avec des personnes âgées et qui sont susceptibles d'intervenir sur la détection de TNC et l'orientation des personnes concernées. Une étude, menée par l'équipe du projet en charge de ce volet auprès de personnes âgées de plus de 65 ans et atteintes ou non de TNC, a permis d'identifier les principales catégories de professionnel.le.s concernés. Ces professionnel.le.s sont : les cafetier.e.s, les boulangier.e.s, les caissier.e.s de supermarché, les pharmacien.ne.s et assistant.e.s en pharmacie, ainsi que les animateur.trice.s d'activités de loisirs ou de centres de jour et les travailleur.euse.s sociaux.ales (Perruchoud et al., 2022).

La **couverture géographique** du projet est l'ensemble de la Suisse romande, avec quelques spécificités pour le volet prise en charge.

Les cantons du Jura (JU) et du Valais (VS) ne sont pas compris dans le volet prise en charge. En effet, l'implémentation du nouveau modèle de prise en charge ne concernait que les CM romands correspondant aux critères de qualité définis par l'association des Cliniques suisses de la mémoire (SMC) or, JU n'est pas doté d'un tel CM. Quant à VS, si l'Hôpital du Valais dispose d'un tel CM et avait été associé aux premières phases du projet, des changements intervenus en son sein et un contexte financier difficile n'ont plus permis d'y disposer des ressources nécessaires à sa mise en œuvre ; le CM VS a donc annulé sa participation en 2022. Ainsi, les cantons concernés par ce volet étaient :

- Vaud (VD) qui compte quatre CM : le Centre Leenards de la mémoire (CLM) du Centre universitaire hospitalier vaudois (CHUV) et les trois CM des hôpitaux régionaux (La Côte, Nord Broye et Est)
- Genève (GE) et son CM des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- Neuchâtel (NE) et son CM du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe)
- Fribourg (FR) et son CM de l'Hôpital fribourgeois (HFR).

4.1.3. Approches

L'approche repose principalement sur la mise en œuvre de pratiques de prévention : premièrement, chez les patient.e.s, par la prise en charge précoce des TNC grâce à des méthodes non médicamenteuses qui agissent sur les facteurs de risque modifiables ; deuxièmement, chez les multiplicateurs grâce au développement de connaissances en lien avec la prévention. Plus spécifiquement, les domaines suivants sont visés :

- **Interfaces entre le domaine des soins, la santé publique et les collectivités** : d'une part, grâce à la fonction de care manager qui vise à prolonger les bénéfices de la prise en charge hospitalière dans la communauté, via l'offre de loisirs ; d'autre part, grâce à la formation des professionnel.le.s non soignants qui vise à favoriser la détection et l'orientation de personnes potentiellement atteintes de TNC vers une prise en charge médicale.
- **Collaboration, interprofessionnalité, multiprofessionnalité** : par la fonction de care manager qui assure la coordination au sein de CareMENS, entre les différents domaines thérapeutiques concernés (neuropsychologie, logopédie, physiothérapie), mais également entre CareMENS et l'ensemble des professionnel.le.s médicaux, paramédicaux et psychosociaux du CM, de l'hôpital ou de la communauté impliqués dans l'accompagnement du/de la patient.e (p. ex. médecin traitant, ergothérapeute, psychologue, etc.). En outre, il convient de noter que l'harmonisation

souhaitée de la prise en charge CareMENS entre les différents CM encourage la collaboration entre les thérapeutes des différents cantons.

- **Autogestion de la vie avec la/les maladie(s)** : les différentes IvPS proposent aux patient.e.s de mieux comprendre leurs difficultés et de mobiliser leurs ressources afin d'améliorer ou de maintenir leurs fonctions ou compétences dans leur quotidien et, ainsi, d'améliorer ou de maintenir leur qualité de vie.
- **Formation initiale, continue et postgraduée des professionnel.le.s de santé** : par le développement de formations sur les TNC chez la personne âgée et les effets des traitements non médicamenteux pour cette population.

En outre, dans une dynamique d'interface avec la collectivité, il convient de noter que le volet formation inclut également les professionnel.le.s non soignant.e.s au contact des populations concernées.

Le seul changement structurel consiste à l'introduction de la fonction de care manager.

4.1.4. Liens avec les stratégies nationales de santé

La démence est l'une des maladies non transmissibles les plus fréquente chez les personnes âgées. C'est pourquoi la Suisse s'est dotée d'une stratégie nationale en matière de démence pour la période 2014-2017 (OFSP et CDS, 2013), qui a par ailleurs été prolongée jusqu'en 2019. CareMENS s'inscrit pleinement dans cette stratégie et répond pleinement aux objectifs prévus.

- Le volet prise en charge s'inscrit principalement dans les objectifs suivants :
 - Objectif no. 3 : « Les personnes atteintes de démence et leur entourage disposent d'offres de soins flexibles, de qualité et adaptées au besoin tout au long de la chaîne de la prise en charge ». CareMENS propose une prise en charge harmonisée fondée sur des études scientifiques et adaptée aux différents types de troubles (p. ex. mémoire, attention, langage, équilibre, etc.). De plus, le/la care manager permet de proposer un accompagnement sur-mesure aux patient.e.s : outre l'orientation vers l'IvPS et l'ALC pertinentes, il/elle a un rôle d'orientation plus général vers l'ensemble du réseau médical, paramédical et psychosocial pertinent.
 - Objectif no. 6 : « Au cours de l'évolution de la maladie, la qualité de la prise en charge pour les personnes atteintes de démence est assurée ». CareMENS intervient à un stade précoce de la maladie, là où la prise en charge était jusqu'à présent lacunaire. En ce sens, le projet peut permettre d'encourager le dépistage précoce, mais également d'intégrer les patient.e.s dans un parcours de prise en charge au sein du CM, activable au fur et à mesure de l'évolution de la maladie.
- Le volet formation s'inscrit principalement dans les objectifs suivants :
 - Objectif no. 1 : « La population a une meilleure connaissance des pathologies de la démence. Elle connaît les multiples facettes de la réalité de la vie quotidienne des personnes concernées. Les préjugés et les blocages sont éliminés ». Cet objectif visait notamment la sensibilisation d'une large palette de professionnel.le.s non soignant.e.s régulièrement en contact avec les personnes atteintes de démence or, c'est aussi ce que vise CareMENS.
 - Objectif no. 7 : « Les professionnels de tous les horizons sociaux et sanitaires correspondants disposent de la compétence nécessaire dans leur domaine respectif pour diagnostiquer ou analyser la situation, traiter, accompagner et soigner les personnes atteintes de

démence. Les compétences des proches et des bénévoles seront renforcées en fonction des besoins ». CareMENS vise à proposer des formations dans ce sens pour les professionnel.le.s soignants et non soignant.e.s.

4.2. Intrants

4.2.1. Ressources financières

CareMENS a été financé par PSCH, avec un soutien de 2 millions de francs suisses, auxquels se sont ajoutés 150 000 francs pour la période de prolongation du projet.

4.2.2. Ressources humaines

Les postes financés par le budget à disposition du projet sont présentés dans la Figure 2 ci-dessous.

Il convient toutefois de noter que de nombreuses ressources humaines ont été mobilisées pour la mise en œuvre des deux volets du projet, sans faire l'objet d'une rémunération. Il s'agit principalement des personnes mobilisées dans les différents organes opérationnels du projet (voir chapitre 4.3.1 Structure organisationnelle). Ces ressources n'ont pas été quantifiées.

Figure 2 Ressources humaines financées par CareMENS

		Taux d'activité
Pilotage du projet		0,7 ETP
Gestion du projet		0,6 ETP
Volet prise en charge	Thérapeutes IvPS	0,1 ETP *
	Care manager	0,4 * / 0,6 ETP (tous les autres CM / CLM)
Volet formation	Gestion de projet, conception et animation des formations	0,1 + 0,4 ETP

* Dans la réalité, quelques exceptions ont pu être observées au niveau du financement des thérapeutes IvPS et des care managers. Premièrement, le taux d'activité des logopédistes du CLM et du CM GE a été augmenté à 0,2 ETP en cours de route, tandis qu'aucun.e logopédiste n'a été engagé au CM de La Côte. Deuxièmement, le taux d'activité de la care manager du CM GE s'élevait à 0,3 ETP.

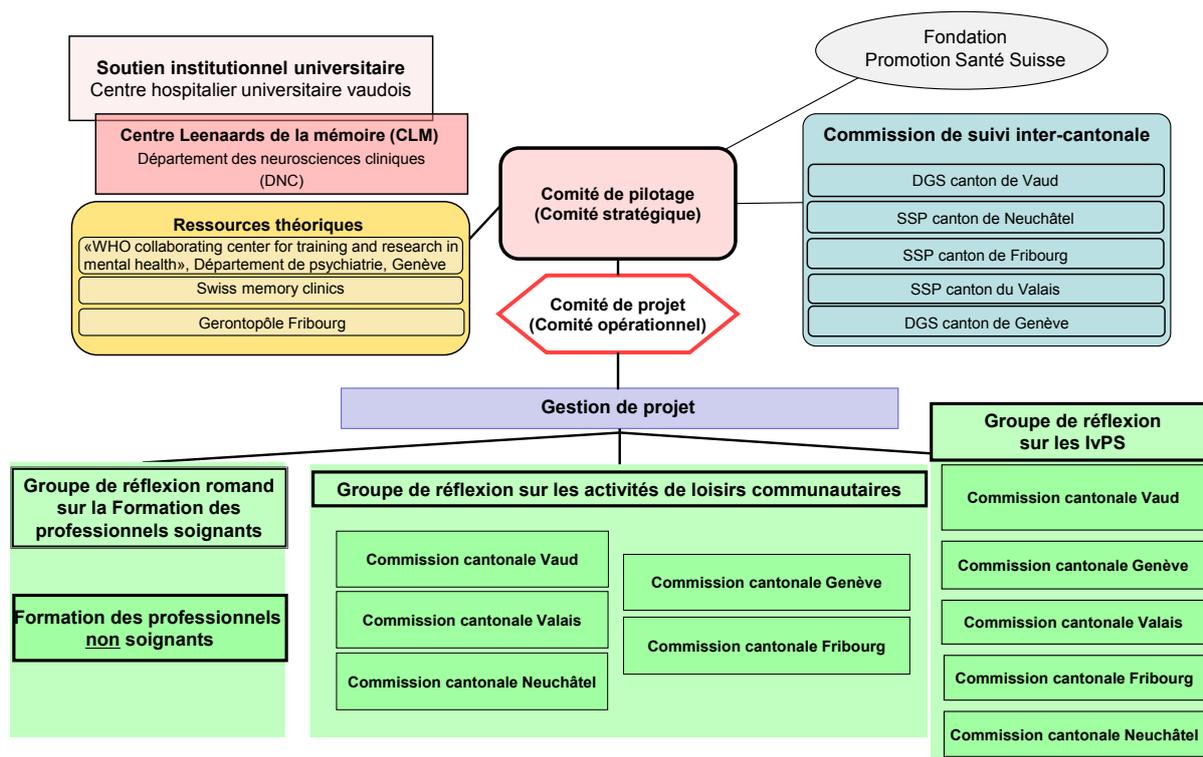
Le financement par PSCH des postes des thérapeutes IvPS et de la care manager dans les différents CM s'est achevé en mars 2024. Au-delà de cette date, le financement postes qui ont été pérennisés a été assuré par les CM ou les Cantons concernés (voir chapitre 5.3 Pérennisation).

4.3. Mise en œuvre

4.3.1. Structure organisationnelle

CareMENS a mis en place une structure organisationnelle reflétant les deux volets du projet, ainsi que sa dimension intercantonale, grâce à l'intégration de partenaires pertinents. La Figure 3 ci-dessous présente le schéma organisationnel tel que prévu au démarrage du projet.

Figure 3 Schéma organisationnel de CareMENS



Sur le **plan stratégique**, l'organe principal a été le **Comité de pilotage (COPI)**. Celui-ci était composé de représentant.e.s du CHUV (du CLM et de services hospitaliers connexes), de représentant.e.s des principaux partenaires du projet, à savoir de l'Association Alzheimer (AA) vaudoise pour la dimension communautaire de son volet prise en charge et de la Haute école de santé valaisanne pour son volet formation et, enfin, d'une représentante du Département de la santé et de l'action sociale du Canton de Vaud. Les acteurs stratégiques des autres cantons n'étant pas représentés dans le COPI, ces derniers ont été intégrés dans une **Commission de suivi intercantonale (CSI)** composée de représentant.e.s des Directions cantonales en charge de la santé publique et réunie une fois par année par les porteuses de projet pour en suivre l'état d'avancement.

Sur le **plan opérationnel**, des « groupes de travail » composés de ressources de terrain ont été constitués pour les différents volets du projet.

- **Volet prise en charge** : deux **groupes de réflexion (GR) thématiques**, l'un sur les IvPS et l'autre sur les ALC, déclinés à l'échelle cantonale par des **commissions cantonales (CC)** dont ils assuraient la coordination.
 - Les CC IvPS étaient composés de thérapeutes issus des trois domaines de la prise en charge CareMENS, à savoir la neuropsychologie, la logopédie et la physiothérapie. Ces dernier.e.s avaient pour mission d'identifier les besoins et l'offre en matière de prise en charge non médicamenteuse dans leur canton, puis d'accompagner l'implémentation de la prise en charge dans leur CM.
 - Les CC ALC avaient pour mission, d'une part, de répertorier l'offre d'ALC pour le public cible de CareMENS dans leur canton et, d'autre part, de réfléchir à l'implémentation de la fonction de care manager. La responsabilité de ces commissions a été confiée à des responsables des AA locales, sauf à NE, où il s'agissait d'une responsable de

l'association Accueil Réseau Orientation Santé Social (AROSS).¹ Dans les faits, les responsables des CC ALC de GE et VS n'ont pas constitué de commission en nommant d'autres acteurs partenaires. En outre, le GR et les CC ALC ont été dissous peu après l'implémentation de la prise en charge dans les différents CM. Les réflexions sur les ALC et la fonction de care manager ont ensuite été repris de manière intercantonale par les care managers elles-mêmes qui ont mis en place des échanges réguliers entre elles.

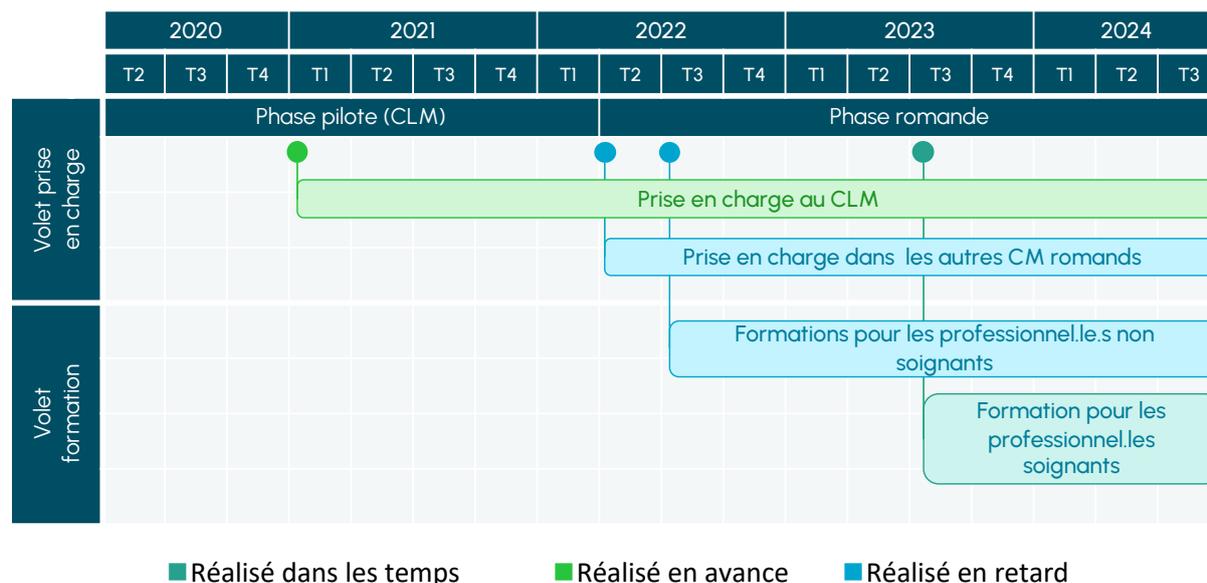
- **Volet formation** : deux **groupes de réflexion (GR) intercantonaux**, l'un sur pour les professionnel.le.s soignants et l'autre pour les professionnel.le.s non soignants.
 - Le GR formation des professionnel.le.s soignants composé de représentant.e.s du domaine de la santé des Hautes école spécialisées (HES-SO), compétentes pour la formation en soins infirmiers et en physiothérapie, et de représentant.e.s des différentes Universités romandes, compétentes pour la formation en neuropsychologie et en logopédie. Son rôle était d'identifier l'offre existante en lien avec les compétences et connaissances pertinentes pour la prise en charge CareMENS et de réfléchir aux modalités d'intégration des compétences et connaissances manquantes dans les cursus existants. La responsable du GR ayant démissionné en 2022 pour cause de surcharge et de manque de disponibilité, ces travaux ont par la suite été repris directement par les porteuses de projet qui ont mobilisé de manière bilatérale les partenaires compétents dans les différents domaines concernés.
 - Le GR formation des professionnel.le.s non soignants était composé de représentant.e.s de la Haute école de santé du Valais, du Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) et de l'Association Alzheimer (AA). Dans un premier temps, sa mission était d'identifier l'offre existante et les besoins en matière de formation pour les professionnel.le.s non soignants, afin de concevoir la formation CareMENS. Dans un second temps, son rôle était de diffuser les formations, mais également de réfléchir aux perspectives de pérennisation de la prestation. Sur la base du cahier des charges de formation élaboré par le GR, l'animation des formations durant la période de financement du projet a été assurée par les deux membres rémunérés de ce groupe (voir chapitre 4.2.2 Ressources humaines).

4.3.2. Étapes et calendrier

La Figure 4 ci-dessous présente les principaux jalons planifiés par CareMENS ainsi que le respect des échéances initialement prévues.

¹ L'AROSS est une association de droit privée soutenue par le Canton de Neuchâtel qui a pour mission d'informer, d'orienter et d'accompagner les personnes âgées de plus de 65 ans et leurs proches dans le réseau médico-social neuchâtelois.

Figure 4 Schéma de la planification des principales étapes de mise en œuvre du projet et de leur atteinte



S'agissant du **volet prise en charge**, l'implémentation du modèle de prise en charge était prévue en deux temps : une première phase de démarrage et de test au CLM, dès début 2021 et une seconde phase de répliation dans les autres CM concernés, dès avril 2022, sauf dans le CM VS qui a finalement annulé sa participation. La phase de pilote au CLM a démarré en avance, à l'automne 2020, tandis que la phase de répliation a pris du retard dans le CM GE (septembre 2022) et dans les autres CM VD (entre juillet et octobre 2022).

Pour parvenir aux échéances fixées et accompagner le déroulement du projet, les principales activités suivantes avaient été planifiées :

- Nomination des organes opérationnels en charge des IvPS et des ALC (voir Chapitre 4.3.1 Structure organisationnelle qui décrit les différents organes)
- Recrutement des thérapeutes et d'un.e care manager dans chacun des CM. C'est essentiellement cette étape qui explique le retard pris dans les autres CM vaudois.
- Répertoire des ALC : cette activité découlait d'un projet connexe financé par un tiers, CareMENS infos, qui prévoyait notamment l'élaboration, puis la mise en ligne de catalogues cantonaux d'ALC. Cette activité a constitué un point important du projet, car la disponibilité d'informations exhaustives concernant ALC est un élément-clé de l'implémentation de la prise en charge CareMENS. Les difficultés de mise en place et d'adhésion plusieurs CC (voir Défi n°1) n'ont pas permis d'aller au bout de cette mission. Ainsi, si des catalogues étaient déjà disponibles dans les cantons de Genève (élaboré par la Plateforme des Aînés) et de Neuchâtel (élaboré par l'AROSS), aucun catalogue exhaustif des activités n'est disponible à ce jour dans les autres cantons romands concernés. En pratique, les care managers reconnaissent la difficulté d'élaborer un catalogue à jour et exhaustif.
- Mesure et suivi d'indicateurs prédéfinis concernant les prestations fournies, la satisfaction et les effets sur les patient.e.s (et leurs proches).

S'agissant de la **formation pour les professionnel.le.s soignants**, la mise à disposition de formations initiales et continues a commencé dès la rentrée scolaire 2023, conformément à ce qui était prévu. Dans ce cadre, les activités suivantes avaient été planifiées :

- Nomination de l'organe opérationnel en charge (voir Chapitre 4.3.1 Structure organisationnelle)
- Identification des formations initiales et continues existantes pour analyser les possibilités d'intégration des connaissances en lien avec le modèle CareMENS, à savoir le rôle préventif des IvPS pour les personnes atteintes de TNC. La démission de la responsable du GR qui disposait de connaissances importantes sur l'offre de formation de la HES-SO a retardé l'achèvement de cette étape.

Aucune autre activité n'avait formellement été définie dans le cadre de la formation pour les professionnel.le.s soignants. Le choix a été fait d'avancer sur ce volet en fonction des opportunités rencontrées par les porteuses de projet.

S'agissant de la **formation pour les professionnel.le.s non soignants**, la mise à disposition de la formation était prévue dès juin 2022, mais a démarré en juin 2023. Les activités suivantes avaient été planifiées pour parvenir aux échéances fixées :

- Nomination de l'organe opérationnel en charge (voir Chapitre 4.3.1 Structure organisationnelle)
- Élaboration du cahier des charges comprenant la nomination des formateur.trice.s, la définition des publics cibles, les objectifs de la formation, ses contenus, ses modalités pédagogiques, ses modalités d'évaluation et de financement, des indicateurs et valeurs cibles (p. ex. nombre de personnes à former par public et par canton).
 - L'identification des publics cibles et de leurs besoins a nécessité davantage de temps que prévu. En effet, la stratégie initiale était d'identifier les professionnel.le.s non soignants concernés par le biais d'une « scoping review » qui s'est révélée infructueuse et a été remplacée par une étude ethnographique réalisée par le GR en charge et publiée dans une revue scientifique (Perruchoud et al., 2021). Des focus group ont ensuite été réalisés auprès des cinq principales catégories de professionnel.le.s identifiés afin de procéder à une analyse de leurs besoins.
 - Une étude a ensuite été menée auprès d'associations des différents cantons afin d'identifier l'offre existante ou non en matière de formation. Malgré un taux de réponse partiel, cette étude semblait démontrer quelques initiatives existantes, mais avec des contenus moins spécifiques ou avec un public cible différent (p. ex. soignant.e.s, proches aidant.e.s, retraité.e.s, etc.) ou très spécifique (p. ex. professionnel.le.s non soignants d'EMS, bénévoles, etc.). Le but de cette étude était à la fois de mieux positionner la formation en termes de publics visés et de contenus et de pré-identifier les publics intéressés.
- Création de la formation (contenus et supports). Les responsables du groupe de réflexion ont souhaité effectuer deux sessions de test afin de valider ou d'ajuster la formation créée. Ces tests ont eu lieu en Valais, en novembre 2022, auprès d'un public mixte (animateur de gym

senior, retraité, serveuse dans un tearoom, retraité, assistante en pharmacie), et en février 2023 auprès de collaborateur.trice.s d'un cabinet d'ostéopathes (ostéopathes et secrétaires).

