

Plan Alzheimer du Québec

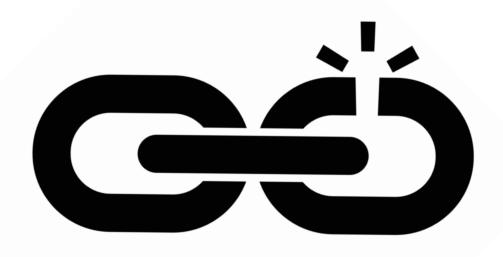
Avancées et défis de la mise en œuvre du Plan Alzheimer du Québec à l'épreuve de la pandémie

Yves Couturier (PhD) et Maxime Guillette (PhD, c.)





Aucun conflit financier ou d'affaires à déclarer...



Les défis initiaux

◆ Faible accès :

- Au diagnostic, au traitement (entre autres des problèmes comportementaux), au soutien des patients et de leurs proches aidants
- À une prise en charge intégrée à chaque stade de la maladie
- Les cliniques de la mémoire ne peuvent répondre à la demande ni fournir des soins exhaustifs et continus à elles seules
 - Résultats : très longues listes d'attente et retards dans les diagnostics et les interventions
- Les soins primaires ne sont généralement pas préparés à prendre en charge les patients vivant avec un TNCM
- De nombreux patients ne reçoivent pas de diagnostic ou le reçoivent tard



Quebec IIII

Plan Alzheimer du Québec

Le Rapport Bergman, le plan ministériel et son opérationnalisation en trois phases

1970 - 1990

Reconnaissance des troubles neurocognitifs problèmes médical et social à titre de

1990 - 2000

Premières conférences canadiennes de consensus et premier plan d'action en Ontario

2000 -

Adoption de nombreux plans d'action provinciaux en matière de troubles neurocognitifs

Recommandations qui s'étendent sur l'ensemble du continuum de soins

> 2009 Rapport Bergman

2011 Plan ministériel

Plan centré sur l'amélioration de la capacité des soins primaires Implantations locales dans 40 groupes de médecine de famille volontaires

> 2013 - 2016 Phase I

2016 - 2020 Phase II

 Généralisation par l'ensemble des groupes de médecine de famille Consolidation de la généralisation et intervention sur les transitions de soins

> 2021 - ... Phase III

Plan Alzheimer du Québec Caractéristiques distinctives

Diagnostic et suivi centrés sur le patient, par l'équipe de soins primaires traitante



Trajectoires
auprès d'une
équipe de
soins
primaires
interprofessionnelle





Gouvernance collaborative et solide stratégie de gestion du changement ambitieuse



Évaluation développementale



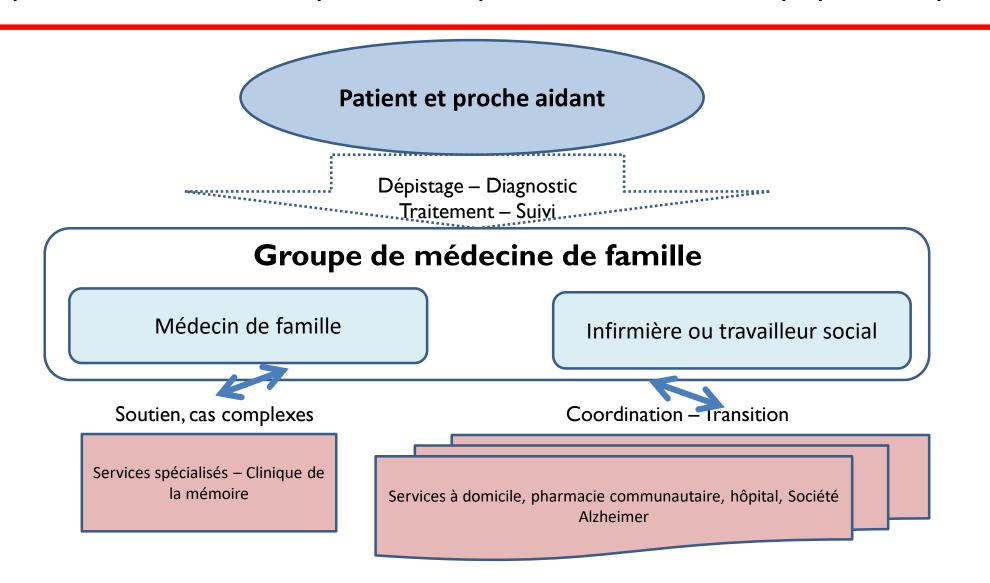
Le positionnement international du Plan Alzheimer Québec

- Centré sur la qualité de vie des personnes atteintes et de leurs proches, en promouvant une amélioration des services centrée sur les soins primaires
- Une stratégie de gestion du changement ambitieuse
- Une collaboration de l'intervention et de la recherche



Modèle de soins collaboratifs

Un partenariat entre le patient, le proche aidant et l'équipe clinique



Un outil pour structurer la collaboration

De facto centré sur le duo médecin et infirmière

PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE – SERVICES DE

PROXIMITÉ EN GMF TROUBLES NEUROCOGNITIES

À NOTER : Une détérioration rapide ou aiguë est une urgence potentielle et doit être traitée par le médecin (ex. : délirium).

