

# Du rapport Bergman au processus clinique de première ligne

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

## Par

- France Falardeau, directrice SAPA volet SAD-SGS-SPFV
- Claude Patry, médecin GMF Loretteville
- Line D'Amours, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Date : 23 avril 2021

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 2020, la population de 65 ans et plus représente 21,9% de la population de la Capitale Nationale et le pourcentage devrait atteindre 27,4% en 2041 (projection de 224 735 personnes) (Institut de la statistique du Québec)
- Selon les experts, la maladie d'Alzheimer affecte en moyenne 100 personnes âgées sur 1000. En 2020, c'était près de 15 000 personnes âgées sur le territoire de la Capitale-Nationale qui étaient atteintes de la maladie d'Alzheimer (société Alzheimer de Québec)
- **Notre principal défi**
  - Travailler ensemble, tous les partenaires, pour offrir une gamme de soins et des services adaptés pour assurer la réponse aux besoins des personnes atteintes et mieux soutenir les proches aidants.

# Approche du soutien à l'autonomie des personnes âgées

- Maintenir à domicile la clientèle âgée le plus longtemps possible avec une organisation de soins et services adaptés, intégrés et dans un environnement sécuritaire.
- Notre mission: Mettre en place des continuums de services intégrés, accessibles et fluides se rapprochant des communautés locales par une approche de proximité.
- Le modèle SAPA est élaboré à partir de la mise en place de cellules interdisciplinaires imputables et responsable de l'organisation des services auprès d'un regroupement de personnes âgées.
- L'approche de collaboration interprofessionnelle avec tous les partenaires qui gravitent auprès des personnes en perte d'autonomie permet de mieux coordonner les actions auprès des clientèles.

# Approche du soutien à l'autonomie des personnes âgées

- Les GMF par les médecins et les autres professionnels sont devenus des partenaires incontournables et indispensables dans le maintien à domicile des personnes âgées.
- L'intégration des soins et services débutent dans la communauté (GMF, services communautaires, SAD) aidés des services spécialisés.
- Une continuité autant des approches, de l'information et des relations, 3 éléments essentiels pour relever le défi du faire ensemble.
- Forte des 2 premières phases porteuses d'une vision novatrice de l'intégration des soins et services basées sur des données probantes dans une approche interdisciplinaire, la phase 3 vise à offrir aux usagers visant avec un TNCM et à leur proches des trajectoires fluides et des transitions optimales.

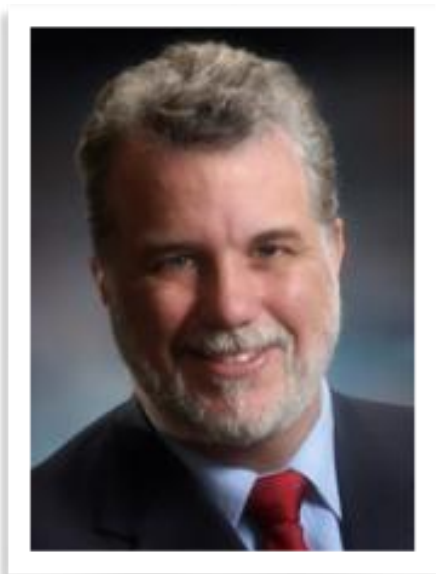


Québec 

## 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 

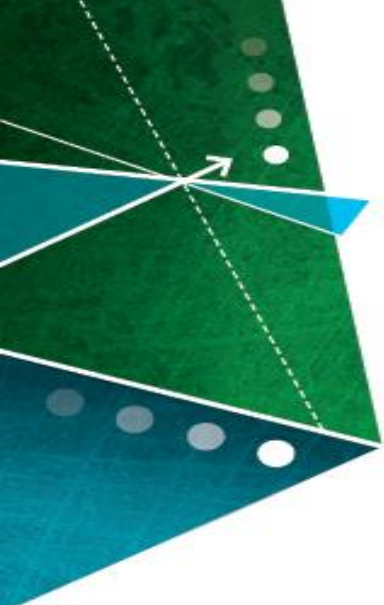
- 7 actions prioritaires
- 24 recommandations
- 5 recommandations pour une stratégie de mise en oeuvre




|  |    |
|--|----|
| <b>Action prioritaire 1</b> .....  | 12 |
| Sensibiliser, informer, mobiliser.....   | 12 |
| <b>Action prioritaire 2</b> .....  | 16 |
| Assurer l'accessibilité à des services personnalisés et coordonnés d'évaluation et de traitement pour les personnes atteintes et les proches aidants ..... | 16 |
| <b>Action prioritaire 3</b> .....  | 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 |
| <b>Action prioritaire 4</b> .....  | 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 |
| <b>Action prioritaire 5</b> .....  | 44 |
| Les proches aidants : des partenaires à soutenir .....   | 44 |
| <b>Action prioritaire 6</b> .....  | 49 |
| Développement et soutien de la pratique .....  | 49 |
| <b>Action prioritaire 7</b> .....  | 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>



## 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

## MSSS - RUISSS

- 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).

## Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

- Le Centre d'excellence sur le vieillissement (CEVQ) du CIUSSS de la Capitale-Nationale) a comme mandat suprarégional de soutenir le déploiement dans le RUISSS U-Laval.

## CIUSSS de la Capitale Nationale

- Le CIUSSSCN se concerte et déploie son plan d'action



# Une gouverne partagée, un gage de succès

L'expérience ayant démontré que la première phase s'est avérée positive pour les usagers, le MSSS a autorisé la mise en place de la seconde phase visant un déploiement élargi des meilleures pratiques à l'ensemble des CISSS et des CIUSSS sur le territoire Québécois.

- **Leadership !**

- 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).

- **Pourquoi ?**

- Nous partageons deux ingrédients pour en faire un succès, les ressources médicales, professionnels et les services de la communauté.

# Les parties prenantes et leurs responsabilités

## MSSS

- Donner les orientations

## CIUSSS

- Rédiger le plan d'action
- Mettre en œuvre
- Assurer l'organisation des services sur le territoire
- 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, impliquée dans la démarche
- Nouveau GMF, mettre en place de façon progressive les meilleures pratiques
- 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

# 12 conditions gagnantes

1. Le soutien du médecin responsable du GMF quant au changement souhaité.
2. La présence au sein du GMF d'une équipe de leaders, md – inf – ts.
3. La disponibilité d'une personne qui assure un soutien fonctionnel concret à l'équipe de leaders GMF.
4. L'engagement de l'ensemble des médecins et des professionnels du GMF.
5. Des rencontres de concertation entre les médecins et les professionnels du GMF.
6. Une stratégie pérenne de conduite du changement, réévaluation et ajustement.
7. Un changement réalisé progressivement.
8. L'instauration d'un plan de formation continue sur les pratiques optimales.
9. L'utilisation de protocoles et d'outils d'aide à la pratique (MSSS et INESSS).
10. L'accès à une ressource territoriale (infirmière et travailleuse sociale).
11. Un professionnel GMF dédié aux liens avec le CISSS ou le CIUSSS et les organismes communautaires.
12. L'accompagnement et le mentorat apportés aux GMF par le RUISSS.

# Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

## RÔLE ET MANDAT

- Accompagnement CISSS/CIUSSS –RUISSS ULaVal
  - 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 ULAVAL (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

# 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 des usagers vivant avec un TNCM dans le respect de leur attentes et celles de leurs proches afin d'améliorer leur condition de vie