- Planification des formations.
- Mesure et suivi d'indicateurs prédéfinis concernant les prestations fournies, la satisfaction et les effets sur les participant.e.s en matière de connaissances, d'attitudes et de comportement. La mesure des effets a été réalisée par les évaluateur.trice.s via un questionnaire en ligne (voir Chapitre 3 Méthodologie), en collaboration avec l'équipe en charge des formations pour les professionnel.le.s non soignants.

La réalisation de ces différentes étapes de mise en œuvre a été encouragée par la motivation des différents acteurs des CM et des porteuses du projet et leur collaboration, ainsi que par l'ouverture du projet aux adaptations locales. Ces deux facteurs de succès sont résumés dans les encadrés n°1 et n°2 ci-dessous.

Facteur de succès n°1 : La motivation des acteurs des CM et des porteuses de projet et leur collaboration

L'implémentation du modèle CareMENS au sein du CLM, puis sa réplication au sein des autres CM romands a bénéficié d'une dynamique positive portée par l'adhésion au projet et l'investissement des thérapeutes, responsables des CC IvPS et responsables hiérarchiques des CM. Les porteuses, par leur disponibilité, ont également largement soutenu cette dynamique positive.

La phase de réplication a par ailleurs été marquée par des initiatives de transmission des savoirs et d'apprentissage de la part des acteurs du CLM vers les autres CM. Ainsi, les thérapeutes ont pu partager le matériel élaboré et les expériences acquises afin de faciliter la réplication. Cela a notamment été permis par le GR IvPS. Une fois l'implémentation acquise dans les différents CM, des échanges intercantonaux entre thérapeutes se sont maintenus. En particulier, les care managers et les logopédistes des différents centres ont organisé des échanges en distanciel sur une base régulière afin de discuter de leurs pratiques.

Facteur de succès n°2 : Une ouverture aux adaptations locales

Bien que CareMENS prévoie la mise en place d'un modèle de prise en charge harmonisé au sein des différents CM romands, cela ne signifie pas qu'il doit être uniforme. Ainsi, la réplication du modèle a été facilitée par la possibilité de l'adapter en fonction des contextes et procédures de chaque CM. Cela a été particulièrement vrai lors des réflexions sur le recrutement des care managers. En effet, tous les CM n'étant pas dotés d'infirmier.e.s, le recrutement d'autres types de professionnel.le.s, telles qu'un.e assistant.e social.e, a été envisagé et accueilli positivement. Cette option-ci n'a finalement pas été retenue. Toutefois, le CM GE a fait le choix de nommer une neuropsychologue en tant que care manager ; cette décision a été motivée par ses compétences et connaissances sur les aspects cognitifs et psychologiques et par la possibilité de garantir la rentabilité du modèle financier. Quant au CM NE, une infirmier.e a effectivement été nommée, mais le choix s'est porté sur l'externalisation de ce rôle à l'AROSS, afin de valoriser la mission d'orientation cantonale de l'association, ainsi que ses connaissances du volet communautaire.

Malgré ces facteurs de succès, les différentes étapes de mise en œuvre ont été confrontées à trois principaux défis : la complexité de la structure organisationnelle mobilisant de nombreux acteurs

externes, l'absence de formalisation du partenariat et les contraintes liées au recrutement des thérapeutes. Ces obstacles sont résumés dans les encadrés n°1 à n°3 ci-dessous.

Défi n°1 : Une structure organisationnelle complexe mobilisant de nombreux acteurs externes

Au départ, CareMENS avait mis en place de nombreux organes afin d'englober les différents volets et les différents cantons concernés. Cette structure ambitieuse s'est avérée complexe à gérer pour différentes raisons.

D'une part, ces organes ont mobilisé des expertises diverses provenant d'entités externes non rémunérées. Par conséquent, les avancées du projet dépendaient en partie de la disponibilité de ces acteurs et de leur adhésion. Or, les travaux sur la formation des professionnel.le.s soignants ont été retardés par le manque de disponibilité de la responsable du GR ayant conduit à sa démission. En outre, des problématiques d'adhésion ont été observées de la part des Associations Alzheimer présentes dans différents organes. Celles-ci craignaient des redondances de CareMENS avec leurs propres prestations.

D'autre part, cette structure organisationnelle ayant été insuffisamment documentée et diffusée auprès des différents acteurs impliqués (pas de cahier des charges formalisé, ni de diffusion de l'organigramme et de la liste des acteurs impliqués), elle a souffert d'un manque de visibilité et de lisibilité. Plusieurs acteurs avaient, durant la 1^{ère} moitié du projet, exprimé leurs difficultés à appréhender l'organisation et les objectifs globaux du projet, voire leur propre mission au sein de ce projet.

Solutions : Face à ces problématiques, les porteuses de projet ont adopté deux principales stratégies. Premièrement, elles ont organisé des rencontres avec les responsables des différents organes afin d'apporter les clarifications nécessaires et d'insister sur le souhait de CareMENS de compléter et non de se substituer aux acteurs en place. Deuxièmement, elles ont fait le choix d'avancer de manière pragmatique sur le projet en se détachant parfois de cette structure organisationnelle.

Défi n°2 : Un partenariat à formaliser

La phase de réplication dans les autres CM nécessitant la mobilisation de ressources humaines et matérielles conséquentes, plusieurs CM ont signalé un besoin de formalisation avant d'engager les démarches nécessaires. L'absence de telles garanties juridique et administrative a ainsi retardé le démarrage dans le CM GE.

Solution : Pour répondre à ce besoin, une convention de consortium a été établie et signée afin de formaliser la mise en œuvre du projet dans les autres CM. Le choix s'est porté sur une convention multilatérale plutôt que bilatérale pour ancrer le caractère intercantonal du projet. La convention a été signée par l'ensemble des parties durant l'été 2022.

Défi n°3 : Un recrutement de thérapeutes et care managers sous contrainte

La prise en charge CareMENS nécessite des ressources et des compétences qui n'étaient pas toujours disponibles au sein des CM concernés. En effet, plusieurs CM ne comptaient pas d'infirmier.e.s, de physiothérapeutes ou de logopédistes. La prise en charge de TNC précoces étant un domaine relativement nouveau dans ces champs d'intervention, la question des compétences des thérapeutes concernés a été une préoccupation supplémentaire. En outre, il convient de noter que la Suisse est actuellement dans une situation de pénurie de logopédistes.

Solutions : Le choix des stratégies utilisées s'est fait au cas par cas :

- Internalisation de postes :

Dans le cas des thérapeutes IvPS, compte tenu du faible taux d'activité recherché (0,1 ETP), il a été plus aisé de recruter à l'interne en proposant une augmentation du taux d'activité à des thérapeutes déjà présents dans les CM à temps partiel que de recruter de nouveaux thérapeutes.

Dans le cas des care managers, une telle stratégie était moins aisée compte tenu du taux d'activité plus important (0,4 ETP minimum). Dans quelques cas, les CM ont recruté des infirmières déjà présentes au CM – en particulier des infirmières de liaison –, mais dans d'autres cas, il s'est agi d'infirmières recrutées hors du CM (autre service hospitalier ou autre institution).

- Externalisation de postes :

Dans le cas des thérapeutes IvPS, ce modèle a principalement été privilégié pour les physiothérapeutes avec le recours à des indépendant.e.s. En outre, le CM de La Côte n'ayant pas trouvé de logopédiste a fait le choix d'externaliser la prestation en renvoyant ses patient.e.s concernés vers le CLM.

S'agissant des care managers, si cette stratégie d'externalisation avait été envisagée dans plusieurs CM au départ, seul NE l'a effectivement choisie en nommant une infirmière coordinatrice de l'AROSS.

- Adaptation du modèle initial : à GE, le choix a été fait de confier le poste de care manager à une neuropsychologue plutôt qu'à un.e infirmière.

5. Résultats

Le présent chapitre vise à présenter les résultats prévus et ceux effectivement atteints par les différents volets du projet CareMENS, en termes de prestations (outputs) et d'effets (outcomes).

5.1. Prestations

5.1.1. Volet prise en charge

Le modèle de prise en charge CareMENS, comprenant des IvPS et la continuité de la prise en charge via des ALC et le suivi d'un.e care manager, a été implémenté conformément à ce qui était prévu dans les différents CM romands, à l'exception du CM VS qui a quitté le projet.

Ce sous-chapitre présente et évalue les prises en charges qui ont été réalisées. Les résultats sont présentés sous une forme agrégée et non par CM. D'éventuelles spécificités cantonales pourront toutefois être discutées dans l'analyse.

La Figure 5 ci-dessous détaille le nombre de patient.e.s concernés par CM, ainsi que quelques-unes de leurs caractéristiques démographiques (âge et sexe).² Au total, en juin 2024, 633 patient.e.s avaient accepté de débiter la prise en charge CareMENS à travers les différents CM romands.

² De plus amples données sociodémographiques et cliniques sur ces patient.e.s ont été récoltées par les porteurs de projet et sont disponibles dans leur propre rapport.

Parmi ces patient.e.s, on comptait 54 % de femmes contre 46 % d'hommes. En moyenne, ils/elles avaient 72,6 ans. S'agissant de leur âge, soulignons la part importante de patient.e.s de moins de 65 ans (15%), tandis que CareMENS se destinait initialement aux personnes âgées.

Figure 5 Public atteint par la prise en charge CareMENS (données : 08.2024)

Nombre de patient.e.s qui ont accepté la prise en charge	633														
Par CM															
CLM	227 (36%)														
CM GE	110 (17%)														
CM Nord Broye (VD)	74 (12%)														
CM NE	57 (9%)														
CM La Côte (VD)	63 (10%)														
CM Est (VD)	56 (9%)														
CM FR	46 (7%)														
Âge															
Moyenne (écart-type)	72,6 (7,9)														
Min - Max	50 - 90														
Répartition par tranches d'âge															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tranche d'âge</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><65 ans</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>65-69 ans</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>70-74 ans</td> <td>22%</td> </tr> <tr> <td>75-79 ans</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>80-84 ans</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>≥ 85 ans</td> <td>7%</td> </tr> </tbody> </table>		Tranche d'âge	Pourcentage	<65 ans	15%	65-69 ans	11%	70-74 ans	22%	75-79 ans	30%	80-84 ans	15%	≥ 85 ans	7%
Tranche d'âge	Pourcentage														
<65 ans	15%														
65-69 ans	11%														
70-74 ans	22%														
75-79 ans	30%														
80-84 ans	15%														
≥ 85 ans	7%														
Sexe															
Hommes	46%														
Femmes	54%														

En août 2024, 465 patient.e.s avaient achevé la première partie de la prise en charge composée d'une – ou, dans quelques cas mineurs, plusieurs – IvPS et 194 d'entre-eux/elles avaient achevé la deuxième partie de la prise en charge, à savoir la mise en place d'une ALC, son suivi par le/la care manager et la tenue d'un bilan final. En moyenne, la durée totale de la prise en charge était d'environ une année.

Le chiffrage de ces prises en charge est présenté en Figure 6 ci-dessous, laquelle indique, pour les IvPS comme pour le suivi ALC, le nombre de prises en charges terminées, en cours, interrompues, en attente/recherche et refusées/en échec. La somme des prises en charge terminées, en cours et interrompues correspond au nombre de prises en charge débutées. Les données recensées distinguent, pour le suivi ALC, l'échec du refus : l'échec désigne des situations pour lesquelles l'absence de mise en place est indépendante de la volonté du/de la patient.e. (p. ex. péjoration cognitive majeure, problème de santé, etc.), tandis que le refus fait référence à la volonté exprimée par le/la patient.e lui/elle-même.

En ce qui concerne les différentes IvPS, les écarts d'effectifs s'expliquent principalement par les caractéristiques cliniques des patient.e.s pour lesquels l'indication thérapeutique est le plus souvent la neuropsychologie. En outre, il convient de noter que le format et le processus de ces IvPS diffèrent. Le nombre de séances n'est pas le même : les prises en charge en physiothérapie et la logopédie sont

plus longues que la prise en charge neuropsychologie (9 à 18 séances contre 5 à 7 séances). L'IvPS logopédique a généralement lieu en individuel, tandis que les IvPS en physiothérapie et en neuropsychologie se déroulent en groupe et peuvent ainsi absorber une demande de patient.e.s plus importante. La neuropsychologie requiert, en outre, de réunir des patient.e.s aux caractéristiques cliniques – voire, dans la mesure du possible, sociodémographiques – similaires (groupes homogènes), ce qui peut prendre du temps.

En ce qui concerne les ALC, il convient de préciser plusieurs points. Premièrement, dans certains cas, l'acceptation de la notion d'ALC a été élargie afin d'englober l'ensemble des activités pratiquées sur une base régulière, comportant une dimension socialisante et permettant de stimuler le/la patient.e, à condition que cela s'inscrive dans les objectifs de sa prise en charge. Ainsi, un cours de piano à domicile ou encore des marches avec un groupe d'ami.e.s peuvent parfois être considérés comme des ALC au même titre qu'un cours collectif de tai-chi, car ils permettent au/à la patient.e d'échanger avec une tierce personne et de développer ses fonctions cognitives. Deuxièmement, de nombreux patient.e.s réalisaient déjà une ou plusieurs activités de loisirs assimilables à des ALC avant leur prise en charge au sein de CareMENS. Si ces activités s'inscrivent dans le cadre des objectifs de la prise en charge du/de la patient.e, alors le suivi de la care manager peut se poursuivre sur la base de cette ancienne activité. Ainsi, ces patient.e.s ont été comptabilisés comme ayant débuté une ALC (terminé, en cours ou interrompu) et non comme ayant refusé (voir Figure 6). Sur l'ensemble suivis d'ALC débutés, plus du tiers (37%) concernait une ancienne activité. A contrario, lorsque ces activités anciennes ne s'inscrivent pas dans les objectifs de la prise en charge, alors il s'agit pour le/la patient.e de mettre en place une nouvelle ALC. Troisièmement, les différents échanges avec les care managers ont permis de souligner la nécessité de considérer avec précaution la mise en place d'une ALC comme indicateur de réussite. Par exemple, plusieurs ont mentionné des cas de patient.e.s qui cumulent déjà de multiples activités (p. ex. garde des petits enfants, loisirs, etc.), pouvant potentiellement générer davantage d'anxiété que de plaisir et de ressourcement. Selon elles, il est donc parfois nécessaire d'alléger ces patient.e.s en faisant le point sur ce qui est bénéfique ou non, quitte à renoncer à la mise en place d'une nouvelle ALC. Un autre exemple est celui de patient.e.s qui refusent de mettre en place une ALC mais qui, encouragés par leur care manager, se laissent convaincre d'accepter de s'orienter vers d'autres espaces de socialisation ou de mettre en place de nouvelles choses (p. ex., suivre une psychothérapie, oser aller seul au cinéma, faire un voyage, etc.). Aucune mise en place d'ALC ne sera comptabilisée, mais cela n'en demeure pas moins un pas en faveur de leur qualité de vie.

Dans le cas de la mise en place d'une IvPS comme d'un suivi ALC, les résultats des prises en charge indiquent un nombre de refus de prise en charge non négligeable (respectivement 35% et 17%).³ Parmi les motifs de refus d'IvPS et d'ALC recensés, la plupart renvoient à une problématique de « compliance », soit de disposition à accepter et à participer à la prise en charge. Les thérapeutes et les care managers interrogés reconnaissent une difficulté à « accrocher » certains patient.e.s, à les convaincre que la prise en charge peut répondre à leurs besoins et leur être bénéfique et constatent que, plus le temps passe, plus il est difficile de raccrocher ces personnes. S'agissant des IvPS, les principaux motifs de refus sont « manque de disponibilité / trop d'investissement » (31%) et « je n'en ai pas besoin » (27%). Les thérapeutes formulent l'hypothèse que la proposition intervient au moment du diagnostic,

³ Ces taux de refus sont calculés sur la base du nombre de patient.e.s (955) qui remplissaient les critères d'admission au CM et avaient reçu une proposition d'IvPS en juin 2024.

un temps d'acceptation parfois long et difficile pour les patient.e.s, qui craignent notamment d'être confrontés à leurs problématiques. La gestion du diagnostic est par ailleurs apparue comme thème lors de plusieurs échanges avec les patient.e.s. Outre les problématiques de « compliance », 14% des refus d'IvPS ont été justifiés par des problématiques de mobilité. Si cette problématique ne ressort pas comme majoritaire dans les chiffres, elle a particulièrement été abordée par les thérapeutes et les care managers des CM qui se situent dans des régions ou cantons ruraux et étendus (Nord-Broye, Est vaudois, Neuchâtel et Fribourg). Ainsi, l'acceptation de la prise en charge a pu être plus difficile pour les patient.e.s habitant loin du CM et n'étant pas autonomes dans leurs déplacements. S'agissant des ALC, le motif de refus le plus fréquent est : « je ne veux pas d'activité de groupe » (36%). La problématique de l'intégration dans un groupe a été abordée sous plusieurs angles. Les thérapeutes interrogés signalent certains profils de patient.e.s qui sont généralement plus réticents, notamment ceux/celles qui présentent des troubles « visibles » (p. ex., degré de troubles plus avancés, troubles du langage) et qui auront, par conséquent, plus de difficultés à interagir dans un groupe, ainsi que ceux/celles qui ont des personnalité plus introverties. Plusieurs patients hommes interrogés ont également mentionné que certaines ALC sont uniquement ou très majoritairement fréquentées par des femmes (p. ex., la gym ou l'aquagym). Le deuxième motif de refus d'ALC le plus fréquent est « j'ai déjà plusieurs activités » (29%). Bien que nous ne disposions pas de données quant aux profils de patient.e.s qui ont invoqué ces motifs, il est intéressant de noter que les différents CM ont enregistré 15% des patient.e.s en-dessous de l'âge AVS et dont la plupart avaient encore une activité professionnelle, rendant la mise en place d'une ALC régulière plus difficile et parfois moins pertinente vis-à-vis de leurs besoins.

Il convient de préciser que les données de prise en charge recensées et présentées dans la Figure 6 demeurent incomplètes et ne reflètent pas l'ampleur des prestations réalisées. D'une part, il y a un écart non comptabilisé entre le nombre de bilans et le nombre de prises en charges effectives réalisées par les logopédistes. En effet, en amont de toute prise en charge, ces dernières doivent réaliser un bilan auprès des patient.e.s qui leur sont adressés afin de déterminer s'ils/elles répondent aux critères CareMENS. D'autre part, les données concernant le suivi réalisée par les care managers dans le cadre de la mise en place d'une ALC ne permettent pas de documenter le travail d'accompagnement et de suivi qu'elles réalisent, dès le démarrage de la prise en charge et au-delà. En effet, nos entretiens avec les care managers, ainsi qu'avec les patient.e.s, évoquent un rôle d'accompagnement plus durable et global. Les care managers interviennent dès le début de la prise en charge, puis restent disponibles voire maintiennent un contact avec les patient.e.s au-delà du bilan de fin de suivi ALC. Elles peuvent également mettre en place d'autres prises en charge médicosociales selon les besoins constatés (p. ex. psychothérapie, ergothérapie, accompagnement social, livraison de repas, etc.). De manière plus informelle, les care managers sont aussi sollicitées par les patient.e.s pour répondre à leurs questions et préoccupations en-dehors du périmètre de CareMENS ; par exemple, plusieurs care managers expliquent prendre le temps de revenir sur la restitution du diagnostic par le médecin avec des patient.e.s. Enfin, elles accompagnent et soutiennent également les proches.

Figure 6 Prises en charge CareMENS réalisées (en nombre de patient.e.s) (données : 08.2024)

	Terminé	En cours	Interrompu	En attente / recherche	Refusé / échec
IvPS	465	56	62	50	353 (refus)
Neuropsychologie	335	16	32	37	-
Logopédie	51	16	13	5	-
Physiothérapie	79	24	17	8	-
Suivi ALC	194	108	20	12	77 (refus) 53 (échec)

S'agissant des prestations à fournir, CareMENS s'était au départ fixé une série d'objectifs (voir Figure 7). Les objectifs en matière d'accessibilité et de disponibilité des IvPS ont globalement été atteints.

- 94% des patient.e.s (valeur cible : 80%) répondant aux critères d'inclusion CareMENS ont reçu une proposition d'IvPS.
- On observe toutefois un très léger écart concernant la part d'IvPS acceptées par les patient.e.s et débutées dans un délai de 3 mois (valeur réelle : 76% ; valeur cible : 80%). Plusieurs explications peuvent être avancées. Premièrement, la disponibilité des patient.e.s : ils peuvent être temporairement absents, retardant le démarrage de la prise en charge. Deuxièmement, dans le cas des IvPS neuropsychologiques, la mise en place d'un groupe aux caractéristiques homogènes nécessite du temps. Troisièmement, la disponibilité des thérapeutes est limitée : leur taux d'activité est bas et plusieurs déclarent avoir atteint ou approcher leur capacité maximale pour absorber l'afflux de nouveaux patient.e.s dans les délais (voir Défi n°7).

Les objectifs concernant la continuité après les IvPS, quant à eux, sont partiellement atteints.