REPÉRAGE¹ — Le dépistage systématique n'est pas recommandé.

Tout professionnel peut reperer un usager et intervenir selon son champ d'exercice.

Zone de vigilance

Suspicion clinique d'un professionnel « Déclin par rapport au niveau antérieur »

Porter une attention particulière aux usagers suivants

Usagers de 65 ans et plus ayant :

- Antécédent d'AVC ou d'ICT;
- Antécédents familiaux de TNC majeurs;
- Apnée du sommeil non stabilisée;
- Délirium (évaluation si stabilisée depuis 3-6 mois);
- Maladie de Parkinson/Parkinsonisme;
- Trauma crânien (évaluation si stabilisée depuis 3-6 mois);
- TNC léger.

Usagers ayant :

- Un nouveau diagnostic psychiatrique après 50 ans;
- Des dépressions régurrentes: Si le but de la visite est le renduvellement du germis de confliditée Débuter aux points 1.1 et 1.2 et suivre les étapes au besoin.

1.2 Plainte de l'usager/des proches OU

- Changement du langage et de la parole;
- Changement sur le plan de la mémoire (ex. : oubli médication, rendez-vous);
- Changements psychologiques et comportementaux;
- Difficulté à reconnaître les objets ou les personnes;
- Difficulté à prendre des décisions;
- L'usager se tourne vers son accompagnateur pour répondre aux

questions;

Perte d'autonomie fonctionnelle dans les AVD, AVQ ou dans les activités complexes:

Questions sur la cognition (ex. : AD82) OU 5 mots Dubois et Horloge4 OU MIS5 et Horloge OU autres tests cognitifs rapides

Si repérage positif

Si repérage négatif

Revoir dans 6 mois à 1 an ou si changement : Valoriser les bonnes habitudes de vie. promouvoir la santé cognitive⁶, encourager la gestion des facteurs de risque et informer sur les 10 signes précurseurs7.

Si repérage positif

RÉFÉRENCE VERS L'INFIRMIÈRE

Valider numéro de téléphone et disponibilité du proche aidant pour rendez-vous.

Si test rapide a été initié par infirmière, discussion avec médecin

2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE

*Accompagner par un proche connaissant la routine de l'usager

Durée de la rencontre : 60-90 minutes

- Description de la plainte
- Évaluer la condition physique
 - Révision du profil médicamenteux 2
 - Examen physique : vision, audition, problème de langage, signes vitaux avec TA couché-debout, qualité du sommeil,
 - Repérages : abus de substances (alcool, drogues)

LÉGENDE : LE NUMÉRO INDIQUE LE PROFESSIONNEL EN GMF OU HORS GMF POUVANT CONTRIBUER, SI BESOIN. 1 = Travailleur social 2 = Pharmacien 3 = Organismes communautaires 4 = Autres professionnels du GMF ou hors GMF









Les acquis des phases I et II

Un modèle d'implantatio n du changement Développement des compétences relatives à l'évaluation en soins primaires



Clarification des trajectoires de soins vers les cliniques de la mémoire



Une porte d'entrée pour favoriser la collaboration des CI(U)SSS avec les GMF













Messages clés Effets

Les soins primaires (GMF) peuvent répondre aux besoins des personnes vivant avec un TNCM et de leurs proches aidants par différents moyens :

- Renforcement de la capacité de détection, de diagnostic et de prise en charge; offre de soins de grande qualité
- Recours aux soins spécialisés pour les cas complexes

L'emploi d'une approche interprofessionnelle centrée sur la personne par l'équipe clinique ou médicale du patient a eu les effets suivants :

- Amélioration de la continuité des soins
- Intensification du suivi
- Augmentation de la qualité des soins
- Aiguillages vers un spécialiste moins nombreux et plus pertinents
- Diminution des visites à l'urgence et des hospitalisations

Points à améliorer :

- Prescription d'antipsychotiques
- Évaluation des besoins des proches aidants
- Orientation vers des services communautaires
- Portée du suivi, dont les transitions de soins avec SAD, RPA, etc.



