

Du rapport Bergman au processus clinique de première ligne

Conférence présentée dans le cadre du colloque
Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer

Par

- Claude Patry, médecin GMF Loretteville
- Line D'Amours, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Date : 22 avril 2022

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec 



Divulgation de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Conférenciers : Claude Patry et Line D'Amours

Conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation : aucun

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale*

Québec 

Mise en contexte

- Population très vieillissante sur le territoire de la Capitale-Nationale. En 2022, la population de 65 ans et plus représente 23% de la population de la Capitale Nationale et le pourcentage devrait atteindre 27,4% en 2041 (projection de 225 093 personnes) (Institut de la statistique du Québec)
- Selon les experts, la maladie d'Alzheimer affecte en moyenne 100 personnes âgées sur 1000. En 2022, c'est près de 15 088 personnes âgées sur le territoire de la Capitale-Nationale qui sont atteintes de la maladie d'Alzheimer (société Alzheimer de Québec)
- Conscient de la nécessité d'adapter les services destinés aux personnes vivant avec un TNCM, le MSSS a sollicité des experts afin de se doter d'orientations et actions.

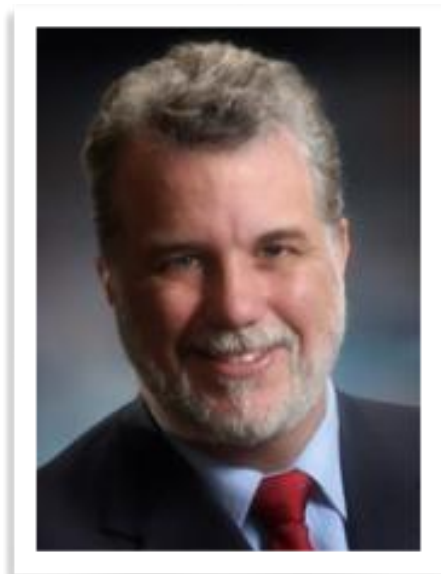


Québec 

Du rapport Bergman au processus clinique de 1ere ligne

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale*

Québec 



Déc 2007



**Relever le défi
de la maladie d'Alzheimer
et des maladies apparentées**

**Une vision centrée sur la
personne, l'humanisme et
l'excellence**

**RAPPORT DU COMITÉ D'EXPERTS
EN VUE DE L'ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION
POUR LA MALADIE D'ALZHEIMER**

Québec 

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec 

- 7 actions prioritaires
- 24 recommandations
- 5 recommandations pour une stratégie de mise en oeuvre

Action prioritaire 1	12
Sensibiliser, informer, mobiliser.....	12
Action prioritaire 2	16
Assurer l'accessibilité à des services personnalisés et coordonnés d'évaluation et de traitement pour les personnes atteintes et les proches aidants	16
Action prioritaire 3	31
Aux stades avancés de la maladie : promouvoir la qualité de vie et offrir l'accès au soutien à domicile et le choix d'un milieu de vie de qualité.....	31
Action prioritaire 4	38
Promouvoir des soins de fin de vie de qualité, pertinents sur le plan thérapeutique, dans le respect des volontés, la dignité et le confort.....	38
Action prioritaire 5	44
Les proches aidants : des partenaires à soutenir	44
Action prioritaire 6	49
Développement et soutien de la pratique	49
Action prioritaire 7	54
Un effort sans précédent pour la recherche : une mobilisation de tous les acteurs des secteurs public, universitaire et privé.....	54

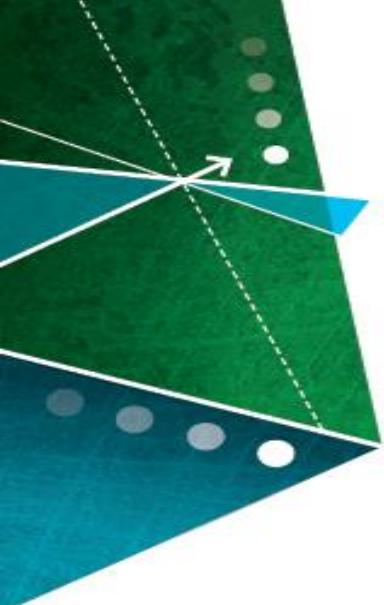
H. Bergman et coll., *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées - Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer*. Santé et services sociaux Québec, 2009, p. iii.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-829-01W.pdf>


Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec





Action prioritaire 2 - Assurer l'accessibilité à des services personnalisés et coordonnés d'évaluation et de traitement pour les personnes atteintes et les proches aidants



L'objectif de l'action prioritaire 2 est : d'améliorer et de simplifier l'accès à un processus d'évaluation des fonctions cognitives et de diagnostic de la maladie; d'assurer l'accès à une prise en charge intégrée dès l'annonce du diagnostic ; d'innover par une coordination efficace et souple des services requis par la personne et ses proches; et d'adapter l'organisation et l'approche proposées à la réalité locale et régionale.

La mise en place d'une organisation de services fondée sur le modèle de gestion des maladies chroniques et sur le modèle de pratique collaborative est au cœur des **trois recommandations**. Il s'agit de mettre progressivement en place, d'abord dans les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques réseaux (CR), un partenariat médecin-infirmière avec la personne atteinte et ses proches. Ce cadre, au sein duquel l'infirmière responsable de la continuité des services aux patients joue le rôle d'« infirmière pivot Alzheimer », permettra de détecter, diagnostiquer et traiter la maladie.

Pour jouer son rôle, le partenariat médecin-infirmière établi avec la personne atteinte et ses proches doit pouvoir compter sur des éléments de soutien essentiels. Il doit également pouvoir bénéficier d'un accès rapide, facile et flexible à une gamme variée de ressources particulières et spécialisées, par exemple : des ressources psychosociales comme les centres de soutien Alzheimer (CSA), des ressources cliniques telles des cliniques de cognition et des équipes spécialisées en SCPD, un programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) adapté à la maladie d'Alzheimer, ainsi que des séjours facilités et des transitions optimales en cas d'hospitalisation. Les centres de santé et de services sociaux (CSSS), en collaboration avec leurs agences régionales, sont responsables d'assurer que l'organisation des services sera adaptée à la réalité locale et régionale.

H. Bergman et coll., *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées - Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer*. Santé et services sociaux Québec, 2009, p. viii.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-829-01W.pdf>

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec 

2010




5 000 000 \$

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale*

Québec 

- Lettre d'intention, questionnaire
- 34 GMF ont soumis leur candidature
- 19 projets sélectionnés
- 1 GMF par région (14 régions) sauf Montréal 3 projets, Montérégie 2 projets
- Durée: 2 ans



Suivi
par recherche évaluative
à 6-12-18 et 24 mois

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale*

Québec 

- Meilleur accès
- Meilleure évaluation
- Meilleure application des bonnes pratiques
- Meilleur traitement

Phase 2

Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et
autres troubles neurocognitifs majeurs

GUIDE DE MISE EN ŒUVRE POUR LE DÉPLOIEMENT
DES MEILLEURES PRATIQUES
CLINIQUES ET ORGANISATIONNELLES
DANS LES CISSS ET LES CIUSSS

SECONDE PHASE DES TRAVAUX – 2016 À 2019

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001825/>

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec 

Le déploiement – les parties prenantes et leurs responsabilités

MSSS

- Donne les orientations
- Maintien du soutien financier
- À compter de la phase 2, le mandat du déploiement a été donné aux 4 RUISSS de la province (U-Laval, U-Sherbrooke, U-McGill et de l'U-Montréal).