- La part de patient.e.s ayant démarré une ALC après leur IvPS était inférieure à la valeur cible (70% contre 80%). Cet écart s'explique par le nombre important de refus (17%) ou d'échecs (11%) de mise en place. Les motifs de refus d'ALC ont été recensés et indiquent que, dans plus des deux tiers des cas, il s'agit d'une problématique de « compliance » (voir Défi n°5). En outre, des questionnements en lien avec l'offre d'ALC sont également apparus lors de nos entretiens avec les care managers (voir Défi n°8).
- Parmi les patient.e.s qui ont effectivement débuté une ALC, plus de 95% (184 patient.e.s sur les 194 suivis terminés) l'ont poursuivie pendant au moins 3 mois, ce qui dépasse largement la valeur cible de 50% initialement fixé.

Figure 7 Comparaison entre les objectifs visés et atteints de la prise en charge CareMENS (données : 08.2024)

	Valeur cible	Valeur réelle
Accessibilité et disponibilité des IvPS		
% IvPS proposées aux patients répondant aux critères d'inclusion	80%	94%
% IvPS débutées < 3 mois	80%	76%
Continuité après les IvPS		
% ALC débutées après IvPS	80%	70%
% ALC poursuivies ≥ 3 mois	50%	95%

Deux principaux facteurs de succès ont permis au CM de mettre en œuvre les prestations décrites : la dynamique d'amélioration continue portée par les porteuses du projet et l'ensemble des thérapeutes, d'une part, et le rôle de care manager comme pivot de la prise en charge, d'autre part. Ces facteurs de succès sont détaillés dans les encadrés 3 et 4 ci-dessous.

Facteur de succès n°3 : Le rôle de care manager comme pivot de la prise en charge

Le rôle de care manager agit comme un pivot, tant pour les thérapeutes que pour les patient.e.s, garantissant la mise en œuvre et le bon déroulement des prestations.

D'une part, le rôle de care manager permet de faciliter le recrutement des patient.e.s, puis le suivi et la coordination de la prestation grâce aux échanges avec les autres professionnel.le.s, qu'il s'agisse des thérapeutes IvPS ou des autres collaborateur.trice.s du CM. Si ces échanges sont parfois informels, le temps du colloque interprofessionnel est identifié comme un moment-clé permettant d'échanger collectivement sur la situation du/de la patient.e.⁴ Les différents thérapeutes interrogés reconnaissent également l'allègement d'une certaine charge administrative grâce à l'introduction du rôle de care manager ; par exemple, ils/elles disent ne plus avoir à assurer la coordination des prestations (p. ex., demander l'ordonnance au médecin, s'assurer que le/la patient.e a effectivement mis en place ce qui a été discuté, etc.), ce qui leur permet de se focaliser sur le temps clinique. D'autre part, les care managers permettent de mobiliser les patient.e.s tout au long du processus de prise en charge. Elles construisent un accompagnement sur mesure avec le/la patient.e et sont identifiées comme figure de référence vers laquelle il/elle peut se tourner, favorisant son adhésion. Le moment de l'accompagnement vers la mise en place d'une ALC en est une illustration. Le processus prévoit la tenue de trois entretiens motivationnels, au travers desquels le/la patient.e fait un état des lieux de sa situation, met en lumière ses activités et ressources et identifie les pistes, dont la mise en place d'une ALC, pour améliorer sa qualité de vie.

Facteur de succès n°4 : L'amélioration continue

Le programme CareMENS a fait l'objet d'un effort d'amélioration continue. Cela a été permis par un système de pilotage fin des prestations via le recueil systématique de données objectives (p. ex., caractéristiques cliniques des patient.e.s atteints, enquête de satisfaction, etc.) et la dynamique d'échanges réguliers entre les thérapeutes et les porteuses de projet.

Les améliorations proposées ont permis aussi bien d'élargir les critères d'admissibilité des patient.e.s et d'atteindre un plus large public que de renforcer l'accompagnement des patient.e.s. S'agissant de l'atteinte du public, il est important de noter que les notions de TNC léger ou TNC majeur à un stade débutant englobent une pluralité de profils avec des types et degrés d'atteinte très variables. Ainsi, à l'issue des premières prises en charge, il est apparu que les séances de neuropsychologie, fondées sur un programme canadien nommé « Memo » n'était pas adaptées à certains patient.e.s. C'est sur la base de ce constat que de premières adaptations ont été proposées.

⁴ Le colloque interprofessionnel a lieu dans tous les CM concernés, avec deux nuances. Premièrement, au CM NE, ce colloque, appelé « concilium », a été mis en place en cours de projet, pour accompagner le passage d'une consultation de la mémoire à un centre mémoire unique et intégré pluridisciplinaire afin de renforcer le suivi des patient.e.s. L'ensemble des thérapeutes interrogés ainsi que la care manager reconnaissent que cela a bénéficié à la prise en charge CareMENS. Deuxièmement, au CM FR, la care manager n'était pas conviée lors de ces colloques.

Le programme « Memo » a alors été décliné pour différents profils de patient.e.s (« Memood » pour les troubles de l'humeur et « Memorise » pour les troubles plus sévères) et les groupes de neuropsychologie sont par conséquent devenus plus homogènes afin de regrouper des patient.e.s aux caractéristiques similaires. Suite à cela, d'autres profils de patient.e.s pour lesquels CareMENS semblait pouvoir être bénéfique ont été considérés. D'une part, des patient.e.s sans diagnostic mais avec des plaintes subjectives.⁵ D'autre part, des patient.e.s avec des troubles de la fonction exécutive pour lesquels une nouvelle IvPS nommée « RemFex » comprenant de la neuropsychologie et de la physiothérapie a été développée et testée au CLM, avant de pouvoir bientôt être déployée dans les autres CM.⁶

S'agissant du renforcement de l'accompagnement des patient.e.s, trois principaux points sont à relever. Premièrement, l'intégration des proches ou d'un.e ergothérapeute. Les proches ont été identifiés comme de véritables partenaires de la prise en charge (p. ex., accompagnement aux séances ou aux ALC, aide pour remobiliser les stratégies apprises lors des séances à domicile, etc.). Ainsi, les logopédistes, neuropsychologues – dans le cadre des groupes Memorise – et les care managers, les ont intégrés, selon les besoins, dans une ou plusieurs séances. Puis, progressivement, dans les situations où il n'y avait pas de proche ou si cette implication engendrait une charge mentale trop conséquente pour le proche, les professionnel.le.s ont fait appel à des ergothérapeutes. Deuxièmement, l'extension du rôle de care manager avec l'orientation vers ou la mise en place d'autres prises en charge médicosociales selon les besoins des patient.e.s, bien qu'il ne semble pas avoir été clairement discuté et théorisé, constitue également une forme de renforcement de l'accompagnement. Troisièmement, constatant la plus-value du format groupal proposé par les autres IvPS, les logopédistes ont souhaité mettre en place une prise en charge logopédique de groupe, pour des patients avec des symptômes légers et en combinaison avec les séances individuelles, afin d'intégrer des espaces de mises en pratique et de psychoéducation. Ces premiers groupes de logopédie ont été récemment mis en place au CLM.

En parallèle à ces facteurs de succès, la réalisation des prises en charge a été confrontée à plusieurs défis : le ralentissement durant la crise sanitaire COVID-19, la déperdition de patient.e.s, les difficultés à positionner et à valoriser la physiothérapie, la gestion des flux dans une volonté d'équilibre entre offre et demande, ainsi que la disponibilité et l'accessibilité de l'offre d'ALC. Ces défis sont résumés dans les encadrés 4 à 8 ci-dessous.

Défi n°4 : La crise sanitaire COVID-19

La première phase d'implémentation du projet au CLM a coïncidé avec la crise sanitaire COVID-19 et les restrictions qui en découlaient, affectant le déroulement des différentes prises en charge.

Solutions : Les IvPS physiothérapeutiques ont dû être interrompues dès octobre 2020 car les thérapeutes étaient réquisitionnées dans d'autres services. Les prises en charge ont par la suite redémarré en deux temps : d'abord en individuel, dès avril 2021, puis en groupe, dès mai 2021.

⁵ Le CM GE considère en revanche qu'une prise en charge CareMENS n'est pas adaptée pour les patient.e.s sans diagnostic ; ces dernier.e.s sont orientés vers un suivi individuel hors CareMENS.

⁶ Dans la Figure 6, présentant l'ensemble des prises en charge IvPS fournies, les IvPS « RemFex » sont comptabilisées comme des IvPS neuropsychologiques.

Les IvPS neuropsychologiques (groupales) et logopédiques (individuelles), quant à elles, se sont déroulées à distance, grâce aux moyens virtuels. L'organisation de ces prises en charge à distance a mobilisé des efforts considérables d'organisation et d'adaptation des outils et protocoles de la part des professionnel.le.s concernés. Toutefois, les résultats des enquêtes de satisfaction réalisées durant cette période auprès des patient.e.s et de leurs proches ont mis en évidence les difficultés d'adaptation et les thérapeutes eux/elles-mêmes ont pu observer les limites de ces prises en charge à distance, en particulier pour les patient.e.s avec des TNC plus aigus. Les apprentissages et bonnes pratiques en matière de télé-réhabilitation ont été consignés dans une publication scientifique (Leidi-Maimone et al., 2021).

Défi n°5 : La compliance des patient.e.s

Comme mentionné, des problématiques de compliance de patient.e.s ont été observés, résultant en une déperdition importante de patient.e.s, tant pour démarrer la prise en charge qu'en cours de prise en charge, au moment de la mise en place du suivi ALC.

Solutions : Face aux problématiques de compliance, la fonction de care manager en soi est probablement un moyen de limiter la déperdition des patient.e.s en favorisant leur adhésion (voir Facteur de succès n°3). Toutefois, Lorsqu'elles font face à des patient.e.s qui n'adhèrent réellement pas, les care managers signalent aux patient.e.s rester à leur disposition. De la même manière, dans les cas où les refus s'expriment en cours de prise en charge, au moment de l'étape des ALC, certains suivis peuvent se poursuivre avec l'accord du/de la patient.e (prises de contact informelles, accompagnement sur d'autres besoins médico-sociaux, etc.). Ainsi, comme mentionné, malgré l'absence de mise en place d'une ALC, les care managers continuent à soutenir la qualité de vie des patient.e.s.

Dans le cas des IvPS, face aux cas de refus en lien avec des problématiques de mobilité, Neuchâtel a choisi de proposer l'IvPS neuropsychologique sur ses deux sites (Neuchâtel et La Chaux-de-Fonds), ce qui a toutefois posé des difficultés pour parvenir à créer des groupes homogènes. Par ailleurs, la logopédiste a ponctuellement accepté de se déplacer à La Chaux-de-Fonds pour réaliser des bilans. Bien que d'autres CM opéraient parfois sur plusieurs sites, il n'était généralement pas possible d'y proposer la prise en charge CareMENS sur ces différents lieux pour des raisons d'indisponibilité de salles et de taux d'activité des thérapeutes insuffisant.

Défi n°6 : Le positionnement et la valorisation de l'IvPS physiothérapie de groupe

Les thérapeutes et les care managers ont relevé plus de difficultés pour les IvPS physiothérapeutiques que pour les autres IvPS. Ces difficultés se situaient au niveau de l'adressage des patient.e.s par les médecins et au niveau de l'acceptation de la prise en charge par les patient.e.s.

S'agissant de l'adressage, il convient de noter que la physiothérapie doit être prescrite par un médecin et non par un neuropsychologue, contrairement aux autres prestations. Or, de nombreux médecins n'auraient pas le réflexe et l'habitude de prescrire ce type de prestations pour des cas de troubles cognitifs.

S'agissant de l'acceptation par les patient.e.s, leurs réticences renvoient principalement aux problématiques de compliance et de mobilité évoquées. En effet, la physiothérapie étant relativement accessible en-dehors du CM – contrairement à la logopédie et à la neuropsychologie – et de nombreux patient.e.s en bénéficiant déjà, la plus-value de démarrer une telle prise en charge en sus n'apparaît pas toujours évidente pour eux/elles. D'une part, ils/elles n'établissent pas

spontanément de liens entre problématique cognitive et prise en charge physiothérapeutique. D'autre part, l'image qu'ils/elles ont d'une prise en charge en physiothérapie est relativement éloignée de ce que propose CareMENS en réalité. Ces réticences sont d'autant plus fortes que la prise en charge a lieu loin du lieu de résidence du/de la patient.e.

Solutions : Afin d'améliorer l'adressage des patient.e.s vers la physiothérapie, des efforts de communication et de sensibilisation auprès des médecins des CM ont été réalisés. Quant à l'acceptation par les patient.e.s, les CM qui n'ont pas rencontré de difficultés de recrutement de patient.e.s insistent sur l'importance du travail de communication et de pédagogie en amont de la part de la care manager et du/de la physiothérapeute, idéalement en présence d'un.e proche, afin d'explicitier le lien entre physiothérapie et mémoire. À Fribourg, la possibilité de suivre une IvPS neuropsychologique en plus de physiothérapeutique a également été accordée afin d'améliorer l'adhésion des patient.e.s. Toujours à Fribourg, lorsque la problématique était celle de la mobilité, certains patient.e.s ont été réorientés vers des cabinets de physiothérapie de ville qui proposaient des séances de groupe.

Défi n°7 : La gestion des flux dans une perspective d'équilibre entre offre et demande

Le bon fonctionnement de CareMENS dépend en partie de l'équilibre entre l'offre et la demande de prises en charge. L'offre se mesure essentiellement par le taux d'activité des thérapeutes et des care managers. La demande, quant à elle, se mesure par le nombre de patient.e.s adressés et par le nombre de patient.e.s répondant effectivement aux critères de sélection. Or, il apparaît que ces deux champs entrent constamment en tension.

D'une part, un nombre insuffisant de patient.e.s adressés puis admis ne permettrait pas de combler l'offre. Ceci est d'autant plus vrai pour la physiothérapie et la neuropsychologie pour lesquels la création de groupes et de groupes homogènes nécessite un afflux minimal de patient.e.s. Plusieurs CM ont rencontré cette situation, en particulier au démarrage. Plusieurs facteurs explicatifs ont été formulés : soit, une patientèle initiale qui présenterait des TNC plus avancés que la cible de CareMENS soit, une capacité de diagnostic en amont de CareMENS saturée soit, des critères d'admission à CareMENS insuffisamment maîtrisés par les professionnel.le.s, affectant la quantité de patient.e.s adressés.

D'autre part, un nombre trop conséquent de patient.e.s adressés risque de saturer les professionnel.le.s qui ont de faibles taux d'activité. Ceci est d'autant plus vrai que ce temps de travail n'est pas uniquement affecté aux prises en charge CareMENS, mais également à d'autres tâches connexes (p. ex., temps de préparation et de consignation des séances, récolte de données, échanges interprofessionnels formels ou non dans le cadre du projet, bilans logopédiques, etc.). C'est la situation dans laquelle plusieurs CM se sont progressivement retrouvés avec le déploiement du programme. En particulier, les neuropsychologues et les logopédistes interrogés durant le 1^{er} semestre 2024 rapportaient rencontrer des difficultés à faire face à la demande et observer des délais d'attente de plus en plus importants. Les care managers rapportent également devoir limiter leur temps de suivi dans le cadre de la mise en place d'ALC, et notamment devoir renoncer plus rapidement face à des patient.e.s réfractaires. Dans cette configuration de demande excédentaire, la qualité de l'adressage est également mise en cause : certains professionnel.le.s ont en effet observé un relâchement sur le respect des critères au moment de l'adressage, ayant également des répercussions sur leur charge de travail.

Solutions : Face aux situations de demande déficitaire qui ont surtout été observés au démarrage du programme, c'est essentiellement la clarification des critères d'admission auprès des différents professionnel.le.s du CM et la progressive maîtrise du programme par ces dernier.e.s qui a permis de réguler l'adressage de nouveaux patient.e.s. Le CM de Neuchâtel, quant à lui, a souhaité accélérer le recrutement de patient.e.s en procédant à un recrutement rétroactif, c'est-à-dire en contactant des patient.e.s qui avaient réalisé un diagnostic au CM avant l'implémentation de la prise en charge. Les situations de demandes excédentaires, quant à elles, ont partiellement été modérées par l'auto-gestion du temps de travail des thérapeutes : plusieurs signalent avoir priorisé – autant que possible – le temps clinique afin de limiter la charge administrative. Seul le CLM a pu procéder à une augmentation du taux d'activité pour la logopédiste. Enfin, afin de limiter l'afflux de nouveaux patient.e.s, l'ensemble des CM ont fait le choix de ne pas déployer de communication à large échelle sur le programme CareMENS.

Défi n°8 : L'offre d'ALC : disponibilité et accessibilité

De manière générale, l'offre d'ALC est jugée satisfaisante par les care managers. Les principaux prestataires d'ALC sont des acteurs institutionnels tels que le Mouvement des aînés, Pro Senectute, ou encore La Croix Rouge. Les activités les plus fréquemment citées par les care managers et les patient.e.s sont la gym, l'aquagym, le tai-chi, les université des seniors.

Deux éléments ont été mentionnés, tant par les care managers que par les patient.e.s, comme des facteurs pouvant affecter la compliance et la motivation des patient.e.s. Premièrement, la disponibilité de l'offre, en matière d'horaires et/ou de nombre de places. En effet, il semblerait que dans plusieurs cantons, certaines activités aient des liste d'attente. Deuxièmement, l'accessibilité de l'offre, notamment en termes de prix et d'éloignement. S'agissant des prix, il existe bien des ALC peu coûteuses voire gratuites, mais cela limite le choix à disposition pour les patient.e.s. S'agissant de l'éloignement, si la couverture géographique des ALC est jugée satisfaisante – y compris dans les territoires ruraux –, des problématiques de mobilité se posent pour les patient.e.s non véhiculés et selon l'offre de transports en commun ou la disponibilité des proches.

Solutions : Si le bon fonctionnement de CareMENS est largement dépendant de la qualité de l'offre d'ALC, cette dernière ne dépend pas de CareMENS. Certaines care managers nous ont dit transmettre les manques et les besoins observés aux prestataires d'ALC lorsqu'elles en ont la possibilité, sans aucune garantie quant à la prise en compte de ces suggestions.

Sur le plan de l'accessibilité financière, lorsque cette problématique est identifiée, les care managers orientent les patient.e.s concernés vers les services sociaux.

5.1.2. Volet formation

Les formations à destination des professionnel.le.s soignants et non soignants ont été implémentées conformément à ce qui était prévu. Ce sous-chapitre présente et évalue plus en détails les prestations fournies.

S'agissant de la **formation pour les professionnel.le.s soignants**, le projet n'a pas mis en place de formation dédiée au modèle CareMENS, mais plutôt des modules de formation (de 1h à ½ journée), afin de compléter les contenus de l'offre de formation initiale et continue déjà en place en Romandie. Pour les étudiant.e.s en physiothérapie, en plus d'un module théorique, des observations in situ de prises en charge au CLM ont été proposées.

La Figure 8 ci-dessous présente les différentes formations dans lesquelles CareMENS est intervenu, ainsi que le public atteint.

Aucun objectif quantitatif n'avait été fixé quant au nombre de formations à déployer ou de professionnel.le.s à former. Toutefois, on observe que des modules de formation ont été déployés pour l'ensemble des professionnel.le.s concernés par le modèle CareMENS. Ainsi, ces formations ont permis d'atteindre : 80 (futurs) physiothérapeutes, 70 (futurs) neuropsychologues, 50 logopédistes et 32 infirmier.e.s. À ce stade, ces formations ne couvrent pas l'intégralité de l'offre romande, ce qui s'explique principalement par le fait que certains cantons sont spécialisés dans la formation de certaines catégories de professionnel.le.s (p. ex., les formations de logopédistes sont dispensées à Neuchâtel et à Genève).

Figure 8 Interventions dans les formations pour les professionnel.le.s soignants (données : 08.2024)

Formation	Public atteint	(n=)	Date
Master psychologie clinique, UNIGE	Étudiant.e.s en psychologie	30	05/2023
MAS Neuropsychologie, UNIGE	Neuropsychologues en formation	40	04/2023
CAS Coordination des soins et travail en réseau, HES-La Source	Infirmier.e.s	32	11/2023
	Dietéticien.ne.es	2	
Formation continue postgrade, UNIGE	Logopédistes	50	06/2024
Bachelor en physiothérapie, 2ème année, HESAV	Étudiant.e.s en physiothérapie	40	10/2023
Bachelor en physiothérapie, 3ème année, HESAV	Étudiant.e.s en physiothérapie	24	02/2024

S'agissant des **formations pour les professionnel.le.s non soignants**, deux types de formats ont été développés :

- Une formation en présentiel sur inscription, s'adressant à des groupes de 5 à 20 personnes, et dont la durée peut varier entre 2h et une journée en fonction des besoins et des disponibilités des participant.e.s. Cette formation s'articule autour de 3 modules : deux premiers théoriques et un troisième pratique. Pour l'animer, un support de présentation et des scénarii-vidéos de mise en situation ont été créés. Ce matériel est ensuite mis à disposition des participant.e.s. La Figure 9 ci-dessous présente plus en détails les formations qui ont été dispensées.
- 3 capsules-vidéos courtes de 3 à 5 minutes, en ligne et libres d'accès, reprenant les éléments-clés des différents modules de la formation principale. À ce stade, il n'est pas pertinent d'évaluer ces capsules. En effet, les seules données à disposition sont le nombre de vues (229 vues cumulées sur les 3 vidéos). Ces vidéos n'ont pas encore été communiquées et diffusées à plus large échelle, elles ont uniquement été diffusées auprès des participant.e.s à la formation en présentiel.

Entre juin 2023 et août 2024, 29 formations ont été dispensées auprès de 344 participant.e.s. La quasi-totalité de ces formations ont duré entre 2h et 4h ; seules 2 ont duré une journée.

Plus de la moitié des formations a eu lieu auprès d'organisations vaudoises (52%), tandis que plus d'un quart concernait des organisations genevoises (28%). Aucune formation n'a eu lieu en Valais – à l'exception des deux formations tests qui ont eu lieu en amont (voir Chapitre 4.3.2 Étapes et calendrier).

Dans le cadre de l'évaluation et afin de décrire le public atteint, nous avons choisi d'élaborer des typologie d'organisations qui ont sollicité une formation et de participant.e.s.

Trois catégories d'organisations ont bénéficié de la formation pour les professionnel.le.s non soignants. 41% étaient des structures d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées (p. ex., EMS, appartements protégés), 31% étaient des services sociaux communaux (Communes) et, 28% étaient des associations ou prestataires d'accompagnement et de loisirs (p. ex., branches locales de Pro Seneclute, de La Croix Rouge ou encore du Mouvement des aînés).