Messages clés

- **Dans les GMF**
- Connaissances cliniques très bonnes à excellentes au départ
- Attitudes positives à l'égard de la maladie, des soins aux patients, du Plan
- L'approche interprofessionnelle et l'accès à l'expertise d'un médecin ou d'une infirmière dans le GMF sont appréciés et utilisés
- Bien que reçus tardivement, les cheminements cliniques, les directives et la formation ont été appréciés, de même que l'accès à des experts à l'externe
 - Rehaussent le niveau de compétence et de confiance
- Défis quant aux délais d'attente pour obtenir des services de cliniques de la mémoire et des soins à domicile



Messages clés Politiques



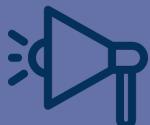
- Décision ministérielle de faire du Plan Alzheimer du Québec une priorité
- Un plan d'implantation accompagné d'une stratégie de gestion du changement ambitieuse
 - Rôle actif du ministère pour inspirer, stimuler et favoriser le changement
 - Gouvernance partenariale
 - Implication continue d'un champion provincial ayant de la crédibilité dans les trois volets (clinique, scientifique et politique)
 - Une diversité dans l'application; il ne s'agit pas d'une formule universelle
 - Une « évaluation développementale » collaborative et indépendante

Messages clés Implantation



- Étude et consultations préimplantation menées auprès de soignants
- Mobilisation de « champions cliniques » (première, deuxième et troisième lignes)
- Stratégies de renforcement des capacités (formation, diffusion d'outils cliniques, etc.)
- Engagement des partenaires universitaires
- Quatre chargés de projet pour soutenir l'implantation et lier le local et la national

Des bons coups à diffuser...



- Mise en place d'une ressource territoriale pour les TS et clarification de leurs contributions
- Leadership des CI(U)SSS: comité de pilotage très actif impliquant SAD, DSP et DRMG (pas en silo)
- ➤ GMF: exiger des évaluations complètes en 1^{ère} ligne pour accepter les demandes au Centre d'expertise en gériatrie (regroupement des cliniques ambulatoires et harmonisation des normes)
- Monitorage du changement : développement d'un questionnaire qui doit être complété par le ressources territoriales pour bien documenter qualitativement comment le changement prend forme dans chaque GMF
- Stratégie continue de développement des compétences: soutien dans la pratique et formation automatique TNCM de toutes les nouvelles infirmières
- Contribution des chargés de projet: partage d'idées sur les bons coups, les initiatives possibles pendant la COVID
- **Etc.**

Plan Azheimer du Québec Conditions favorables, barrières et zones de développement

Conditions favorables

Rapport Bergman

(recommandations d'un groupe d'experts)



Imbrication d'un plan d'implantation aux orientations ministérielles



Mobilisation des innovateurs dans les groupes de médecine de famille (phase I)



Formations et outils



Gouvernance partenariale et accompagnement du changement (chargés de projet)



Évaluation indépendante



Barrières et défis persistants



Mobilisation des médecins non champions



Complexité des groupes de médecine de famille



Suivi post-diagnostic



Instabilité des personnels



Dilution des ressources d'accompagnement lors de la mise à l'échelle (phases II et III)



Enjeux de collaboration interorganisationnelle

Zones de développement

Effectuer une relance de l'implantation post-COVID qui tient compte des réalités nouvelles Renforcer les capacités des centres intégrés en accompagnement des groupes de médecine de famille

Poursuivre le changement dans les groupes de médecine de famille, incluant le suivi Fluidifier les transitions entre les groupes de médecine de famille et le soutien à domicile Renforcer certains segments de la trajectoire de soins (ex.: les symptômes comportementaux et psychologiques)

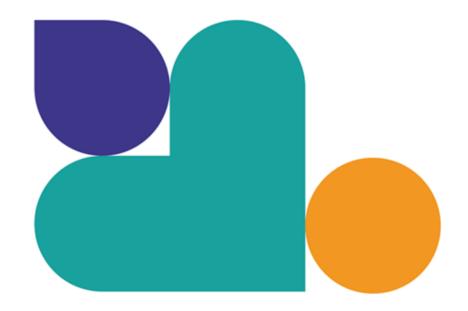
Favoriser l'usage optimal des médicaments dans la communauté

Anticiper l'effet de l'arrivée des biomarqueurs et des nouvelles thérapeutiques sur l'organisation des services

<u>Plan Alzheimer du Québec : partager l'expérience de son implantation</u> pour renforcer les soins primaires (healthcareexcellence.ca)







Plan Alzheimer du Québec : partager l'expérience de son implantation pour renforcer les soins primaires

L'accessibilité et la qualité des soins fournis aux patients atteints de démence et à leur famille représentent tout un défi pour les systèmes de santé et de services sociaux en raison de la complexité de la maladie,

Remerciements

L'équipe de recherche ROSA



Research on Organization of Healthcare Services for Alzheimers

Canadian Team for Healthcare Services/System Improvement in Dementia Care



ROSA

Recherche en organisation des services sur l'Alzheimer

Equipe considience pour l'amélieration des services et du système de soins fiés à la dimense