Les parties prenantes et leurs responsabilités

Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ)

- Accompagnement CISSS/CIUSSS –RUISSS Laval
 - Chargé de projet
 - Visites des CISSS/CIUSSS
- Transfert de connaissances
 - Données probantes cliniques et clinico-administratives
 - Expériences des différents CISSS/CIUSSS
- Soutien à l'amélioration continue de la qualité
- Participation aux activités de gouverne MSSS

RUISSS LAVAL (CIUSSS et CISSS)

- CISSS Gaspésie
 - CISSS des Îles
- CISSS Bas St-Laurent
- CISSS Chaudière-Appalaches
- CIUSSS Capitale Nationale
- CIUSSS Saguenay/Lac St-Jean
- Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
- CISSS Côte-Nord

Les parties prenantes et leurs responsabilités

CIUSSS

→ le MSSS confie le mandat de coordonner la mise en place à deux directions des CISSS et des CIUSSS soit la direction des services professionnels (DSP) et la direction SAPA (DSAPA) parce que ces 2 directions partagent les ressources médicales, professionnels et les services de la communauté.

- Assurer l'organisation des services et favoriser l'instauration de pratiques cliniques exemplaires
- Rédiger un plan d'action
- Mettre en œuvre le déploiement des meilleures pratiques cliniques
- Donner accès à des ressources territoriales (infirmière et travailleuse sociale)
- Assurer au GMF un accès équitable aux services spécialisés
- Soutenir la collaboration entre les GMF et les partenaires
- Mettre en place des mécanismes de concertation

Les parties prenantes et leurs responsabilités

GMF

- GMF première phase, impliqué dans la démarche
- Nouveau GMF, mettre en place les meilleures pratiques
- Favoriser la CIP dans l'utilisation du processus clinique révisé avec mise en place de rencontres concertées
- Présence au sein du GMF d'une équipe de leaders, md – inf – ts
- Mettre en place des stratégies d'amélioration continue
- Participer à la définition des corridors de service

Organismes communautaires

- Contribuer à la mise en place de l'offre de service aux proches aidants, l'information, la formation et le répit – accompagnement aux personnes atteintes

GMF-GMF-U participants

100 %

1. GMF Centre médical Beauport
2. GMF Charlesbourg
3. GMF Charlevoix EST
4. GMF Charlevoix OUEST
5. GMF Cité Verte
6. GMF Clinique médicale Sainte-Foy
7. GMF CLSC Orléans - La Source
8. GMF Côte de Beaupré
9. GMF du Carrefour
10. GMF Duberger
11. GMF L'Ancienne-Lorette
12. GMF L'Hétrière
13. GMF La Cité médicale
14. GMF La Cité médicale de Charlesbourg
15. GMF Le Mesnil
16. GMF Synase
17. GMF Loretteville – PHASE 1
18. GMF Ma Clinique médicale Lebourgneuf
19. GMF Neufchâtel
20. GMF Portneuf
21. GMF Proactive Santé La Cité - Limoilou
22. GMF Québec Nord
23. GMF Sillery
24. GMF St-Louis
25. GMF St-Vallier
26. GMF Val-Bélair – Valcartier-Ste-Catherine – PHASE 1
27. GMF Clinique médicale Pierre-Bertrand
28. GMF-U Haute Ville
29. GMF-U Laurier
30. GMF-U Maizerets
31. GMF-U Quatre-Bourgeois
32. GMF-U St-François D'Assises

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec 

Phase 3

Objectif général: faciliter les transitions dans le parcours des usagers vivant avec un TNCM en adéquation avec leurs attentes et celles de leurs proches afin d'améliorer leurs conditions de vie.



Principes

- Maintien des acquis de la phase 2 (responsabilité populationnelle et pertinence clinique)
- Promotion de la santé cognitive et de la réserve cognitive
- Approche centrée sur la personne et non sur la maladie (connaissance de la Charte canadienne des droits des personnes atteintes de maladies neurodégénératives)
- Approche de santé globale (physique, mentorat et psychosociale)
- Partenariat avec l'utilisateur et ses proches (participation à la prise de décision, rencontres cliniques, besoins des proches aidants)
- CIP (faciliter les transitions, accès à une équipe ambulatoire SCPD)

Liens MSSS- phase 3

- [Orientations ministérielles sur les troubles neurocognitifs majeurs - Phase 3 \(gouv.qc.ca\)](#)
- [Plan ministériel sur les troubles neurocognitifs majeurs \(TNCM\) 2021/2023 \(gouv.qc.ca\)](#)
- [Travaux ministériels sur les troubles neurocognitifs majeurs : Phase 3](#)