La composition des groupes participant.e.s étant souvent mixte, il n'est pas possible de les quantifier. Toutefois, les principales catégories suivantes de participant.e.s ont été recensées : travailleur.euse.s sociaux.ales, moniteur.trice.s /animateur.trice.s, administratif.ve.s, personnels d'intendance ou d'hôtellerie, bénévoles et auxiliaires de santé.⁷ En plus de ces professionnel.le.s non soignant.e.s, notons que deux autres autres catégories de participant.e.s ont bénéficié des formations. Premièrement, deux organisations ont sollicité la formation pour des groupes entièrement composés de citoyen.ne.s. L'une de ces organisations était une structure d'appartement protégés organisant des après-midi de rencontres pour des villageois de plus de 65 ans pour palier la disparition du centre d'accueil temporaire (CAT)⁸ local. L'autre était une Commune qui souhaitait organiser des soirées de sensibilisation à l'attention de l'ensemble de ses habitant.e.s. Deuxièmement, un EMS a organisé une session de formation pour les proches de ses résident.e.s.

Cette description des publics réellement atteints présente un écart avec ceux initialement visés. D'une part, aucun des professionnel.le.s du secteur privé, tels que les cafetier.e.s, les boulanger.e.s, les caissier.e.s de supermarché, les pharmacien.ne.s et assistant.e.s en pharmacie n'ont été atteints, tandis que les professionnel.le.s du social ou de l'animation, appartenant à des organisations du secteur public ou parapublic, ont été largement atteints. D'autre part, l'intégration de citoyen.ne.s et de proches indique une extension du périmètre du public visé.

Figure 9 Formations dispensées en présentiel pour les professionnel.le.s non soignants (données : 08.2024)

Nombre de formations dispensées	29
Par Canton	
Vaud	15 (52%)
Genève	8 (28%)
Fribourg	2 (7%)
Jura	2 (7%)
Neuchâtel	1 (3%)
Valais	0 (0%)
Mixte	1 (3%)

⁷ Les auxiliaires de santé pourraient toutefois être qualifiés de professionnel.le.s soignants.

⁸ Dans le canton de Vaud, les CAT désignent sont des structures d'accompagnement médico-social vaudois qui accueillent en journée – et parfois la nuit –, une ou plusieurs fois par semaine, des personnes âgées vivant à domicile, fragilisées par la vieillesse, un handicap ou l'isolement.

Par type d'organisations	
Structures d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées	12 (41%)
Communes	9 (31%)
Associations / prestataires d'accompagnement et de loisirs	8 (28%)
Nombre de participant.e.s par formation	
Moyenne (écart-type)	11,9 (5,1)
Min – Max	6 - 23

Un objectif quant au taux de réponse à la demande de formation avait été défini dans le cadre du pilotage du projet. Cet objectif a été atteint : sur les 34 demandes de formations formulées par des organisations, 29 ont été honorées, soit 85% (valeur cible : 80%). Les 5 demandes de formation qui n'ont pas pu aboutir l'ont été par faute de disponibilité, en sachant que le taux d'activité des formateur.trice.s s'élevait à 0,5 ETP. Cette demande excédentaire est un indicateur de l'attractivité de la formation. Il convient aussi de noter qu'un premier filtre pour confirmer la demande est effectué par le biais d'un échange entre les formateur.trice.s et les organisation demandeuses afin de confirmer l'adéquation entre les besoins et attentes de ces dernières et la formation.

Figure 10 Comparaison entre les objectifs visés et atteints de la formation des professionnel.le.s non soignants (données : 08.2024)

	Valeur cible	Valeur réelle
% des organisations ayant sollicité une formation formées (n=34)	80%	85%

In fine, l'atteinte des publics visés a été le principal défi rencontré dans le cadre du déploiement des formations auprès des professionnel.le.s non soignants. Ce défi est résumé dans l'encadré n° 9 ci-dessous.

Défi n°9 : L'atteinte des publics visés

Le démarrage de la phase de planification des séances a été marqué par une faible demande. En effet, le GR a d'abord diffusé l'information sur la formation aux associations auprès desquelles un contact avait été préalablement établi lors de la phase d'étude de marché, mais également aux Communes et aux faïtières. C'est finalement la mise en ligne du site internet CareMENS qui a permis de stimuler la demande. Toutefois, une partie des professionnel.le.s non soignants issus du secteur privé initialement visés n'a jamais été atteinte. Cela s'explique par une difficulté première à établir le contact. En effet, les faïtières contactées n'ont pas joué de rôle de canal de transmission, invitant le GR à s'adresser directement aux entreprises concernées. En outre, l'intérêt et la disponibilité de ces publics sont aussi avancés comme facteur explicatifs.

5.2. Effets

5.2.1. Volet prise en charge

Les effets de la prise en charge peuvent être évalués sur plusieurs publics et à travers plusieurs dimensions. Ainsi, nous présentons ci-dessous d'abord les effets sur les patient.e.s et leurs proches quant à leur satisfaction et sur le plan clinique. Les effets sur les compétences des patient.e.s en matière de santé sont également présentés. L'ensemble de ces effets ont été, d'une part, mesurés par un questionnaire de satisfaction et des indicateurs cliniques et, d'autre part, rapportés par les patient.e.s et leurs proches lors des entretiens collectifs ou observés par les professionnel.le.s interrogés. Dans un

deuxième temps, nous partageons les effets constatés sur les multiplicateurs, à savoir les thérapeutes IvPS et les care managers que nous avons rencontrés lors d'entretiens, mais également l'ensemble des professionnel.le.s – soignants ou non – impliqués dans le réseau médico-social des patient.e.s éligibles à CareMENS et que nous avons interrogés à travers une enquête en ligne dans les cantons de Vaud et Neuchâtel.

S'agissant de **la satisfaction des patient.e.s et de leurs proches**, la Figure 11 ci-dessous présente les taux qu'ils et elles ont rapporté sur les questionnaires distribués en fin d'IvPS, puis en fin d'ALC. Les objectifs fixés en matière de satisfaction ont largement été atteints : qu'il s'agisse des IvPS ou des ALC suivies, de même que du suivi réalisé par la care manager, le taux de satisfaction des patient.e.s et proches est supérieur à 80%.

Ces résultats positifs en matière de satisfaction se retrouvent dans les propos recueillis lors de nos entretiens collectifs. De manière générale, l'ensemble des patient.e.s interrogés ont exprimé leur satisfaction quant à leur prise en charge (« content », « enchanté », « heureux », « reconnaissant »). Il est à noter qu'un certain nombre de patient.e.s n'ayant pas (encore) mis en place d'ALC au moment de nos entretiens collectifs, ils/elles se sont essentiellement exprimés sur les IvPS. S'agissant des IvPS, deux aspects ont particulièrement été évoqués. Premièrement, les stratégies apprises ont été appréciées et considérées comme utiles pour les patient.e.s qui les ont remobilisées dans leur quotidien ; elles ont également permis à certains patient.e.s de confirmer la pertinence de ce qu'ils/elles mettaient spontanément en place. Plusieurs patient.e.s ont toutefois émis quelques nuances quant aux stratégies transmises dans le cadre de l'IvPS en neuropsychologie : leur appropriation s'est notamment avérée plus compliquée car issues d'un programme canadien (« Memo ») dont les références seraient trop éloignées du contexte culturel suisse. Deuxièmement, le format groupal a été unanimement salué par les patient.e.s des différents CM interrogés. D'une part, ils/elles ont apprécié se retrouver avec d'autres personnes qui connaissent les mêmes difficultés qu'eux/elles (« cela permet de relativiser ») ; d'autre part, ils/elles notent que le groupe permet une forme d'enrichissement des contenus des IvPS (« on se nourrit des idées et des techniques des uns et des autres »). Ce deuxième constat comporte toutefois un biais : en effet, les personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation l'ont été sur une base volontaire, en sachant le format collectif de l'entretien, ce qui présuppose qu'il s'agit de personnes plus enclines à apprécier participer à des groupes.

Figure 11 Comparaison entre les taux de satisfaction visés et atteints de la prise en charge pour les patient.e.s et les proches (données : 08.2024)

	Valeur cible	Patient.e.s	Proches
		Valeur réelle	
IvPS	80%	86% (n=265)	82% (n =80)
Neuropsychologie	80%	85% (n=180)	–
Logopédie	80%	86% (n=31)	–
Physiothérapie	80%	89% (n=55)	–
ALC suivie	80%	90% (n=108)	91% (n=28)
Suivi par la care manager	80%	91% (n=108)	90% (n=28)

S'agissant des **effets cliniques de la prise en charge sur les patient.e.s**, la Figure 12 ci-dessous présente les résultats obtenus. Ceux-ci peuvent être comparés aux effets initialement visés, ainsi que – pour une partie d'entre eux – aux effets cliniques mesurés chez un groupe de contrôle composé de

patient.e.s du CLM (GC).⁹ Globalement, si les effets visés ne sont pas toujours atteints, la comparaison avec le groupe de contrôle démontre la plus-value du programme CareMENS.

- **Sur le plan de la cognition**, le score CDR s'est maintenu comme cela était visé. Le score MoCA, en revanche, présente une détérioration, ce qui s'explique par le caractère dégénératif des troubles. Cette détérioration demeure toutefois plus faible chez les patient.e.s CareMENS que chez les patient.e.s du groupe de contrôle.
- **Sur le plan de l'autonomie** à domicile, on observe une diminution (DAD-6), mais celle-ci s'avère inférieure au groupe de contrôle. En proposant des stratégies ou en agissant sur la condition physique des patient.e.s pour pallier leurs difficultés du quotidien, les IvPS visent précisément à agir sur l'autonomie des patient.e.s. Les patient.e.s interrogés lors des entretiens collectifs ont spontanément relevé les progrès réalisés grâce à CareMENS, sur le plan de la mémoire (« depuis CareMENS, je n'ai plus jamais rien perdu, avant j'égarais tout le temps des choses », « j'ai remis de l'ordre dans les idées, je suis plus efficace »), de la communication (« j'ose demander aux gens de parler moins vite, de répéter ou de ne pas m'interrompre quand je parle ») et de la mobilité (« j'ai développé mon équilibre, j'arrive mieux à descendre les escaliers »).
- Aucun objectif n'avait été défini en amont concernant **l'anxiété et la dépression**, mais les résultats démontrent qu'elles diminuent. S'agissant de l'anxiété (HAD-A), la diminution est similaire au groupe de contrôle, tandis qu'elle est plus importante s'agissant de la dépression (HAD-D). Cette évolution a été exprimée par les patient.e.s interrogés. D'une part, ils/elles rapportent avoir regagné confiance en eux/elles. Ce propos est d'ailleurs corroboré par les professionnel.le.s interrogés, pour qui CareMENS permet en effet aux patient.e.s de se sentir considérés, mais également de ne plus se sentir impuissant face à la maladie mais capables de faire des choses en mettant l'accent sur leurs ressources et capacités restantes, ce qui a un effet bénéfique pour leur estime personnelle. D'autre part, les patient.e.s expriment un regain de motivation (« boosté », « réveillé », « courage », « combatif », « espoir »). Le programme leur a donné l'envie et l'énergie de faire de nouvelles activités ou de recommencer des activités qu'ils/elles avaient délaissées. Un patient raconte par exemple qu'il a intégré une chorale, une idée qu'il avait depuis son enfance, sans jamais n'avoir osé l'entreprendre. Si la care manager joue un rôle évident sur la motivation des patient.e.s, le format groupal de la prise en charge est également mentionné : savoir qu'ils/elles ne sont pas seuls les rassure. Notons toutefois que, dans de rares cas, le groupe peut aussi être confrontant pour les patient.e.s.
- L'indicateur de **qualité de vie** globale des patient.e.s (WHOQOL) a augmenté de manière significative. Aucune comparaison avec le groupe de contrôle n'est disponible pour cet indicateur, car elle n'est habituellement pas mesurée au CLM. La dimension « **relations sociales** » est la dimension de l'indicateur qui a augmenté le plus fortement.¹⁰ Cela est évidemment le fait des ALC, mais

⁹ Il s'agit de patient.e.s qui présentent des caractéristiques similaires aux patient.e.s CareMENS (âge, diagnostic, etc.), mais qui n'ont pas bénéficié du programme CareMENS. Les indicateurs cliniques de ce groupe de contrôle ont été mesurés à l'issue de deux entretiens qui ont eu lieu à une année d'intervalle, ce qui est comparable à la durée moyenne de prise en charge CareMENS. Il s'agit à ce stade d'analyses préliminaires qui devront être affinées par la suite.

¹⁰ L'instrument du WHOQOL mesure la qualité de vie dans quatre domaines : la santé physique, le bien-être psychique, les relations sociales et l'environnement.

également des IvPS groupales. Une physiothérapeute note à cet égard que la dynamique de groupe est « la plus grosse réussite ». En effet, avant même la mise en place de l'ALC, les patient.e.s tissent des liens durant la prise en charge au CM : ils/elles se donnent rendez-vous avant la séance pour boire un café, repartent ensemble en transports en commun, voire gardent contact à l'extérieur. Ces liens sont favorisés par le fait que les patient.e.s se retrouvent entre pairs : ils/elles ont le même diagnostic et rencontrent les mêmes difficultés.

L'évolution de la qualité de vie a également été mesurée chez les proches. Aucun changement significatif n'a été observé.

- Enfin, sur le plan de la **médication**, le nombre et le dosage de psychotropes est demeuré stable pour 76% des patient.e.s. Cet indicateur sera surtout utile comme variable de contrôle pour affiner l'analyse des effets de CareMENS. À ce stade, ces analyses statistiques ne sont pas encore disponibles.

Figure 12 Comparaison entre les effets cliniques visés et atteints de la prise en charge pour les patient.e.s (n=184) et leurs proches (n=41) (données : 08.2024)

Domaine	Indicateur clinique	Évolution visée	Évolution mesurée
Patient.e.s (n=184)			
Cognition	CDR (Clinical Dementia Rating)	Maintien	Maintien
	MoCA (Montreal Cognitive Assessment)	Ralentissement de la baisse	Diminution significative mais progression plus lente que GC
Autonomie à domicile	DAD-6 (Disability Assessment for Dementia)	Maintien	Diminution significative mais inférieure au GC
Anxiété et dépression	HAD-A (Hospital Anxiety and Depression scale)	–	Diminution significative mais similaire au GC
	HAD-D (Hospital Anxiety and Depression scale)	–	Diminution significative et supérieure au GC
Qualité de vie	WHOQOL (World health organization quality of life assessment)	Maintien ou amélioration	Augmentation significative
Médication	Nombre de psychotropes	Maintien	Maintien pour 76% Augmentation pour 14% Diminution pour 5%
	Dose de psychotropes	Maintien	Maintien pour 76% Augmentation pour 16% Diminution pour 1%
Proches (n=41)			
Qualité de vie	WHOQOL (World health organization quality of life assessment)	Maintien ou amélioration	Maintien

S'agissant des **effets sur les compétences des patient.e.s en matière de santé**, les propos des patient.e.s et des professionnel.le.s interrogés indiquent un renforcement. Ce renforcement serait lié à la dimension psychoéducative du programme. Selon un professionnel, « mieux comprendre la maladie et le fonctionnement de son cerveau sont des préalables pour devenir acteur de sa maladie : on met les idées à plat et on baisse les attentes vis-à-vis de soi-même. » De nombreux patient.e.s évoquent

une « prise de conscience » quant à la maladie d'une part (« avant, je pensais que la maladie était une fatalité, maintenant j'ai pris conscience que l'on peut s'améliorer », « je sais que je ne vais pas retrouver ma mémoire, mais il faut apprendre à vivre avec et palier les déficits », « ce n'est pas fini, la vie continue, je peux vivre avec ça », « je sais que je suis encore libre de faire un tas de choses »), et quant aux comportements à adopter pour améliorer leur condition d'autre part (« une ouverture sur ce qu'il faut faire pour améliorer sa santé », « prise de conscience de l'importance du lien social et de l'activité physique », « j'ai pu comprendre ce qu'il faut faire pour me sentir bien », « j'ai compris que les informations ne rentrent pas si je suis fatiguée ou inquiète, il faut apprendre à se reposer »). Plusieurs patient.e.s déclarent ainsi avoir – outre la mise en place de leur ALC – adopté de nouveaux comportements, en particulier sur le plan de l'activité physique, ce que confirment les thérapeutes.

Les effets positifs relevés chez les patient.e.s et leurs proches peuvent être attribués à l'existence du projet et à un certain nombre d'éléments-clés qui le composent et sont résumés dans l'encadré Facteur de succès n°5 ci-dessous. En revanche, des éléments pouvant nuire à la réalisation des effets ont également été identifiés (voir Défis n°10 et n°11).

Facteur de succès n°5 : L'existence du programme, ses approches et principes d'action

Avant la mise en place de CareMENS, les patient.e.s se voyaient attribuer un diagnostic sans proposition concrète de prise en charge. L'existence même du programme permet ainsi de soulager patient.e.s et professionnel.le.s.

En outre, les approches et les principes d'action suivants, sur lesquels se fonde la prise en charge, sont des leviers au service de la réalisation des effets visés :

- La focale sur les ressources et les compétences du patient plutôt que sur son diagnostic ;
- La dimension psychoéducatrice : la transmission de connaissances sur le fonctionnement de son cerveau et la fourniture de conseils à mobiliser et/ou de stratégies à exercer dans son quotidien ;
- Le rôle de care manager qui propose un accompagnement et un suivi individualisé ;
- Le rôle du groupe.

Défi n°10 : La gestion de facteurs exogènes qui peuvent avoir un impact sur les effets de la prise en charge

Nos entretiens avec les patient.e.s et leurs proches, ainsi qu'avec les professionnel.le.s nous ont permis d'identifier deux facteurs qui peuvent limiter les effets de la prise en charge chez les patient.e.s :

- Le rôle de l'entourage : de manière générale, la présence et l'implication d'un proche est souvent mentionné comme un levier par les patient.e.s et les professionnel.le.s. Ainsi, l'absence de proche ou leur absence d'implication, de soutien ou de compréhension peut être vécu comme difficile pour des patient.e.s. En revanche, l'implication des proches doit être considéré avec précaution car celle-ci peut parfois constituer une charge mentale conséquente pour eux/elles, nuisant à leur propre qualité de vie.
- La motivation des patient.e.s : si la compliance des patients est importante en amont pour accepter d'intégrer le programme, elle l'est tout autant durant le programme. CareMENS est une prise en charge qui requiert un investissement important en temps et en énergie de la part des patient.e.s. Ainsi, certain.e.s patient.e.s interrogés ont exprimé des effets modestes en lien

avec le fait qu'ils n'avaient pas pris le temps de remobiliser les stratégies et conseils transmis dans leur quotidien.

Défi n°11 : La fin de la prise en charge et le risque d'un sentiment de rupture

Les patient.e.s interrogés lors des entretiens collectifs disent ne pas comprendre la fin des IvPS et souhaiteraient pouvoir continuer à en bénéficier, y compris de manière plus ponctuelle. Les professionnel.le.s confirment cela et l'expliquent par le fait qu'ils/elles savent le caractère dégénératif de leur maladie et craignent de perdre la stimulation. En outre, même si les patient.e.s sont invités à avoir une ALC dans lequel ils/elles pourront avoir des liens sociaux, ils/elles ont tissé des liens avec les autres patient.e.s CareMENS de leur groupe auxquels ils/elles s'identifient.

Solution(s) : Actuellement, plusieurs « réponses » pour pallier ce sentiment de rupture se sont mises en place. Il s'agit toutefois de solutions partielles et informelles.

Premièrement, les care managers restent disponibles – dans les limites de leurs ressources – pour répondre aux demandes et besoins des patient.e.s, y compris en l'absence de mise en place de suivi ALC et après la séance de bilan finale. Deuxièmement, plusieurs patient.e.s ont continué à maintenir des liens entre eux/elles. En outre, des patient.e.s jeunes qui se sont rencontrés dans le cadre d'un groupe de neuropsychologie au CLM auraient également lancé un groupe de parole via l'Association Alzheimer pour d'autres patients jeunes.

S'agissant des **effets sur professionnel.le.s soignants impliqués dans la prise en charge**, il convient de noter qu'aucun objectif n'avait été fixé au préalable. Nous nous attacherons donc à discuter des effets sur la collaboration interdisciplinaire, conformément aux questions d'évaluation de PSCH. D'autres effets « inattendus » sont également discutés.

- Le renforcement de la **collaboration interprofessionnelle** est l'un des principaux effets observés chez les thérapeutes et care managers interrogés. D'une part, le programme a permis d'élargir le spectre de professionnel.le.s impliqués dans la prise en charge des patient.e.s ; en effet, les infirmier.e.s, physiothérapeutes et logopédistes n'étaient pas nécessairement parties prenantes des prises en charge au sein des CM auparavant. D'autre part, la fonction de care manager a permis de faciliter la coordination entre les thérapeutes au sein et en-dehors des CM (p. ex., demande des ordonnances au médecin). Cette collaboration interdisciplinaire a contribué au bon déroulement des prestations (voir facteur de succès n°3 p. 24). Enfin, la dimension intercantonale du projet a permis des interactions entre thérapeutes de différents CM.
- En outre, les professionnel.le.s mentionnent des effets positifs sur leurs **pratiques et postures professionnelles**. Indépendamment de leur profession, plusieurs signalent que CareMENS leur a permis de changer leur façon de travailler. À cet égard, ils/elles mentionnent notamment le fait de prendre le temps avec les patient.e.s, ce qui n'est pas toujours évident dans un contexte hospitalier. Ils/elles apprécient également de pouvoir observer les effets positifs chez leurs patient.e.s et la reconnaissance exprimée par ces dernier.e.s. Les logopédistes et les physiothérapeutes qui, pour la plupart, étaient moins habitués à prendre en charge ce type de patient.e.s disent avoir pris conscience que l'on pouvait apporter quelque chose et observer des bénéfices malgré le caractère dégénératif de la maladie et avoir dû, pour ce faire, développer de nouvelles méthodes de prise en charge. Certaines neuropsychologues dressent un constat différent à ce sujet et expriment une forme de « redondance » lié au fait qu'elles doivent réitérer le même programme à

chaque séance, le contenu des séances étant prédéfini. En revanche, les neuropsychologues expriment un soulagement quant au fait de ne plus avoir à délivrer un diagnostic aux patient.e.s sans ne pouvoir leur proposer ensuite une prise en charge (« un malaise en moi s'est dissipé »).

Quant aux **intersections à l'intérieur ou à l'extérieur des soins de santé**, on observe un mouvement depuis les CM vers les autres acteurs médico-sociaux. En effet, la continuité entre les milieux hospitalier et communautaire est au cœur même de CareMENS et du rôle d'orientation vers des ALC par les care managers. En outre, dans les faits, les care managers ont joué un rôle d'orientation plus large encore, en fonction des besoins constatés chez les patient.e.s (voir Chapitre 5.1.1). À l'inverse, le mouvement des autres acteurs médico-sociaux vers le CM semble, à ce stade, moins important, ce qui s'explique très probablement par le caractère encore confidentiel du projet. Pour rappel, les CM n'ont pas ou que très peu communiqué auprès des partenaires externes, par crainte de ne pas pouvoir faire face à un afflux de demande. Cela se vérifie par ailleurs dans les résultats des enquêtes en ligne que nous avons menées, notamment auprès de médecins de ville et hospitaliers, de collaborateur.trice.s des soins à domicile et d'associations pertinentes du canton de Vaud – avec une focale sur la région Lausanne –, en 2022, puis du canton de Neuchâtel, en 2024.¹¹ 74% des répondant.e.s vaudois (n=103) et 43% des répondant.e.s neuchâtelois (n=75) n'avaient jamais entendu parler du programme. Cet écart peut s'expliquer par un effort de communication plus important à Neuchâtel, dans un contexte de création de son centre mémoire et dans un contexte de demande déficitaire. Par ailleurs, le niveau de connaissance des médecins hospitaliers du CHUV et du RHNe, ainsi que des infirmier.e.s de l'AROSS était bien plus important que celui des autres acteurs, ce qui s'explique par la proximité de leurs organisations avec le projet. Dans le cadre de ces enquêtes, nous avons interrogé les répondant.e.s qui déclaraient connaître « assez bien » ou « très bien » le programme quant à ses impacts actuels ou à venir sur leur manière d'appréhender leurs patient.e.s ou bénéficiaires. Dans le canton de Vaud (n=7), 86% ont répondu que le programme avait déjà un impact (43%) ou estiment qu'il aura un impact à l'avenir (43%). Dans le canton de Neuchâtel (n=28), 89% ont répondu que le programme avait déjà un impact (75%) ou estiment qu'il aura un impact à l'avenir (14%). Invités à décrire les impacts de cette nouvelle prise en charge, 3 répondant.e.s sur 4 mentionnent la possibilité d'orienter les patient.e.s. Quant aux répondant.e.s qui estiment que CareMENS n'a et n'aura pas d'impact sur leur pratique, ils/elles mentionnent le périmètre de CareMENS, en particulier les critères d'éligibilité restrictifs des patient.e.s.¹²

5.2.2. Volet formation

Les effets des formations destinées aux professionnel.le.s soignants n'avaient fait l'objet d'aucune définition ni de mesure d'objectif préalable, de la part des porteuses de projet.

Quant à la formation destinée aux professionnel.le.s non soignants, deux enquêtes ont été menées, avec deux temporalités distinctes. Une première enquête, visant à récolter la satisfaction des participant.e.s, a été distribuée à la fin de chaque formation, et une seconde enquête en ligne, visant à documenter les effets sur les connaissances, les attitudes et les comportements des participant.e.s, leur a été envoyée chaque fois trois mois après leur formation. La première enquête a été menée

¹¹ Les publics interrogés et répondants sont présentés plus en détails en Annexe D.

¹² Les réponses aux questions formulées par les répondant.e.s sont disponibles en Annexe D.

directement par le GR en charge et la seconde a été menée par nos l'équipe d'évaluation. Les questionnaires et les résultats de cette dernière sont disponibles en annexe F.

Parmi les 344 participant.e.s à la formation pour les professionnel.le.s non soignants, 197 ont répondu à **l'enquête de satisfaction**, correspondant à un taux de réponse de 57%.

Le taux de satisfaction exprimé par les répondant.e. s'élève à 90%, ce qui est très satisfaisant en comparaison de l'objectif visé par le projet (80%) (voir Figure 13). Aucun répondant.e ne s'est déclaré « très insatisfait » ou « insatisfait » de la formation, 6% ont exprimé un avis « neutre », tandis que 37% se sont déclarés « satisfaits » et 57% « très satisfaits ». En outre, 96% ont répondu « oui » à la question « Recommanderiez-vous cette formation à d'autres collègues ou personnes ? » et une large majorité des répondant.e.s (94%) a considéré que les contenus étaient adaptés à leurs besoins.

Toujours dans le cadre de cette enquête de satisfaction, les répondant.e.s ont également été invités à citer les points forts et les points d'amélioration de la formation. Nous avons analysé ces réponses formulées à l'aide d'une catégorisation inductive.

183 répondant.e.s (53%) ont mentionné un ou plusieurs points forts (200 éléments au total). 70% (140 éléments) de ces points forts concernent le contenu de la formation. En particulier, les répondant.e.s ont apprécié l'accessibilité et la clarté des explications, ainsi que leur illustration par des exemples, mais également les différentes connaissances transmises afin de mieux comprendre, détecter et gérer la maladie. Parmi les autres points forts mentionnés, 13% (26 éléments) concernent le dispositif de formation, à savoir la qualité de l'animation et des supports proposés, et 10% (20 éléments) concernent les méthodes d'animation permettant d'interagir et de poser des questions.

62 répondant.e.s (18%) ont mentionné un ou plusieurs points d'amélioration (65 éléments au total). Plus de la moitié de ces points d'amélioration (54% ; 35 éléments) concernent les méthodes de la formation. Plus spécifiquement, les participant.e.s regrettent que la dimension pratique de la formation ne soit pas plus développée (28 éléments), par exemple à travers des exemples concrets, des études de cas, ou encore des jeux de rôles. D'autres participant.e.s sollicitent davantage d'interactions (7 éléments). Parmi les autres points d'amélioration, 29% (19 éléments) concernent le dispositif de formation. Sous cet angle, c'est surtout le temps et le rythme de la formation qui font l'objet de commentaires ; bien qu'une minorité a trouvé la formation trop longue (2 éléments), la plupart auraient plutôt souhaité avoir plus de temps (9 éléments). Enfin, 17% (11 éléments) des points d'amélioration concernent les contenus : la plupart expriment le souhait que les thématiques abordées puissent être approfondies.

Figure 13 Comparaison entre les taux de satisfaction visés et atteints de la formation pour les professionnel.le.s non soignants (données : 08.2024)

	Valeur cible	Valeur réelle
% de satisfaction exprimée par les participant.e.s (n=197)	80%	90%

Parmi les 344 participant.e.s à la formation pour les professionnel.le.s non soignants, 60 ont répondu à **l'enquête sur les effets**. Cet écart peut s'expliquer par le fait que l'enquête a été envoyée à un nombre réduit de participant.e.s (111) qui ont accepté de fournir leurs coordonnées pour ce faire. Par ailleurs, l'important décalage temporel entre le moment de la formation et le moment d'envoi de l'enquête (3 mois) est un facteur démobilisateur.

Les effets visés par la formation étaient une amélioration des connaissances sur les TNC et sur les attitudes et comportements à adopter en présence de personnes atteintes ou susceptibles d'être atteintes de TNC. Les résultats de l'enquête indiquent que ces objectifs ont été atteints.

Sur le plan des connaissances, l'ensemble des répondant.e.s disent que la formation leur a permis de mieux comprendre les symptômes et les comportements des personnes atteintes de TNC (« oui, tout à fait » : 48% ; « plutôt oui » : 52%). Ils/elles sont par ailleurs 89% à considérer avoir intégré la plupart ou la quasi-totalité des notions qui leur ont été présentées.

Sur le plan des attitudes et comportements, nous avons interrogé les participant.e.s sur leur posture face aux personnes atteintes de TNC ou susceptibles de l'être, ainsi que sur leur capacité à les orienter. S'agissant de la posture, 96% des répondant.e.s considèrent que la formation leur a permis ou leur permettrait d'être plus adéquat dans leur manière de communiquer, de se comporter ou d'agir face à une personne présentant des TNC. Quant à l'orientation, nous distinguons les répondant.e.s qui déclarent avoir été en situation d'interaction avec une ou plusieurs personnes présentant des TNC depuis la formation (63%) de ceux qui déclarent ne pas avoir rencontré cette situation (37%). Pour le premier groupe, lorsqu'il est apparu nécessaire d'orienter la personne concernée, tous.les les répondant.e.s déclarent avoir été capable d'orienter les personnes. Pour le deuxième groupe, près de la moitié déclare se sentir capable d'orienter spontanément les personnes, et un peu plus de l'autre moitié déclare ne pas se sentir capable de les orienter spontanément, mais savoir où trouver l'information.

Figure 14 Comparaison entre les effets visés et atteints de la formation pour les professionnel.le.s non soignant (données : 08.2024)

Domaine	Évolution visée	Évolution mesurée
Connaissances	Amélioration	Amélioration
Attitudes et comportements	Amélioration	Amélioration

Sur la base des données récoltées à l'issue de l'enquête de satisfaction et de l'enquête sur les effets de la formation, ainsi que de l'observation que nous avons réalisée, la richesse et l'adaptabilité des contenus est le principal facteur de succès relevé (voir Facteur de succès n°6). En revanche, la transmission de ces contenus à travers des méthodes d'apprentissage davantage fondées sur l'expérience et la pratique constitue le principal défi (voir Défi n°12).

Facteur de succès n°6 : Un contenu riche, accessible et adaptable

La formation a été conçue de manière à s'adapter au mieux aux participant.e.s. Les formateur.trice.s clarifient les besoins en amont avec l'organisation demandeuse, puis adaptent les contenus à ces besoins et à la durée souhaitée. Un support de présentation unique et complet est toutefois mis à la disposition des participant.e.s en aval. L'accessibilité des contenus grâce à l'effort de vulgarisation est également un point fort qui favorise l'assimilation des notions présentées.

Défi n°12 : Les méthode d'apprentissage

Lors de l'observation que nous avons réalisée, le temps à disposition n'a pas permis d'aborder plus en détails le module pratique de la formation et les scénarii-vidéos n'ont pas été mobilisés. De plus, les premiers modules théoriques étaient essentiellement dispensés à travers une méthode magistrale. Ces constats se retrouvent dans les points d'amélioration formulés par les participant.e.s sur les méthodes de formation.

La mobilisation de méthodes expérientielles et participatives permettrait de renforcer la dimension pratique de la formation et de favoriser l'apprentissage par la mobilisation de toutes les ressources et les savoirs présents dans la salle et davantage d'interactions entre pairs.

5.3. Pérennisation

5.3.1. Volet prise en charge

Comme mentionné précédemment, le volet prise en charge est entré dans une phase de pérennisation dès mars 2024, avec la fin du financement des postes de thérapeutes IvPS et de care manager par les fonds PSCH.

Face aux résultats satisfaisants en matière de prestations fournies comme en matière d'effets observés, l'ensemble des CM, à l'exception du CM FR, ont pérennisé les postes de thérapeutes et de care managers CareMENS.

Les CM qui ont pérennisé les postes ont maintenu les taux d'activité initiaux (voir Chapitre 4.2.2 Ressources humaines), sauf le CM Nord-Broye qui a augmenté la logopédiste, la neuropsychologue ainsi que la care manager de 0,1 ETP chacune. Dans le canton de Vaud, des demandes d'augmentation des taux d'activité pour 2025 avaient été formulées, mais ont été refusées en raison de la conjoncture d'austérité. En outre, le CM GE a choisi de ne pas maintenir l'IvPS en physiothérapie en raison d'un nombre insuffisant de patient.e.s lié aux difficultés de positionnement et de valorisation évoqués précédemment (voir Défi n°6). Les mécanismes et les durées de financement diffèrent selon les CM. Dans le canton de Vaud, la décision a été prise pour une durée indéterminée ; les postes sont financés à travers les prestations d'intérêt général (PIG) versées par le Canton aux hôpitaux (dans le cas du CLM et du CM La Côte) ou aux réseaux de soins (dans le cas des CM Est vaudois et Nord Broye). À Genève, ce sont les HUG qui financent les postes pour une durée déterminée à renouveler chaque année. Un financement de la part du Canton est envisagé dès 2025 ; un financement via les missions d'intérêt général (MIG) n'étant pas envisageable avant le renouvellement du prochain contrat de prestation en 2028, une solution de financement transitoire est en cours de réflexion. À Neuchâtel, le poste de care manager est financé par le Canton jusqu'en 2025, via le financement de l'AROSS, les autres thérapeutes IvPS sont financées par le RHNe, jusqu'à fin 2024.

Quant au CM FR, la décision d'interrompre la prise en charge a été justifiée, par la direction du HFR, par le manque d'autofinancement du programme dans un contexte de finances déséquilibrées. De plus, le contexte organisationnel du HFR et du CM FR a été marqué par de nombreux changements hiérarchiques, affectant ainsi la possibilité d'un soutien stratégique continu dans le cadre des discussions relatives à la pérennisation. Cette interruption n'a pu être annoncée qu'au dernier moment, ce qui a été vécu difficilement par de nombreux patient.e.s, comme par les professionnel.le.s impliqués, qui sont toutefois parvenus à terminer les prises en charge entamées. Face à cette situation, une demande de financement de PIG a été formulée auprès des autorités cantonales compétentes pour le budget 2025 et est en cours d'étude.

La pérennisation de la prise en charge dans trois des quatre cantons ayant implémenté CareMENS a été possible dans une large mesure grâce à l'implication et l'information continue des responsables stratégiques hospitaliers et des autorités cantonales par les porteuses de projets (voir Facteur de succès n°7), et plus modestement par le travail diffusion du modèle auprès des publics spécialisés (voir

Facteur de succès n°8) . Malgré cela, la pérennisation reste encore fragile du fait de l'autofinancement encore limité du modèle en place (voir Défi n°13).

Facteur de succès n°7 : L'implication et l'information continue des acteurs stratégiques

Les porteuses de projet ont été proactives pour favoriser la pérennisation du projet. En particulier, la documentation et la récolte de données sur le projet dans le but de démontrer ses effets a permis d'impliquer dès la départ et de tenir régulièrement informés les représentant.e.s des Directions cantonales en charge de la santé publique réunis au sein du groupe de suivi intercantonal. Ces représentant.e.s reconnaissent que ce facteur a largement favorisé leur soutien au projet. En outre, les directions des CM et les services financiers hospitaliers ont également été impliqués dans les réflexions en lien avec le financement des prestations (p. ex., facturation, modèle financier, etc.).

Facteur de succès n°8 : La diffusion du modèle auprès des publics spécialisés

Les porteuses de projet ont également présenté le programme CareMENS lors de divers congrès en lien avec les thématiques des troubles neurocognitifs et de leur prise en charge, en Suisse et à l'international. Au total, le projet a ainsi présenté devant plus de 800 multiplicateurs (en particulier des professionnel.le.s de la santé et des chercheurs). Ces efforts auront probablement contribué à la notoriété et à la crédibilité du projet dans les milieux intéressés.

Défi n°13 : Une pérennisation fragilisée par un autofinancement encore limité

L'actuelle pérennisation du volet prise en charge est encourageant, mais le financement est soumis à un renouvellement annuel et dépend soit d'hôpitaux qui sont soumis à des exigences de rigueur budgétaire, soit de Cantons dont les décisions politiques peuvent fluctuer. La dimension financière a par ailleurs été le principal facteur de retrait des cantons du Valais et de Fribourg. Or, les différents représentant.e.s stratégiques des CM attirent l'attention sur le manque d'autofinancement de certaines prestations, en lien avec des actes non facturables dans le cas de la logopédie ou du suivi de la care manager, ou avec un nombre insuffisant de patient.e.s dans le cas de la physiothérapie.

Solutions : La neuropsychologie étant à la fois l'IvPS la mieux remboursée et donc financée, mais aussi la plus consommée dans le cadre de la prise en charge CareMENS, cela permet de compenser les déficits des autres IvPS. En outre, au CM GE, la nomination d'un.e neuropsychologue pour exercer le rôle de care manager a en partie été motivée par les possibilités de financement plus favorables.

5.3.2. Volet formation

L'ensemble des interventions dans les formations pour les professionnel.le.s soignants proposés ont été pérennisées, selon les besoins et les calendriers de chaque formation (voir Figure 15).

Quant à la formation pour les professionnel.le.s non soignants, le choix a été fait d'aborder la pérennisation canton par canton, avec l'idée de transférer la mission d'animation de la formation conçue à une ou des organisations locales intéressées (p. ex., centres de formation, associations, etc.). Dans le Canton du Valais, la formation a été ajoutée au catalogue de formations et de sensibilisations de la Haute école de santé du Valais. Dans les cantons de Vaud et Genève, des discussions sont en cours avec les organisations pertinentes et les autorités cantonales. En revanche, à ce jour, aucune organisation ne s'est montrée intéressée pour reprendre la formation dans les cantons de Neuchâtel, Fribourg et Jura.

Figure 15 État de la pérennisation des formations pour les professionnel.le.s soignant.s

Formation	Public atteint	Fréquence
Master psychologie clinique, UNIGE	Étudiant.e.s en psychologie	À la demande ¹³
MAS Neuropsychologie, UNIGE	Neuropsychologues en formation	Tous les 3 ans
CAS Coordination des soins et travail en réseau, HES-La Source	Infirmier.e.s, diététicien.ne.es	Tous les 2 ans
Formation continue postgrade, UNIGE	Logopédistes, neuropsychologues	À la demande
Bachelor en physiothérapie, 2ème année, HESAV	Étudiant.e.s en physiothérapie	Annuelle
Bachelor en physiothérapie, 3ème année, HESAV	Étudiant.e.s en physiothérapie	Annuelle

6. Conclusions et recommandations

6.1. Évaluation générale

6.1.1. Efficacité et efficience

Sur le plan de l'**efficacité**, malgré quelques retards observés dans la phase de mise en œuvre du projet, CareMENS a largement rempli ses objectifs de départ en matière de prestations et d'effets, tant pour le volet prise en charge que pour le volet formation.

Dans le cadre du **volet prise en charge**, les objectifs visés quant aux prestations ont été globalement atteints. Deux principaux points d'amélioration ont été identifiés : premièrement, raccourcir les délais d'attente pour la mise en place des IvPS, qui demeurent toutefois contraints par les ressources à disposition pour répondre à la demande ; deuxièmement, réduire les refus de prises en charge IvPS – notamment en physiothérapie – ou de suivi ALC, ce qui passe en partie par l'amélioration de la compliance des patient.e.s. En outre, les données récoltées, ainsi que les témoignages des patient.e.s, de leurs proches et des professionnel.le.s démontrent les effets bénéfiques du modèle CareMENS.

Le succès de ce volet repose à la fois sur un concept de prise en charge innovant incarné par la fonction de care manager et sur la motivation et l'engagement des principaux acteurs concernés (les porteuses et les acteurs des CM), ainsi que leur capacité à faire preuve de réactivité, souplesse et pragmatisme dans la mise en œuvre et du projet. Ce succès a été consacré par la pérennisation de la prise en charge dans 6 CM sur les 8 initialement visés.

Dans le cadre du **volet formation**, les prestations et effets visés ont également été atteints. S'agissant des professionnel.le.s soignants, des modules de formation ont été développés et pérennisés pour chaque catégorie de professionnel.le concerné par le modèle CareMENS (neuropsychologues, logopédistes, physiothérapeutes, infirmier.e.s). Aucun objectif d'effets n'avait été formalisé au départ et n'ont par conséquent été mesurés. S'agissant des professionnel.el.s non soignants, une formation en

¹³ Outre le module de formation détaillé développé pour cette formation dans le cadre du projet, le programme CareMENS est brièvement mentionné chaque année dans l'un des cours du cursus.

présentiel, ainsi que des capsules vidéo ont été développés à leur attention. Les objectifs de départ en termes de satisfaction et d'amélioration des connaissances, d'attitudes et des comportements de la formation en présentiel ont été atteints. La formation a été pérennisée dans le canton du Valais et des discussions sont en cours dans les cantons de Vaud et Genève. Aucun objectif concernant l'atteinte des publics ou les effets des capsules vidéo n'avait été défini ni ne saurait être mesuré à ce stade étant donné qu'elles n'ont pas encore été diffusées au-delà des participant.e.s à la formation.

Sur le plan de l'**efficience**, nous ne saurions l'apprécier en l'absence de point de comparaison. Toutefois, nous pouvons donner les estimations des coûts par public atteint suivants (voir Figure 16).

Pour le **volet prise en charge**, le coût par patient.e atteint s'élève à 2 746 CHF. Ce calcul correspond au coût employeur de l'ensemble des thérapeutes IvPS et care managers divisé par le nombre de patient.e.s ayant débuté la prise en charge, qu'ils/elles l'aient terminée ou non, et ce du début des prises en charges au CLM jusqu'à fin mars 2024 (date de la fin de leur financement par PSCH).

Pour le **volet formation**, le coût par (futurs) professionnel.le.s soignants ne peut être calculé. En effet, cette dimension du projet a été reprise par les porteuses et le temps qui y a spécifiquement été consacré n'a pas été documenté. En outre, plusieurs professionnel.le.s des CM ont été amenés à intervenir dans ces formations, sans que leur temps n'ait été décompté non plus. En revanche, le coût de la formation des professionnel.le.s non soignants a pu être calculé : il s'élève à 584 CHF par personne ayant assisté à la formation. Le coût total se base sur le coût employeur des deux responsables de projet en charge (0,5 ETP).

Il est important de noter que ces résultats comportent plusieurs biais. Premièrement, les coûts totaux ont été calculés dès le démarrage du projet, comprenant ainsi la phase d'élaboration durant laquelle aucune prestation n'était réalisée, ainsi que la phase de démarrage qui a nécessité plusieurs ajustements avant d'atteindre un rythme de croisière. On peut donc supposer que des économies d'échelle ont été réalisées au fur et à mesure du temps. Deuxièmement, les coûts totaux ne comprennent que les coûts salariaux des personnes en charge. Or, il existe d'autres coûts associés à la réalisation des prestations. Dans le cadre des prises en charge, il s'agit notamment de l'acquisition du programme de neuropsychologie « Memo », ainsi que de l'ensemble des coûts indispensables à la réalisation des prestations CareMENS, telles que la phase de diagnostic en amont ou les locaux. Quant à la formation des professionnel.le.s non soignants, il s'agit notamment de la réalisation des vidéos (scenarii et capsules).

Figure 16 Estimation des coûts du projet CareMENS par type de publics atteints

	Coût total (CHF)	Nb public atteint	Coût (CHF) par public
Prise en charge	1 356 750	494	2 746
Formation des professionnel.le.s soignants	N/A	218	N/A
Formation des professionnel.le.s non soignants	200 800	344	584

6.1.2. Pertinence

Avec son **volet prise en charge** qui donne accès à une offre d'accompagnement et de suivi structuré pour des patient.e.s pour lesquels rien – ou presque rien – n'était proposé jusque-là dans les différents CM romands, CareMENS est un projet qui répond aux besoins des patient.e.s et de leurs proches, mais aussi des multiplicateurs.

L'ensemble des thérapeutes et des représentant.e.s des CM interrogés expliquent qu'auparavant, l'offre des CM était essentiellement focalisée sur la phase du diagnostic, sans pouvoir ensuite réellement proposer de prise en charge ; les quelques offres de suivi étaient disparates et morcelées. Par ailleurs, dans les CM comme ailleurs, la physiothérapie n'était quasiment jamais proposée à des patient.e.s en réponse à leurs TNC et la logopédie leur était quasiment inaccessible compte tenu de la situation de pénurie que connaît cette profession. Cette absence de perspective de prise en charge tendait à décourager la demande de diagnostic chez les patient.e.s et les prescripteurs. Ainsi, CareMENS offre la possibilité d'intégrer les patient.e.s plus rapidement dans un parcours de soin, mais aussi de les y maintenir durablement grâce à la fonction de care manager en tant que figure de référence pour les patient.e.s et de pivot pour les professionnel.le.s. En effet, les CM se caractérisent souvent par une multiplicité d'intervenant.e.s qui ne sont pas toujours clairement identifiés par les patient.e.s et dont aucun n'a formellement la responsabilité, ni même le temps et les moyens, d'assurer, dans la durée, la coordination du suivi au sein du CM et sa continuité en-dehors du CM. Il est par ailleurs important de noter que ces mêmes constats en matière de prise en charge et de coordination ont été relevés par les interlocuteurs des cantons du Valais et de Fribourg où le projet a été interrompu.

En outre, l'arrivée à court terme de traitements médicamenteux n'est pas perçue comme un risque de remise en cause de l'approche proposée par CareMENS : d'une part, car ces traitements concernent encore une minorité de profils de patient.e.s ; d'autre part, car on considère que les traitements médicamenteux et non-médicamenteux peuvent avoir un effet cumulatif et donc être complémentaires.

Les autres prestataires de soins ou d'accompagnement auprès de publics âgés atteints de TNC interrogés dans le cadre de l'enquête en ligne confirment également la pertinence de la prise en charge CareMENS : 97% ont considéré le programme « tout à fait » ou « plutôt pertinent » dans le canton de Vaud en 2022 (n=91) et dans le canton de Neuchâtel en 2024 (n=72).¹⁴

Quant au **volet formation**, la pertinence du projet repose en premier lieu sur le travail d'identification des formations existantes ou non, mené préalablement par les porteuses de projet et le GR en charge de la formation des professionnel.le.s non soignants. La demande effective de formations (voir Chapitre 5.1.2) de la part des centres de formation pour professionnel.le.s soignants et des organisations employant des professionnel.le.s non soignants sont également des indicateurs de besoins non couverts. Dans le cadre de la formation des professionnel.le.s non soignants, bien que la détection en amont soit unanimement reconnue comme un préalable essentiel à la prise en charge précoce des TNC, une partie du public visé initialement – à savoir les organisations du secteur privé telles que les cafés, boulangeries, supermarchés et pharmacie – n'a pas été atteint, ouvrant ainsi un champ d'interrogations (voir Recommandation n°6). En revanche, cette formation a trouvé un large écho auprès des professionnel.le.s non soignants travaillant dans les secteurs public ou parapublic.

6.2. Recommandations

Les résultats de la présente évaluation nous ont permis d'identifier sept recommandations stratégiques pour les suites du projet CareMENS. Une première recommandation est transversale et conditionne la réalisation de toutes les autres qui, elles, s'articulent autour de deux axes : la qualité de la prise en charge et la pérennisation du projet à long terme. Plusieurs de ces recommandations sont

¹⁴ Les publics interrogés et les résultats de l'enquête sont présentés plus en détails en Annexe D.

déclinées en pistes d'action concrètes, lesquelles ont été en partie inspirées par nos échanges avec les différentes parties prenantes interrogées.

Figure 17 Synthèse des recommandations et pistes d'action

Pilotage et coordination de la mise en œuvre des recommandations

1. Créer un poste de pilotage et de coordination du projet

Qualité de la prise en charge

2. Poursuivre la dynamique d'amélioration continue en veillant au juste équilibre entre harmonisation et adaptation locale
3. Valoriser et maintenir l'IvPS en physiothérapie
 - ⊙ Renforcer le « marketing » de l'IvPS physiothérapeutique auprès des patient.e.s et des prescripteurs
 - ⊙ Décentraliser la prestation dans différents lieux pour plus d'accessibilité
4. Mieux soigner encore les transitions dans le parcours des patient.e.s, du diagnostic à l'après CareMENS
 - ⊙ Proposer des séances ponctuelles de rappel sur les contenus des IvPS
 - ⊙ Créer des espaces collectifs d'échange entre patient.e.s

Pérennisation du projet à long terme

5. Continuer à documenter et informer de manière efficiente sur les résultats du modèle de prise en charge
 - ⊙ Maintenir l'information et l'implication de toutes les autorités cantonales, voire impliquer de nouveaux acteurs
 - ⊙ Rationaliser la récolte de données
6. Clarifier le positionnement et le périmètre de la formation pour les professionnel.le.s non soignants
7. Élaborer un modèle de financement viable pour les prestations CareMENS

6.2.1. Pilotage et coordination de la mise en œuvre des recommandations

Après plus de quatre années, CareMENS bénéficie d'une dynamique et de résultats positifs, qu'il convient de maintenir et d'accompagner. Les recommandations formulées vont dans ce sens, mais leur mise en œuvre nécessitera un travail de pilotage et de coordination compte tenu de la dimension intercantonale du projet et de ses enjeux de financement à plus long terme.

Recommandation n°1 : Créer un poste de pilotage et de coordination du projet

Les suites du projet nécessiteront un certain nombre de réflexions qui pourront concerner, tant les niveaux cantonal ou intercantonal qu'opérationnel ou stratégique. Afin de garantir la cohérence du projet, l'animation de ces échanges au sein et entre les différents cantons, par un.e responsable de projet, apparaît essentiel pour continuer à faire vivre le projet et l'ancrer durablement.

Cette première recommandation peut ainsi être pensée comme transversale et préalable à toutes les autres.

6.2.2. La qualité de la prise en charge

Si la pertinence du modèle de prise en charge CareMENS fait consensus et que des premiers effets positifs ont pu être démontrés, il n'en reste pas moins que plusieurs défis ont pu être identifiés et méritent d'être considérés pour la suite.

Recommandation n°2 : Poursuivre la dynamique d'amélioration continue en veillant au juste équilibre entre harmonisation et adaptation locale

L'ouverture aux adaptations locales a été un facteur de succès essentiel à la mise en œuvre du programme dans les différents CM cantonaux qui présentent chacun leurs propre spécificités (voir Facteur de succès n°2). L'effort d'amélioration continue a également permis, au fur et à mesure de la mise en œuvre du projet, de répondre aux différents défis rencontrés et d'améliorer la qualité de la prise en charge (voir Facteur de succès n°4). À l'avenir, il sera nécessaire de maintenir ces dynamiques, tout en veillant à ce que chaque adaptation ou amélioration soit pensée de manière à respecter l'essence du modèle CareMENS, dans un souci non pas d'uniformisation, mais d'harmonisation intercantonale.

Recommandation n°3 : Valoriser et maintenir l'IvPS en physiothérapie

L'IvPS physiothérapeutique a rencontré plus de difficultés que les autres dans plusieurs CM. Le premier enjeu concerne le manque de connaissance des prescripteurs de l'existence de cette prestation et de ses bénéfices pour les patient.e.s atteints de TNC léger, mais également les difficultés pour les patient.e.s à envisager le lien entre troubles cognitifs et prise en charge physique. Le deuxième enjeu concerne les difficultés, pour les patient.e.s qui ont des problématiques de mobilité, à se déplacer jusqu'au CM pour un nombre conséquent de séances, en particulier dans les cantons ruraux et étendus. En revanche, lorsque les patient.e.s sont adressés et acceptent l'IvPS, ils sont satisfaits et les effets de la prise en charge sont bénéfiques, raison pour laquelle il apparaît nécessaire de ne pas abandonner cette prestation. Plus concrètement, cela pourrait être mis en œuvre à travers les pistes 3a et 3b ci-dessous.

Piste n°3a : Renforcer le « marketing » de l'IvPS physiothérapeutique auprès des patient.e.s et des prescripteurs

La proposition est d'adapter la communication, afin de sensibiliser les prescripteurs et d'encourager leur effort d'adressage, mais également de favoriser la compliance des patient.e.s. Pour ce faire, les stratégies suivantes peuvent être envisagées :

- Communiquer davantage auprès des prescripteurs (notamment les médecins de premier recours) concernant l'existence de la prise en charge physiothérapeutique et ses bénéfices.
- Changer le nom de l'IvPS et réaliser des vidéos explicatives, afin de mieux illustrer le contenu des séances et leur plus-value en comparaison d'une prise en charge « classique » telle que souvent pratiquée en cabinet de ville.

Piste n°3b : Décentraliser la prestation dans différents lieux pour plus d'accessibilité

La décentralisation est un point évoqué par plusieurs parties, dont les représentant.e.s valaisans du CM et du Service de la santé publique qui – outre les questions de financement et de rentabilité – mentionnent le manque d'adéquation de CareMENS au contexte territorial et culturel comme un facteur ayant freiné leur participation. Le développement d'approches visant à « aller vers » les personnes, par exemple, grâce à des équipes mobiles, est ainsi particulièrement encouragé.

Sur le plan de la mise en œuvre, les moyens suivants peuvent être envisagés :

- Mettre à disposition des salles aux professionnel.le.s du CM qui se déplaceraient d'un lieu à l'autre ;
- Créer et former un réseau de professionnel.les affiliés qui ont leur propre cabinet de ville.

Recommandation n°4 : Mieux soigner encore les transitions dans le parcours des patient.e.s, du diagnostic à l'après CareMENS.

Si le déroulement de la prise en charge est globalement satisfaisant, des points d'amélioration ont été identifiés, aussi bien en amont, qu'en aval.

En amont de la prise en charge, on retrouve la phase de diagnostic dont l'annonce des résultats au/à la patient.e coïncide avec la proposition de la prise en charge CareMENS. Or cette annonce est un moment qui peut être difficile pour les patient.e.s qui, par déni, incompréhension, crainte ou sentiment d'impuissance, sont parfois réticents à entrer dans une démarche de suivi ou d'accompagnement. La déperdition de patient.e.s éligibles au programme étant importante (voir Défi n°5), il apparaît essentiel d'apporter un soin particulier à l'accompagnement de cette transition.¹⁵

En aval de la prise en charge, bien que les care managers signalent rester disponibles, les patient.e.s ont parfois du mal à accepter l'arrêt de la prise en charge. Ils/elles expriment alors l'envie de poursuivre l'IvPS, aussi bien pour continuer à bénéficier du contenu des séances que de la dynamique du groupe auquel ils/elles se sont attachés (voir Défi n°11).

Les pistes 4a et 4b suivantes ont été évoquées pour mieux accompagner les patient.e.s dans leur parcours.

Piste n°4a : Proposer des séances ponctuelles de rappel sur les contenus des IvPS

Les thérapeutes évoquent la possibilité de réaliser eux/elles-mêmes des séances de rappel auprès des patient.e.s qui le souhaitent.

Une autre stratégie pourrait être de développer des groupes en-dehors du cadre des CM, par exemple sur le modèle des « CAT mémoire » et des « Club mémoire » développés par l'Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC) du canton de Vaud et proposant des activités de stimulation cognitive dans différents lieux de la région (EHC, 2022). Ces groupes ne sont pas animés par un.e neuropsychologue mais par un.e animateur.trice formé par des neuropsychologues. Leur financement correspond au modèle de financement d'un CAT classique.

Piste n°4b : Créer des espaces collectifs d'échange entre patient.e.s

Les différents entretiens collectifs réalisés avec les patient.e.s dans le cadre de l'évaluation ont permis de mettre en lumière le besoin et l'intérêt de ces dernier.e.s d'échanger entre eux/elles, non seulement sur leur expérience CareMENS, mais aussi sur leur parcours et leur relation avec la maladie.

¹⁵ Voir, par exemple le travail du E. Kübler-Ross explicitant les cinq phases que traversent – de manière variable et pas nécessairement linéaire – les individus après un diagnostic terminal ou face à une perte grave (déni, colère, « marchandage », dépression, acceptation) et la manière de les accompagner.

Ainsi, la création d'espaces collectifs d'échanges pourrait être utiles, tant pour l'accompagnement de la phase de diagnostic que pour continuer à mobiliser la communauté de patient.e.s CareMENS une fois la prise en charge achevée. Deux formats ont été évoqués pour ce faire :

- Le groupe de parole, qui peut se mettre en place autour de différents thèmes selon les besoins des patient.e.s.
- La conférence-échange, qui permet de mobiliser les patient.e.s dans une posture différente que celle de « malade ». Ce type de prestations existerait dans d'autres services hospitaliers.

6.2.3. La pérennisation du projet à long terme

Aujourd'hui, la pérennité du projet demeure encore fragile. S'agissant du volet prise en charge, il a été pérennisé dans une majorité de cantons, mais pour une durée déterminée dans les CM de GE et de NE ; de plus, à l'exception du CM Nord-Broye, les postes financés n'ont guère été augmentés, ce qui ne permettra pas d'augmenter le volume de prestations. Quant aux formations des professionnel.le.s non soignants, leur pérennisation n'est pas acquise dans tous les cantons concernés.

Recommandation n°5 : Continuer à documenter et informer de manière efficiente sur les résultats du modèle de prise en charge

La récolte de données concernant les prestations et les effets de la prise en charge est un élément qui a largement favorisé les décisions de pérennisation (voir Facteur de succès n°7). Ces nombreux indicateurs recensés vont par ailleurs permettre aux porteuses de réaliser des analyses statistiques plus approfondies des effets, qui deviendront d'autant plus pertinentes à mesure que le nombre de patient.e.s augmentera. La piste 5a vise à poursuivre cet effort d'information et de documentation afin d'encourager la pérennisation du modèle.

Toutefois, cette récolte de données est en grande partie de la responsabilité des care managers et représente, pour elles, un temps considérable, alors même que la plupart déclarent rencontrer des difficultés à faire face à la demande (voir Défi n°7). La piste 5b propose de rationaliser cette récolte de données.

Piste n°5a : Maintenir l'information et l'implication de toutes les autorités cantonales, voire impliquer de nouveaux acteurs

Le groupe de suivi intercantonal qui réunissait jusqu'ici les représentant.e.s des services de santé publique des différents cantons devrait être maintenu, y compris avec ses membres valaisans et fribourgeois, pour ces derniers dans la perspective qu'ils rejoignent (à nouveau) le projet. Dans ce cadre, il conviendrait d'étudier la possibilité de déléguer formellement une partie du travail de « lobbying » à l'échelle de chaque canton aux représentant.e.s stratégiques de chaque CM.

La diffusion de l'information auprès d'autres potentiels financeurs, tels que les assureurs, mérite également d'être envisagée.

Piste n°5b : Rationaliser la récolte de données

Afin d'alléger le travail des care managers, tout en s'assurant de pouvoir continuer à documenter les prestations et les effets de la prise en charge, les porteuses de projet souhaitent mener un travail de réflexion et d'évaluation sur la pertinence des données récoltées, en association avec les CM et les services de santé publique.

Recommandation n°6 : Clarifier le positionnement et le périmètre de la formation pour les professionnel.le.s non soignants

L'analyse des publics atteints par la formation a permis de mettre en évidence quelques écarts entre les publics visés et ceux atteints. Les professionnel.le.s non soignants du secteur privé n'ont pas été atteints, tandis que des citoyen.ne.s et des proches ont bénéficié de la formation. En outre, les organisations des cantons de Neuchâtel, Fribourg, Jura et du Valais n'ont que très marginalement été atteints. L'absence d'une partie des publics initiaux suscite plusieurs interrogations : s'agit-il d'un manque de besoin ressenti de leur part, d'un manque de disponibilité ou d'un manque de connaissance de l'offre ?

Dans le même temps, d'autres dispositifs de formation ou de sensibilisation auprès des mêmes catégories de publics visés ou atteints et non prévus par la formation CareMENS se développent. C'est par exemple le cas de l'Office cantonal de la santé genevois qui a développé une formation à destination des collaborateur.trice.s non soignants ou soignants de premier niveau d'organisations du domaine de la santé. Un autre exemple est celui d'ateliers mémoires, développés dans des communes genevoises puis neuchâteloises, qui sont des ateliers de sensibilisation et de prévention destinés à des citoyen.ne.s seniors sans troubles cognitifs.

Dans une perspective de pérennisation, ces dynamiques devront être analysées, afin de clarifier le public à viser par les formations CareMENS à l'avenir et les moyens de les atteindre.

Recommandation n°7 : Élaborer un modèle de financement viable pour les prestations CareMENS

Dans le cadre de la prise en charge, le (risque de) manque de rentabilité financière à court terme a été le principal élément expliquant le retrait des cantons du Valais et de Fribourg et demeure un point de vigilance important pour les autres cantons qui ont pérennisé la prestation (voir Défi n°13). Ce constat appelle à penser un modèle financier pour chaque canton, qui permette de limiter, au sein du volet prise en charge, les actes non facturables afin de maximiser l'autofinancement des prestations.

Quant à la formation pour les professionnel.le.s non soignants, elle a jusqu'à présent été dispensée gratuitement aux organisations, les animateur.trice.s étant financé via le projet CareMENS. La question du financement – partiel ou entier – des futures formations par les organisations bénéficiaires elles-mêmes et/ou par un/des tiers (p. ex., Cantons, fondations) est un points important à clarifier dans une perspective de pérennisation.

6.3. Apprentissages et éléments transférables

En plus des recommandations qui s'adressent principalement aux porteuses du projet, notre évaluation nous a permis de tirer des apprentissages et d'identifier des éléments-clés transférables à l'attention des décideurs et multiplicateurs du domaine de la prévention dans les soins.

6.3.1. La nécessité de stratégies cantonales en matière de troubles cognitifs dans lesquelles CareMENS puisse s'enraciner.

La plupart des cantons romands n'ont actuellement pas de stratégie dédiée en matière de démence.¹⁶ Une telle stratégie cantonale pourrait permettre de penser les parcours des patient.e.s dans leur globalité, allant de la prévention primaire à la prévention tertiaire et de la détection et du diagnostic à la prise en charge individualisée et évolutive au fur et à mesure de l'avancée de la maladie. Or, le programme CareMENS propose une prise en charge ciblée qui ne saurait couvrir à elle-seule tout ce spectre. En revanche, l'intégrer avec d'autres dispositifs et prestations dans des domaines tels que la détection précoce, le soutien aux proches, la participation sociale, permettrait de renforcer sa pertinence et sa cohérence. En outre, une telle stratégie permettrait également de soutenir son financement à une plus large échelle. En somme, l'enjeu est celui de permettre à CareMENS de passer du stade de programme pilote capable de prendre en charge un nombre limité de patient.e.s à un véritable programme de santé publique qui réponde aux besoins réels de la population concernée.

6.3.2. L'extension des prises en charge de type IvPS à d'autres publics ?

Le programme CareMENS s'adresse à une part mineure de la population présentant – ou à risque de présenter – des TNC légers. Or, les thérapeutes notent que beaucoup de patient.e.s se situent à la limite « supérieure » des critères d'éligibilité CareMENS et ne peuvent y être pris en charge, alors que l'on pourrait faire quelque chose pour eux/elles. De la même façon que des ateliers mémoire de sensibilisation et de prévention se développent actuellement à Genève et à Neuchâtel pour des seniors sans troubles, le transfert du modèle des IvPS pourrait être envisagé pour des patient.e.s plus atteints. C'est en tout cas une possibilité évoquée par plusieurs thérapeutes interrogés. Les logopédistes mentionnent de nouvelles études qui semblent démontrer les possibilités de prise en charge pour ces publics plus atteints, grâce à des de thérapies non plus préventives mais compensatoires. Quant aux physiothérapeutes et aux neuropsychologues, ils/elles signalent que des prises en charge groupales sont proposées dans certains CM pour ces publics.

6.3.3. Le rôle de care manager

Les care managers apparaissent comme l'élément central du programme CareMENS. Elles occupent non seulement une fonction de coordination essentielle, à l'intérieur et à l'extérieur du CM, mais se sont révélées être des figures de référence pour les patient.e.s et leurs proches. Or, cette deuxième fonction n'avait pas été formellement anticipée au départ. C'est que leur rôle s'est développé au fur et à mesure des besoins et demandes des patient.e.s, mais aussi en fonction des processus préexistants dans chaque CM (p. ex. présence ou non d'un.e infirmier.e de liaison).

Ainsi, il y aurait un intérêt à valoriser et à documenter ce rôle. D'une part, cela permettrait de mieux situer ses avantages et ses inconvénients en comparaison d'autres fonctions analogues qui se sont développées ces dernières années, telles que les « case managers » ou les « coordinateur.trice.s de soins complexes » pour la coordination, ou encore les « demence coach » pour l'accompagnement et

¹⁶ Le Canton de Genève s'était doté d'un Plan cantonal Alzheimer, mais pour la période 2016-2019. Quant au canton de Neuchâtel, il développe actuellement une stratégie cantonale sur l'accompagnement et le soutien à domicile des personnes fragilisées dans leur santé sur la base de la Loi sur l'accompagnement et le soutien à domicile (LASDom ; RSN 800.4) de 2022, qui propose une vision cohérente avec CareMENS.

le soutien des patient.e.s et de leurs proches. D'autre part, cela permettrait d'envisager la transférabilité de cette fonction dans d'autres domaines de prise en charge où la compliance des patient.e.s est tout aussi déterminante (p. ex., cardiologie, oncologie, etc.).

7. Bibliographie

- Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC). (2022, 23 mai). *L'EHC a développé un savoir-faire unique : les CAT mémoire*. EHC. <https://coteacote.ehc-vd.ch/lehc-a-developpe-un-savoir-faire-unique-les-cat-memoire/>
- Kivipelto, M., Mangialasche, F., Ngandu, T. (2018). Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol*. 14(11). DOI: 10.1038/s41582-018-0070-3.
- Kübler-Ross, E. *On Death and Dying*. Macmillan, 1969.
- Leidi-Maimone B., Bieler-Aeschlimann M., Bugnon S., Démonet JF., Brioschi-Guevara A. (2021). Télé-réhabilitation neuropsychologique collective de patients avec troubles neurocognitifs débutants dans le con-texte de la pandémie Covid-19. *Rev Neuropsychol*, 13(2), 144-5. DOI:10.1684/nrp.2021.0674.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). (2016). Stratégie nationale en matière de démence 2014 – 2017. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=fr>.
- Perruchoud E., von Gunten A., Ferreira T., Queirós, A.M., Verloo, H. (2021). Citizens, Neighbors, and Informal Caregivers Exposed to Challenging Behaviors and Behavioral Changes in Community-Dwelling Older Adults with Cognitive Impairment: A Review. *Health Education and Public Health*, 4(1). DOI:10.31488/HEPH.157.
- Perruchoud, E., von Gunten, A., Ferreira, T., Queirós, A.M., Verloo, H. (2022). Home-Dwelling Older Adults' Day-to-Day Community Interactions: A Qualitative Study. *Geriatrics*, 7(82). DOI :10.3390/geriatrics7040082.
- Winblad B., Amouyel P., Andrieu S., Ballard C., Brayne C., Brodaty H., Cedazo-Minguez A., Dubois B., Edvardsson D., Feldman H., Fratiglioni L., Frisoni GB., Gauthier S., Georges J., Graff C., Iqbal K., Jessen F., Johansson G., Jönsson L., ... Zetterberg H. (2016). Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *Lancet Neurol*, 15(5). DOI: 10.1016/S1474-4422(16)00062-4.

8. Annexes

A.	Questions d'évaluation	57
B.	Modèle d'effets	59
C.	Méthodes prévues et réelles (version détaillée).....	60
D.	Enquêtes auprès des multiplicateurs	63
a.	Canton de Vaud (focale région Lausanne)	64
b.	Canton de Neuchâtel.....	67
E.	Enquête sur les effets de la formation des professionnels non soignants.....	73
F.	Liste des facteurs de succès et des défis.....	63

A. Questions d'évaluation

Concept	Chapitre(s)
1. Quels sont les objectifs du projet ? Sur quelle logique d'effets se fonde le projet (modèle d'effets) ?	4.1.1
2. Quels sont les principaux acteurs et groupes cibles ? Quelle est la couverture géographique du projet (régions) ?	4.1.2
3. Quels sont les approches choisies : mise en œuvre de pratiques de prévention par des multiplicateurs et/ou création de structures de promotion (amélioration des conditions) ? A quels domaines prioritaires d'intervention le projet doit-il être attribué ?	4.1.3
4. Dans quelle mesure le projet est-il en relation avec la stratégie nationale MNT ou d'autres stratégies nationales dans le domaine de la santé ?	4.1.4
Intrants (« inputs »)	Chapitre(s)
5. Quelles sont les ressources financières et en personnel à disposition du projet ?	4.2.1 ; 4.3.1
6. Quelles sont les activités et les mesures incluses dans le projet ?	4.3.2
Mise en œuvre	Chapitre(s)
7. Comment le projet avance-t-il ? Le projet a-t-il été mis en œuvre comme planifié ?	4.3.2
8. Quels sont les facteurs favorables à la mise en œuvre du projet (facteurs de réussite) ?	4.3
9. Quels sont les facteurs qui freinent la mise en œuvre du projet (obstacles) ?	4.3
10. Quelle a été la réaction à ces obstacles ou quelles solutions ont-elles été trouvées ?	4.3
Prestations (« outputs »)	Chapitre(s)
11. Quelles sont les prestations qui ont été fournies ?	5.1
12. Comment les prestations doivent-elles être jugées ? (Explications, atteinte des objectifs d'output et évaluation des éventuels écarts)	5.1
Effets (« outcomes ») multiplicateurs / conditions	Chapitre(s)
13. Quels sont les effets atteints par les multiplicateurs et/ou au niveau des conditions ?	5.2
14. Combien et quels multiplicateurs ont-ils été atteints ? Quelles sont les pratiques préventives effectuées par les multiplicateurs ?	5.1
15. Quels sont les effets atteints sur les conditions ? Comment ces effets doivent-ils être jugés ?	N/A
16. La collaboration inter- et/ou multidisciplinaire a-t-elle été améliorée ? Si oui, entre qui ?	5.2.1
17. Des intersections à l'intérieur et/ou à l'extérieur des soins de santé ont-elles été améliorées ? Si oui, dans quelle mesure ?	5.2.1
18. Comment les effets atteints doivent-ils être jugés ? (Explications, atteinte des objectifs d'outcome et évaluation d'éventuels écarts)	5.2

Effets (« outcomes ») patient.e.s	Chapitre(s)
19. Quels sont les effets sur les patients/patientes qui présentes des risques plus élevés pour de MNT, problématiques d'addiction ou maladie psychiques, pour les personnes déjà malades ou leurs proches ?	5.2.1
20. Combien de patients/patientes (ou proches) ont-ils profité (par ex. participé) ? Après de combien de patients des indications d'effets ont-ils pu être démontrés ?	5.2.1
21. Y a-t-il des indications sur une amélioration de la satisfaction des patients ?	5.2.1
22. Y a-t-il des indications sur un renforcement des compétences en matière de santé, de la responsabilité individuelle ainsi que de l'autogestion ou gestion des crises et/ou d'un changement du style de vie ?	5.2.1
23. Quels sont les facteurs qui favorisent le déploiement des effets du projet (facteurs de réussite) ?	5.2.1
24. Quels sont les facteurs défavorables au déploiement des effets (obstacles) ?	5.2.1
25. Quelle a été la réaction à ces obstacles ou quelles solutions ont-elles été trouvées ?	5.2.1
Impact	Chapitre(s)
26. Dans quelle mesure y a-t-il des indications qui montrent que la qualité de vie et l'autonomie de patients/patientes ont été améliorées par le projet ?	5.2.1
27. Dans quelle mesure y a-t-il des indications qui montrent que le besoin de soins a été diminué par le projet ?	N/A
Conclusion et perspective	Chapitre(s)
28. Dans quelle mesure le projet est-il efficace et efficient ? Quels sont les coûts intervenus par patient/patiente atteint, par multiplicateur atteint ?	6.1.1
29. Dans quelle mesure le projet est-il approprié (pertinent, conforme aux besoins) ?	6.1.2
30. Le projet a-t-il permis d'intégrer des pratiques préventives dans le domaine des soins de santé ou les conditions nécessaires existent-elles pour que cela puisse se faire à l'avenir ? (Explications)	Oui, voir 5.1 ; 5.2 ; 5.3
31. Le projet est-il durablement intégré/assuré/planifié/possible ?	5.3
Autres questions d'évaluation spécifiques au projet	Chapitre(s)
32. Quel regard porter sur l'intercantonalité du projet: les expériences des uns ont-elles pu profiter aux autres ? Les bonnes pratiques ont-elles pu être identifiées et mises à disposition ? Si oui, qu'est-ce qui a permis ceci (facteurs de succès) ? Ou, au contraire, cette intercantonalité constitue-t-elle un obstacle au déploiement de CareMENS ? Si oui, qu'a-t-il été fait pour contribuer à y remédier ?	4.3.2 ; 5.1.1

B. Modèle d'effets

Concept	Intrants et mise en œuvre	Prestations	Effets	Impact (non mesuré)
Prévention du déclin fonctionnel et cognitif des personnes âgées souffrant d'un TNC léger ou majeur à un stade débutant par...	Financement PSCH de 2 millions de CHF (+ 150'000 CHF pour la prolongation) Ressources humaines financées et non financées	Volet prise en charge - Disponibilité et accessibilité d'une offre d'IvPS en neuropsychologie, logopédie et physiothérapie harmonisée dans les différents CM romands - Mise en place et suivi d'une ALC avec le/la care manager pour assurer la continuité de la prise en charge après l'IvPS	Volet prise en charge - Les patient.e.s et les proches sont satisfaits - Sur le plan clinique : ralentissement du déclin cognitif, stabilisation de leur autonomie et de leur consommation de psychotropes, stabilisation voire amélioration de la qualité de vie (patients et proches)	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du nombre d'hospitalisations non planifiées pour les personnes atteintes de TNC • Diminution ou retardement des entrées en institution des personnes atteintes de TNC • Diminution de la maltraitance envers les personnes atteintes de TNC
Volet prise en charge ...la mise à disposition d'une nouvelle offre de prise en charge coordonnée par un.e care manager comprenant des IvPS puis la possibilité de pérenniser leur bénéfice via des ALC	Structure organisationnelle du projet Planification des différentes étapes nécessaires à la mise en place des prestations et à leur pilotage	Volet formation - Offre de formations initiales et continues sur les bénéfices des traitements non médicamenteux pour les professionnel.le.s soignants concernés par le modèle CareMENS - Offre de formation sur l'identification, l'orientation et les comportements à adopter avec des personnes susceptibles d'avoir des TNC pour les professionnel.le.s non soignants	Volet formation - Professionnel.le.s soignants : satisfaction et amélioration des connaissances et compétences (non mesuré) - Professionnel.le.s non soignants : <ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction - Amélioration des connaissances en matière d'identification et d'orientation - Amélioration des comportements et postures relationnelles et communicationnelles à adopter 	
Volet formation ...le développement des connaissances et compétences des professionnel.le.s soignants et non soignants concernés				

C. Méthodes prévues et réelles (version détaillée)

	Acteurs sollicités	Méthodes de récolte d'information	Méthodes prévues / utilisées					
			20	21	22	23-24	Commentaires sur les écarts	
Projet général	Porteuses de projet	Analyses documentaires et de données secondaires	✓	✓	✓	✓		
		Échanges réguliers (1h-2h, env 1x/mois)	✓	✓	✓	✓		
	COFIL	Atelier d'enrichissement des constats et recommandations	✓	X	✓	X	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de disponibilité des membres du COFIL (23-24) → les échanges réguliers avec les porteuses ont permis d'assurer le lien entre le COFIL et les évaluateurs. • Manque de représentant.e.s stratégiques et des différents cantons dans la composition du COFIL (23-24) → les entretiens collectifs avec les représentant.e.s cantonaux stratégiques ont remplacé cet atelier et ont permis d'évoquer la dimension stratégique du projet et, en particulier les facteurs et les perspectives de pérennisation. 	
	Représentant.e.s cantonaux stratégiques (représentant.e de la santé publique membre du CSI + représentant.e du CM)	Entretiens collectifs par canton	Malgré l'abandon du canton du Valais, nous avons également rencontré les responsables stratégiques concernés afin de recueillir leur point de vue sur la pertinence du projet, mieux comprendre sa place dans leur paysage cantonal et d'envisager les perspectives de transférabilité du projet pour la suite.					*
	Responsables cantonaux	Entretiens individuels par canton		X	X	X	X	Absence de nomination de responsables opérationnels cantonaux tel qu'envisagé au démarrage du projet.
	Multiplicateurs potentiels (autres prestataires de soin ou d'accompagnement des mêmes publics)	Enquête en ligne par canton sur le niveau de connaissances du projet, son impact éventuel sur la pratique et sa pertinence.	<ul style="list-style-type: none"> • VD : enquête avec une focale sur les acteurs de la région Lausanne réalisée entre juin et septembre 2022 • NE : enquête réalisée entre juin et juillet 2024. La représentante du CM a également souhaité profiter de l'enquête pour ajouter des questions quant à la pertinence du nouveau centre de la mémoire, celui-ci était été déployé de manière concomitante au projet. Les résultats détaillés de ces 2 enquêtes sont disponibles en annexe D. 			✓	~	<ul style="list-style-type: none"> • GE : n'a pas jugé l'enquête opportune compte tenu du risque de créer un "appel d'air" vers le projet que le CM n'aurait pas été capable d'absorber compte tenu des ressources limitées et des listes d'attente déjà importantes. • FR : a interrompu le programme en mars 2023, avant le déploiement de l'enquête.
				Atelier d'enrichissement de l'enquête			X	X

	Acteurs sollicités	Méthodes de récolte d'information	Méthodes prévues / réelles					
			20	21	22	23-24	Commentaires sur les écarts	
Volet prise en charge	Responsable des deux groupe de réflexion intercantonaux IvPS et ALC	Entretiens individuels	✓	✓	✓	✗		
	Responsables des deux commissions cantonales IvPS et ALC	Entretiens collectifs par canton		✓	✓	✗	Dissolution des commissions cantonales IvPS et ALC suite au déploiement effectif du programme dans les différents CM. Ces échanges ont en partie été remplacés par : → les entretiens collectifs avec les représentant.e.s cantonaux stratégiques : les représentant.e.s du CM étaient généralement les anciens responsables des commissions cantonales IvPS → les entretiens individuels avec les care manager au sujet des ALC	
	Thérapeutes IvPS (neuropsychologues, physiothérapeutes, logopédistes) et care manager	Entretiens collectifs par canton	• VD : dédoublement des entretiens compte-tenu des différents niveaux d'avancements entre le CLM et les autres CM	✓	✓	✓	✓	Dissolution des groupes de réflexion IvPS et ALC suite au déploiement effectif du programme dans les différents CM.
	Care managers	Entretiens individuels par canton Entretien collectif pour les CM vaudois					*	
	Patient.e.s (et proches)	Ateliers par canton	Au total, 28 patient.e.s et 4 proches ont participé • CLM : 2021 - 7 patient.e.s et 2 proches ; 2024 : 6 patient.e.s • VD autres : 5 patient.e.s et 1 proche • GE : 5 patient.e.s et 1 proche • NE : 4 patient.e.s • FR : 7 patient.e.s		✓	✗	✓	• En 2022, les patient.e.s et proches des autres CM n'ont pas pu être interrogés compte tenu du retard au démarrage des prises en charge. • En 2022, au CLM : manque de disponibilité et les réticences de certains patient.e.s à participer à une discussion de groupe nous → substitution des ateliers par des entretiens téléphoniques individuels
		Entretiens téléphoniques individuels	• CLM : 7 patient.e.s			*		

	Acteurs sollicités	Méthodes de récolte d'information		Méthodes prévues / réelles						
				20	21	22	23-24	Commentaires sur les écarts		
Volet formation	Responsable des groupe de réflexion intercantonaux formation des professionnel.le.s soignants et formation des professionnel.les non soignants	Entretiens individuels Observation d'une 1/2 journée de formation pour les professionnel.le.s non soignants				✓	✓	~	~	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des professionnel.le.s soignants : suite à la démission de la responsable du GR en 2022, les travaux ont été repris par les porteuses de projet → les échanges réguliers avec les porteuses ont permis d'assurer le suivi de ces travaux • Formation des professionnel.le.s non soignants : 1) suivi plus rapproché 23-24 avec deux entretiens formels et d'autres échanges informels ponctuels in afin de mieux accompagner le déploiement effectif des formations ; 2) ajout d'1/2 journée d'observation afin de mieux évaluer la cohérence entre le dispositif de la formation et ses objectifs visés et de formuler des recommandations aux formateur.trice.s dans une visée formative.
	Bénéficiaires des formations pour les professionnel.le.s non soignants	Enquête en ligne par canton sur les effets sur les connaissances et les comportements 3 mois après la formation	Les résultats détaillés de cette enquête sont disponibles en annexe E						*	Ajout en complément du questionnaire de satisfaction distribué en fin de formation afin d'évaluer les effets sur les connaissances et les comportements des bénéficiaires 3 mois après avoir suivi la formation.

D. Liste des facteurs de succès et des défis

N°	Facteurs de succès
Volet prise en charge	
1	La motivation des acteurs des CM et des porteuses de projet et leur collaboration
2	Une ouverture aux adaptations locales
3	Le rôle de care manager comme pivot de la prise en charge
4	L'amélioration continue
5	L'existence du programme, ses approches et principes d'action
7	L'implication et l'information continue des acteurs stratégiques
Volet formation	
6	Un contenu riche, accessible et adaptable

N°	Défis
1	Une structure organisationnelle complexe mobilisant de nombreux acteurs externes
Volet prise en charge	
2	Un partenariat à formaliser
3	Un recrutement de thérapeutes et care managers sous contrainte
4	La crise sanitaire COVID-19
5	La compliance des patient.e.s
6	Le positionnement et la valorisation de l'IvPS physiothérapie de groupe
7	La gestion des flux dans une perspective d'équilibre entre offre et demande
8	L'offre d'ALC : disponibilité et accessibilité
10	La gestion de facteurs exogènes qui peuvent avoir un impact sur les effets de la prise en charge
11	La fin de la prise en charge et le risque d'un sentiment de rupture
13	Une pérennisation fragilisée par un autofinancement encore limité
Volet formation	
9	L'atteinte des publics visés
12	Les méthodes d'apprentissage

E. Enquêtes auprès des multiplicateurs

a. Canton de Vaud (focale région Lausanne)

Nb de répondant.e.s	103	Période de l'enquête	06.2022 – 09.2022
Publics interrogés	L'enquête a été envoyée aux publics suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Médecins de ville / en cabinet (généralistes et gériatres) - Médecins hospitaliers du CHUV (notamment SUPAA, Centre de gériatrie ambulatoire et Service de médecine interne) - Psychologues de la consultation psychologique pour proches aidants du CHUV - Infirmier.e.s des centres médico-sociaux (CMS) (soins à domicile) de la région Lausanne - Collaborateur.trice.s pertinents de l'Association Alzheimer et de Pro Senectute <p>Le nombre de personnes qui ont reçu l'enquête car les enquêtes ont été distribués directement par les organisations pertinentes.</p>		

Partie A

1. À quel titre répondez-vous à cette enquête ? (n=103)

- Médecin en cabinet **22 (21%)**
- Médecin hospitalier du CHUV **10 (10%)**
- Psychologue (Consultation proche aidant.e.s)
- Collaborateur.trice.e (CMS) **56 (54%)**¹⁷
- Collaborateur.trice dans une association **12 (12%)**
 - Association Alzheimer **8 (8%)**
 - Pro Senectute **4 (4%)**
- Autre : *Champ libre*

Partie B

2. Avant de remplir cette enquête, quel était votre degré de connaissance du projet CareMENS ? (n=103)

- Je n'avais jamais entendu parler de ce projet **76 (74%)**
- J'avais déjà entendu son nom, sans avoir connaissance des contenus **20 (19%)**
- Le projet m'était familier, j'en connaissais les principaux contours et savais pouvoir m'y référer **5 (5%)**
- Je connaissais bien le projet CareMENS qui fait intégralement partie de mon paysage professionnel **2 (2%)**

¹⁷ Outre 45 infirmier.e.s des CMS qui étaient initialement visés par l'enquête, 8 ergothérapeutes et 3 assistant.e.s sociaux.ales ont également répondu.

Réponses « J'avais déjà entendu son nom, sans avoir connaissance des contenus », « Le projet m'était familier (...) » ou « Je connaissais bien le projet (...) » à la question 2	
3. Par quel(s) moyen(s) avez-vous eu connaissance du projet CareMENS ? (n=27)	
<input type="checkbox"/> Bouche-à-oreille 8 (30%) <input type="checkbox"/> Présentation ou conférence lors d'une journée à un événement 8 (30%) <input type="checkbox"/> Action de communication (ex : communiqué de presse, newsletter, etc.) 9 (33%) <input type="checkbox"/> Patient.e/bénéficiaire suivi (ou proposition de suivi) par CareMENS 2 (7%)	
Partie C	
Réponses « J'avais déjà entendu son nom (...) », « Le projet m'était familier (...) » ou « Je connaissais bien le projet (...) » à la question 2	
4. Cette nouvelle offre a-t-elle eu un impact sur votre manière d'appréhender les patient.e.s/bénéficiaires présentant des troubles neurocognitifs ? (n=7)	
<input type="checkbox"/> Oui 3 (43%) <input type="checkbox"/> Non 4 (57%)	
Réponses «Oui» à la question 4	Réponses «Non» à la question 4
5. Pourriez-vous résumer en quelques mots ce qui a changé pour vous ? <i>Champ libre (n=3)</i>	5. À l'avenir, pensez-vous que le développement de CareMENS pourrait avoir un impact sur votre manière d'appréhender ces patient.e.s/bénéficiaires ? (n=20) 4
	<input type="checkbox"/> Oui 3 (75%) <input type="checkbox"/> Non 1 (25%)
	Réponses «Non» à la question 4
	6. Pourriez-vous expliquer pourquoi vous pensez que le développement de CareMENS n'aura pas d'impact sur votre manière d'appréhender ces patient.e.s/bénéficiaires ? <i>Champ libre (n=2)</i>
Partie D	
7. Quel regard portez-vous sur le projet CareMENS ? (n=91)	
<input type="checkbox"/> C'est à mon sens un projet entièrement pertinent, qui répond à un besoin réel 57 (63%) <input type="checkbox"/> C'est un projet assez pertinent 31 (34%) <input type="checkbox"/> C'est un projet peu pertinent 3 (3%) <input type="checkbox"/> Je ne vois pas l'utilité de ce projet 0 (0%)	
8. Auriez-vous des suggestions à formuler au sujet du projet CareMENS ? <i>Champ libre (n=21)</i>	

Réponses au champ libre de la question 5 « Pourriez-vous résumer en quelques mots ce [que cette nouvelle offre] a changé pour vous [dans votre manière d'appréhender les patient.e.s / bénéficiaires présentant des troubles neurocognitifs] ? » (n=3)

orientation vers des prestations spécialisées mieux lisibles et accès facilités

Possibilité de référer les patients à des activités positivement ressenties par eux-mêmes et leur entourage

Lors de l'évaluation globale, la mise en évidence de déficits légers sont un indicateur pour CareMENS

Réponses au champ libre de la question 6 « Pourriez-vous expliquer pourquoi vous pensez que le développement de CareMENS n'aura pas d'impact sur votre manière d'appréhender ces patient.e.s/bénéficiaires ? » (n=1)

Intégration de ces profils dans des prestations collectives compliquée vis-à-vis des autres participants au stade de la prévention très primaire

Réponses au champ libre de la question 8 « Auriez-vous des suggestions à formuler au sujet du projet CareMENS ? » (n=21)

doit être proposé au patient et au médecin lors de l'évaluation au centre de la mémoire

Mieux informer les Services hospitaliers susceptibles d'être intéressés pour conseiller leur patiente

présentations régulières pour nouveaux professionnels engagés en GER et pour patients/proches aidants

faire de la pub via la santé public

Vous pourriez venir faire une présentation dans chaque CMS

Informers les partenaires du projet et des actions qui sont mises en places afin qu'il y ait un renforcement de cette prise en charge

Meilleure information des médecins de 1er recours à ce sujet

Plus de visibilité, étant clinicienne, je n'ai pas eu de présentation du projet pourtant nous sommes un acteur du réseau qui pourrait travailler dans le sens de l'objectif du projet. Nous sommes souvent en contact avec le service leenards de la mémoire et sommes demandeur d'astuces, conseils, actions pour développer/maintenir l'autonomie de nos clients qui souffre de ce type de pathologie.

bien se faire connaitre

informations aux professionnels de la santé

il est étonnant qu'il n'y a pas de prise en charge en ergothérapie dans ce type de projet

Avoir des flyers au sein du CMS pour pouvoir les transmettre directement aux clients lors des visites en EMS ou à domicile, il manque du personnel bien formé pour accompagner les personnes en difficulté.

Avoir un dossier partagé !?

Une bonne information des autres intervenants dans ce domaine et collaborations

Intégrer l'ergothérapie dans les interventions psycho-sociales (neuropsychy, logo, physio)

Domage que nous ne soyons pas au courant de ce projet, il semble pertinent et intéressant. Serait-il possible de venir le faire "vivre " auprès des CMS?

Sensibilisation et formation au seins du CMS pour les nouveaux collaborateur

Qu'il soit facilement disponible aux médecins du cabinet

Intégrer les personnels du CMS et collaboration étroite pour mieux accompagner la personne atteinte de troubles neurocognitifs

informé les structure d'accueil temporaire ...si cela n'a pas déjà été fait

b. Canton de Neuchâtel

Nb de répondant.e.s	75	Période de l'enquête	06.2024 – 07.2024
Publics interrogés	L'enquête a été envoyée aux publics suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Médecins de ville / en cabinet (généralistes) - Médecins hospitaliers du RHNe (notamment Département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs, Service de médecine interne, Service de neurologie) et du Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) (Département de l'âge avancé) - Consultation proches aidants du RHNe et Consultation de soutien pour les proches du Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) - Infirmier.e.s coordinateur.trice.s de l'AROSS - Infirmier.e.s de NOMAD (soins à domicile cantonaux) - Collaborateur.trice.s pertinents de l'Association Alzheimer et de Pro Senectute Le nombre de personnes qui ont reçu l'enquête car les enquêtes ont été distribués directement par les organisations pertinentes.		

Partie A

1. Avant de remplir cette enquête, quel était votre degré de connaissance du projet CareMENS ? **(n=75)**

- Pas du tout : je n'avais jamais entendu parler de ce projet **32 (43%)**
- Un peu : j'avais déjà entendu son nom, sans avoir connaissance des contenus **15 (20%)**
- Assez bien : le projet m'était familier, j'en connaissais les principaux contours et savais pouvoir m'y référer **18 (24%)**
- Très bien : je connaissais bien le projet CareMENS qui fait intégralement partie de mon paysage professionnel **10 (13%)**

Réponses « Un peu », « Assez bien » ou « Très bien » à la question 1

2. Par quel(s) moyen(s) avez-vous eu connaissance du projet CareMENS ? **(n=28)**

- Bouche-à-oreille **29 (57%)**
- Présentation ou conférence lors d'une journée à un événement **16 (31%)**
- Action de communication (ex : communiqué de presse, newsletter, etc.) **5 (10%)**
- Médias (émission de TV, article de journal, etc.) **1 (2%)**

Partie B

Réponses « Assez bien » ou « Très bien » à la question 1

3. Cette nouvelle offre a-t-elle eu un impact sur votre manière d'appréhender les patient.e.s/bénéficiaires présentant des troubles neurocognitifs ? **(n=28)**

- Oui **21 (75%)** Non **7 (25%)**

Réponses «Oui»	Réponses «Non»	
4. Pourriez-vous résumer en quelques mots ce qui a changé pour vous ? <i>Champ libre (n=17)</i>	4. À l'avenir, pensez-vous que le développement de CareMENS pourrait avoir un impact sur votre manière d'appréhender ces patient.e.s/bénéficiaires ? (n=7) <input type="checkbox"/> Oui 4 (57%) <input type="checkbox"/> Non 3 (43%)	
	Réponses «Oui»	Réponses «Non»
	5. Pourriez-vous expliquer ce qui pourrait changer pour vous avec le développement de CareMENS ? <i>Champ libre (n=3)</i>	5. Pourriez-vous expliquer pourquoi vous pensez que le développement de CareMENS n'aura pas d'impact sur votre manière d'appréhender ces patient.e.s/bénéficiaires ? <i>Champ libre (n=4)</i>
Partie C		
6. Comment évaluez-vous la pertinence du programme CareMENS ? (n=72) <input type="checkbox"/> Tout à fait pertinent : ce programme répond entièrement à un besoin réel 36 (50%) <input type="checkbox"/> Plutôt pertinent 34 (47%) <input type="checkbox"/> Peu pertinent 2 (3%) <input type="checkbox"/> Pas du tout pertinent : je ne vois pas l'utilité de ce projet 0 (0%)		
7. Auriez-vous des suggestions à formuler au sujet du projet CareMENS ? <i>Champ libre (n=21)</i>		
Partie D		
<i>Note : Ces questions concernant la pertinence du CM NE n'entrent pas dans le champ de notre évaluation. Elles ont été ajoutées à la demande de la représentant.e du CM NE qui souhaitait profiter de cette enquête réalisée dans le cadre de l'évaluation pour obtenir des retours suite à la création du nouveau CM. Les réponses au champ libre demeurent intéressantes dans le cadre des conclusions et perspectives de l'évaluation.</i>		
8. Comment évaluez-vous la pertinence des prestations proposées par le nouveau Centre mémoire du RHNe depuis sa prestation ? (n=61) <input type="checkbox"/> Tout à fait pertinentes : les prestations couvrent l'ensemble des besoins 16 (26%) <input type="checkbox"/> Plutôt pertinentes 38 (62%) <input type="checkbox"/> Peu pertinentes 7 (11%) <input type="checkbox"/> Pas du tout pertinentes : je ne vois pas l'utilité de ce nouveau Centre mémoire 0 (0%)		
9. Auriez-vous des suggestions à formuler au sujet du nouveau Centre mémoire ? <i>Champ libre (n=15)</i>		
Partie E		
10. Dans quelle cadre/institution travaillez-vous ? (n=73) <input type="checkbox"/> Cabinet médical 18 (25%) <input type="checkbox"/> RHNe 6 (8%) <input type="checkbox"/> CNP 0 (0%) <input type="checkbox"/> AROSS 11 (15%) <input type="checkbox"/> NOMAD 27 (37%) <input type="checkbox"/> Pro Senectute 4 (5%) <input type="checkbox"/> Association Alzheimer 5 (7%)		

Réponses au champ libre de la question 4 « Pourriez-vous résumer en quelques mots ce [que cette nouvelle offre] a changé pour vous [dans votre manière d'appréhender les patient.e.s / bénéficiaires présentant des troubles neurocognitifs] ? » (n=17)

On les adresse à Carements en cas d'un trouble neurocognitif léger

Maintenant nous avons des activités à proposer aux patients, qui ont montré des bénéfices cognitives

Mise à disposition de personnel d'AROSS. Démarche axée sur la fragilité et les troubles débutants très intéressantes outils utilisés échanges entre le centre mémoire et AROSS favorisés

le fait d'avoir été care-manager Carements m'a permis d'acquérir de nombreuses connaissances sur la maladie, les offres et prestations en lien

Je peux désormais orienter mes bénéficiaires vers une prestation adaptée à leurs besoins

Je peux conseiller au médecin traitant de s'adresser à CareMENS ou à la personne concernée.

Nous savons quelle population adresser et pourquoi et ou et comment

Axer davantage le bénéfice de l'activité physique, la socialisation, la stimulation cognitive...

Valoriser le patient sur ses ressources et maintenir la stimulation

pourvoir proposer une prise en charge aux patients atteints de troubles cognitifs

l'idée de pouvoir agir autrement que par des médicaments est tout à fait adapter à la problématique et logique dans une perspective de vieillissement de la population

En lien avec mon travail au quotidien, et selon les évaluations effectuées de dépendance et de fragilité, je me pose la question si le bénéficiaire peut bénéficier de cette prestation.

Le suivi de mes patients est mieux organisé. Nous n'effectuons moins de prise en charge au long cours

OUTIL DISPONIBLE, AINSI CERTAINS MALADES SANS RESSOURCES SOCIALES PEUVENT Y ETRE ORIENTÉS

La possibilité d'informer les patients potentiels de cette nouvelle possibilité thérapeutique.

A Pro Senectute Arc jurassien, nous accompagnons de nombreuses personnes âgées. Parfois, le déclin cognitif des bénéficiaires nous oblige à réévaluer nos prises en charge. Le fait de pouvoir orienter les personnes touchées vers les spécialistes de CareMENS est un plus.

OUI devrai mais les critères d'inclusion sont trop restrictifs. Le canton se prête mal au développement de la partie patients

Possibilité de les référer à un accompagnement adapté à leurs besoins.

Réponses au champ libre de la question 5 « Pourriez-vous expliquer ce qui pourrait changer pour vous [dans votre manière d'appréhender les patient.e.s / bénéficiaires présentant des troubles neurocognitifs] avec le développement de CareMENS ? » (n=4)

possibilité orienter patient sur prise en charge et non uniquement pose de diagnostic

améliorer la prise en charge non médicamenteuse, favoriser les activités préventives

Dans les situations où des troubles cognitifs débutants sont mis en évidence, je pourrais proposer la participation au programme. Cependant, je vois rarement des personnes répondant aux critères (troubles débutant, compréhension et acceptation du trouble, disponibilités en termes de temps, etc.)

Si CareMens est développé à plus d'endroit, peut-être de pouvoir proposer cette prise en charge plus rapidement. Cependant, le fait qu'il faille passer par le Centremémoire ou un examen neuropsychologique, limite les possibilités d'accès, car certains bénéficiaires ne souhaitent pas connaître leur atteinte.

CareMENS s'adresse aussi à un publique avec des troubles neurocognitifs débutants, ce qui n'est pas toujours la population cible.

Réponses au champ libre de la question 5 « Pourriez-vous expliquer pourquoi vous pensez que le développement de CareMENS n'aura pas d'impact sur votre manière d'appréhender ces patient.e.s/bénéficiaires ? » (n=3)

Critères careMENS sont passablement restrictifs avec des limites d'accessibilité en fonction de la zone géographique d'habitation. CareMENS doit faire partie d'un projet plus large de santé publique

Jusqu'à présent mes patients adressés sont ressorti du programme avec le diagnostic suspecté, sans proposition thérapeutique médicamenteuse en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer et avec des propositions de prise en charge que je connais et utilise déjà (AROSS, soins à domicile, foyer de jour, physiothérapie etc). Jusqu'à présent les patients et leurs familles ne m'ont pas rapporté de bénéfice. Les mesures seront de toute manière mises en place par nous au final, ce n'est donc pas non plus un gain de temps ou un soulagement pour notre consultation.

patientèle âgée présentant le plus souvent des troubles neuro cognitifs déjà avancés, trop évolués pour pouvoir participer à ce programme

Réponses au champ libre de la question 7 « Auriez-vous des suggestions à formuler au sujet du projet CareMENS ? » (n=21)

si on pouvait aussi envoyer les patients avec un trouble neurocognitif majeur et si on pouvait intégrer l'ergothérapie

Groupes locaux, par ex . Littoral Neuchâtel est et ouest

En pouvant y inclure nos patients et en ayant un feed-back sur la prise en charge

faible détection de cette maladie et beaucoup de personnes vivant avec des troubles cognitifs n'ont aucun diagnostic ni de suivi spécifique avec un neurologue, gériatre ou autre ces personnes sont donc en dehors des radars et ne peuvent donc pas du tout bénéficier du programme Caremens

je peux constater des différences entre ce qui est évalué sur site et l'incidence réelle dans la vie quotidienne

Réfléchir à un suivi post-CareMens. Le programme est long, lourd et couteux pour la pose d'un diagnostic. Il est possible de mettre en place de nombreuses activités et aides sans avoir un diagnostic en se basant sur la symptomatique décrit par les personne concernée.

Restitution au médecin traitant

L'essentiel frein que j'y perçois est l'aspect contraignant du nombre des différentes séances et des déplacements que cela implique.

Avec un suivi plus étroit ou l'intégration d'une visite à domicile pendant le suivi du programme

En incluant d'autres professions (ergo), en accompagnant plus à domicile et peut-être plus longtemps.

PLUS D'INFORMATION DANS LES MILLIEUX PROFESSIONNELS

le lien avec la psychogériatrie

en incluant les proches-aidants

Critères plus souples et tenant compte de l'avis du spécialiste qui adresse le patient

Programmes également adaptés aux patients souffrant de TNC majeur

le suivi sur un an a une réelle plus-value ainsi que le programme. Cependant après un an le bénéfice persiste-t-il ? si la personne arrête ses activités vers qui peut-elle se tourner ?

informer encore mieux la population pour trouver de nouvelles activités à proposer

Maintenir un suivi post Caremens à long terme

Information systématique des médecins de 1er recours qui sont souvent les premiers à être contactés par les personnes en début de maladie.

Personnellement, je souhaiterais pouvoir être formé quant à la détection possible des troubles de mémoire, au plus près du patient, connaître et relever les critères essentiels pour ce faire

renforcer les connaissances de mode de communications au personnel soignants avec des personnes atteintes

Réponses au champ libre de la question 10 « Auriez-vous des suggestions à formuler au sujet du nouveau Centre mémoire ? » (n=15)

on aura bientôt le médicament Lecanumab qui nécessite surtout une grande expertise neurologique et neuroradiologique, il faudra être préparé en terme d'infrastructure et personnel

Temps d'attente très long et ne rappelle pas les patients quand on les adresse.

Manque de disponibilité, attente trop longue pour un RDV , temps pour recevoir les rapports trop longs et pas ou peu de propositions de suivi , soutien ou traitement

Un suivi ambulatoire après l'intervention de base serait souhaitable, une de mes patientes a bénéficié de votre suivi... puis plus rien et elle s'aggrave dans sa démence. Un réseau de personnes dans le canton pourrait-il prendre le relais après l'intervention de RHNE ?

Problématique en lien avec délai prise de rendez-vous et surtout délai pour recevoir un rapport afin d'accompagner le patient

Il serait intéressant d'avoir la possibilité d'adresser les patients pour un premier RDV d'orientation, sans forcément devoir faire d'emblée le bilan complet, relativement lourd pour certains patients.

Pour les personnes avec troubles majeurs donc hors Caremens : prestations à visée très diagnostic. fonctionnement en silos avec la sphère communautaire

Plus de proximité géographique avec la population du canton

face au problème de la pénurie de soignant, des coûts de la santé, de la lourdeur et du nb d'exams, bilan neuro, neuropsy, IRM , PI pet ct et parfois encore pet ct cardiaque je me pose la question de la viabilité et des coûts bénéfiques en terme de nb d'années en bonne santé améliorée? quel impact sur l'environnement et production de CO2 pour combien d'année de vie en bonne santé est-ce que cette prise en charge amène? Il faudrait pouvoir adresser tôt mais dans les fait pas praticable

La visée diagnostique et la longueur de la prise en charge (entre le délai d'attente de 6 mois, puis les nombreux exams et la temps d'investigation à nouveau de 6 mois une année) sont trop longue.

Il serait très intéressant de pouvoir échanger, voir travailler (entre professionnels de santé) en étroite collaboration avec les soins à domicile

je connais peu sur le centre mémoire du RHNE ou une autre institution de ce type.

lien Rhne et CNP par exemple

Pour les patients de plus de 80 ans, il faudrait poursuivre la prise en charge dans un itinéraire gériatrique spécifique afin d'avoir un suivi médical plus global spécialisé

Investigations intensives, parfois invasives, chronophages et coûteuses. Bénéfice attendu pour les TNC majeurs discutable. Potentiel plutôt pour les TNC légers (retarder l'évolution). Le tri des patients est donc un élément essentiel pour rendre la prestation disponible à ceux qui peuvent en bénéficier le plus.

F. Enquête sur les effets de la formation des professionnels non soignants

Nb de répondant.e.s	60	Période de l'enquête	12.2023 – 07.2024
Période de l'enquête	Décembre 2023 – Juillet 2024		
Publics interrogés	111 personnes ayant participé à la formation pour les professionnel.le.s non soignants jusqu'en avril 2024 et ayant accepté de fournir leurs coordonnées pour ce faire.		

Partie A	
11. Combien de temps a duré la formation que vous avez suivie ? (n=57)	
<input type="checkbox"/> 3 à 4 heures : 50 (88%) <input type="checkbox"/> Une journée : 7 (12%)	
Partie B	
12. Aujourd'hui, que vous reste-t-il des notions qui vont ont été présentées lors de la formation ? (n=56)	
<input type="checkbox"/> J'ai tout oublié 0 (0%) <input type="checkbox"/> J'ai oublié la plupart des notions 6 (11%) <input type="checkbox"/> J'ai intégré la plupart des notions 40 (71%) <input type="checkbox"/> J'ai entièrement oublié la (quasi-totalité) des notions 10 (18%)	
13. En cas de besoin, savez-vous où retrouver les notions qui vous ont été présentées ? (n=56)	
<input type="checkbox"/> Oui 50 (89%) <input type="checkbox"/> Non 6 (11%)	
Partie C	
14. La formation vous a-t-elle permis de mieux comprendre les symptômes et les comportements des personnes atteintes de troubles cognitifs et/ou de troubles du comportement ? (n=60)	
<input type="checkbox"/> Non pas du tout 0 (0%) <input type="checkbox"/> Plutôt non 0 (0%) <input type="checkbox"/> Plutôt oui 31 (52%) <input type="checkbox"/> Oui tout à fait 29 (48%)	
Partie D	
15. Depuis que vous avez suivi cette formation, avez-vous été en situation d'interaction avec une ou plusieurs personne(s) présentant des troubles cognitifs et/ou du comportement ? (n=59)	
<input type="checkbox"/> Oui 37 (63%) <input type="checkbox"/> Non 22 (37%)	
Réponse « Oui »	Réponse « Non »
16. Face à cette situation, la formation vous a-t-elle permis d'être plus adéquat dans votre manière de communiquer, de vous comporter ou d'agir ? (n=37)	6. Pensez-vous que votre manière de communiquer, de vous comporter ou d'agir en présence d'une personne atteinte de troubles cognitifs et/ou du comportement serait plus adéquate aujourd'hui grâce à la formation ? (n=20)
<input type="checkbox"/> Non pas du tout 0 (0%) <input type="checkbox"/> Plutôt non 1 (3%) <input type="checkbox"/> Plutôt oui 29 (78%) <input type="checkbox"/> Oui tout à fait 7 (19%)	<input type="checkbox"/> Non pas du tout 0 (0%) <input type="checkbox"/> Plutôt non 1 (5%) <input type="checkbox"/> Plutôt oui 17 (85%) <input type="checkbox"/> Oui tout à fait 2 (10%)

<p>17. L'un des objectifs de la formation est de vous permettre d'orienter les personnes concernées vers le bon service en cas de besoin. Que s'est-il passé dans votre cas ? (n=35)</p> <p><input type="checkbox"/> Il n'était pas nécessaire d'orienter la/les personne(s) 23 (66%)</p> <p><input type="checkbox"/> J'aurais dû orienter la/les personne(s) vers un autre service, mais je n'ai pas eu le réflexe sur le moment 0 (0%)</p> <p><input type="checkbox"/> J'aurais dû orienter la/les personne(s) vers un autre service, mais je ne savais pas à qui m'adresser 0 (0%)</p> <p><input type="checkbox"/> Il m'a semblé nécessaire d'orienter la/les personne(s) et je l'ai fait grâce aux éléments présentés lors de la formation 8 (23%)</p> <p><input type="checkbox"/> Il m'a semblé nécessaire d'orienter la/les personne(s) et je l'ai fait, mais je l'aurais fait de la même manière sans la formation 4 (11%)</p>	<p>7. L'un des objectifs de la formation est de vous permettre d'orienter les personnes concernées vers le bon service en cas de besoin. Dans une situation qui dépasse vos compétences en présence d'une personne atteinte de troubles cognitifs ou du comportement, sauriez-vous orienter cette personne ? (n=19)</p> <p><input type="checkbox"/> Non, je ne saurais pas où l'orienter ni où trouver l'information 0 (0%)</p> <p><input type="checkbox"/> Non, je ne saurais pas spontanément où l'orienter, mais je saurais où trouver l'information 10 (53%)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, je saurais spontanément où l'orienter grâce aux éléments présentés lors de la formation 6 (32%)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, je saurais spontanément où l'orienter, mais je disposais déjà de ces informations avant la formation 3 (16%)</p>
<p>8. Vous pouvez compléter vos réponses par un commentaire si vous le souhaitez. <i>Champ libre (n=4)</i></p>	
<p>Partie E</p>	
<p>9. Pour terminer, nous aimerions connaître quelques informations concernant votre fonction en lien avec les personnes âgées. J'ai participé à la formation en tant que.. (n=58)</p> <p><input type="checkbox"/> Professionnel.le salarié.e d'une administration, institution, association ou fondation concernée 37 (64%)</p> <p><input type="checkbox"/> Bénévole d'une administration, institution, association ou fondation concernée 21 (36%)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre <i>Champ libre</i></p>	

Réponses au champ libre de la question 8 « Vous pouvez compléter vos réponses par un commentaire si vous le souhaitez » (n=4)

Cette journée a été bénéfique et me permet de mieux appréhender les attitudes des participants lors des cours que je donne

la partie théorique était riche pour moi, la partie orientation et réseau moins complète

Il serait intéressant de réfléchir à comment adresser nos questionnements/observations à la personne concernée. Cela peut en effet être mal vu, mal interprété et dans notre domaine (l'animation sociale) risqué de fragiliser le lien relationnel en construction.

Cours très vivant, interactif, utile, bravo