



**Ministère de la Santé et des Services sociaux**

# **Améliorer la qualité de la prise en charge des maladies neurocognitives dans le réseau de la santé québécois**

**Conférence annuelle de L'IASI-CUSM  
Montréal – 24 octobre 2017**

**Christine Fournier**

Chargée de projet – Territoire RUIS Université de Montréal

**Éric Maubert**

Chargé de projet – Territoire RUIS Université McGill

**Québec** 



# Contexte

## Une maladie chronique complexe

- Plus importante cause d'incapacité chez les personnes âgées
- Impact majeur au plan humain, social, sociétal, et sur le système de santé
- 25% des malades sont diagnostiqués (INESSS)
- Ajoutée aux autres maladies (comorbidité)

## Des statistiques préoccupantes

- 20 % des personnes de plus de 70 ans, 25% à 80 ans et jusqu'à 50% à 90 ans
- 16,000 personnes de moins de 65 ans
- Incidence qui augmente (25,000 cas/année)
- 1,1 million de personnes touchées
- 10,4 milliards \$/année



# Contexte

**La première ligne n'est généralement pas préparée pour prendre en charge les maladies neurocognitives**

## Faible accès

- à un médecin, à une évaluation, au diagnostic, au traitement (incluant les troubles du comportement), au soutien des patients et de leurs aidants
- à une gestion intégrée des différents stades de la maladie, y compris les situations de crise car peu de repérage précoce
  
- aux cliniques de cognition
  - longs délais d'attente
  - volume de la demande augmente
  - retard dans les diagnostics et les interventions
  - continuité sous-optimale des soins et services
  
- aux équipes spécialisées (troubles du comportement, gestion des cas complexes)



# Faits démontrés

**Plus de 80% des personnes souffrant de d'Alzheimer et autre troubles neuro-cognitifs (TNC) peuvent être bien pris en charge par la 1<sup>ere</sup> ligne et dans la communauté**

- au repérage, à l'évaluation, au diagnostic, au traitement, au soutien des patients et de leurs aidants
- par une gestion intégrée des différents stades de la maladie (y compris les situations de crise)

**Recommandations de la Conférence Canadienne de Consensus depuis 1989 :**

- médecin de famille= expérience longitudinale avec le patient et sa famille
- 1<sup>ière</sup> ligne: mieux formés pour accompagner les personnes âgées avec multi-morbidité dans leur globalité

**Les cliniques de mémoire ne seraient pas plus efficaces et il n'y aura jamais assez de spécialistes intéressés et formés à la maladie d'Alzheimer et autre TNC**

- Interventions ponctuelles
- Coûts exorbitants

# Mise en place d'une politique provinciale

## 2009

- Dépôt du rapport « **Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées** » 7 actions prioritaires et 24 recommandations.  
Document phare pour élaboration du plan d'action ministériel

## 2013 -2015

- **Phase 1**, déploiement de 19 projets à travers le Québec, avec le soutien des 4 RUIS et la mise en place d'une équipe de recherche évaluative

## Avril 2016

- **Phase 2**, déploiement pour l'ensemble du territoire québécois sous la responsabilité des CIUSSS/CISSS avec le soutien du MSSS et des 4 CIUSSS mandatés

## Cibles prioritaires de l'Initiative Alzheimer

- Amélioration de l'accès et de la qualité des services en 1ere ligne pour les patients et leurs proches
- Soutien de la 2e et 3e ligne (cliniques de cognition, équipes spécialisées) : situations cliniques complexes ou atypiques
- Outils d'évaluations et guides de pratiques cliniques et organisationnelles (site MSSS, INESSS)
- Programmes de formation sur mesure
- Mise en place progressive d' une gamme de services destinés aux proches aidants, notamment en collaboration avec la fondation l'Appui aux aidants et les Sociétés Alzheimer



# Résultats de la phase 1

## 19 projets, beaucoup d'acteurs impliqués

- 40 Groupes de médecins de familles (GMF) à travers le Québec, 16 CSSS, nombreux partenaires (cliniques de cognition, équipes ambulatoires, universités et ressources communautaires)

## Les projets d'implantation ont donné les résultats attendus au sein des GMF

- Meilleure identification des patients
- Amélioration de la qualité du suivi offert en 1<sup>ère</sup> ligne
- Travail interprofessionnel amélioré

**L'expérience de ces projets servira de modèle pour les autres GMF, et inspirera le déploiement à grande échelle**



## Lancement de la Phase 2

1. **Rehaussement des pratiques cliniques dans tous les GMF du Québec**
  - Implantation du “Processus clinique interdisciplinaire”
  - Formation axée sur la pratique, le coaching clinique et organisationnel
  - Mise à niveau des équipes spécialisées en soutien à la 1re ligne
  - Au printemps 2019 tous les GMF devront être impliqués
  
2. **Amélioration des mécanismes d'accès**
  - Optimisation des trajectoires de soins entre les différents acteurs des territoires de CIUSSS/CISS, en réponse aux besoins de la clientèle
  
3. **Maîtres d'œuvre du déploiement**
  - Co-responsables : directions SAPA et directions responsables des services médicaux de première ligne

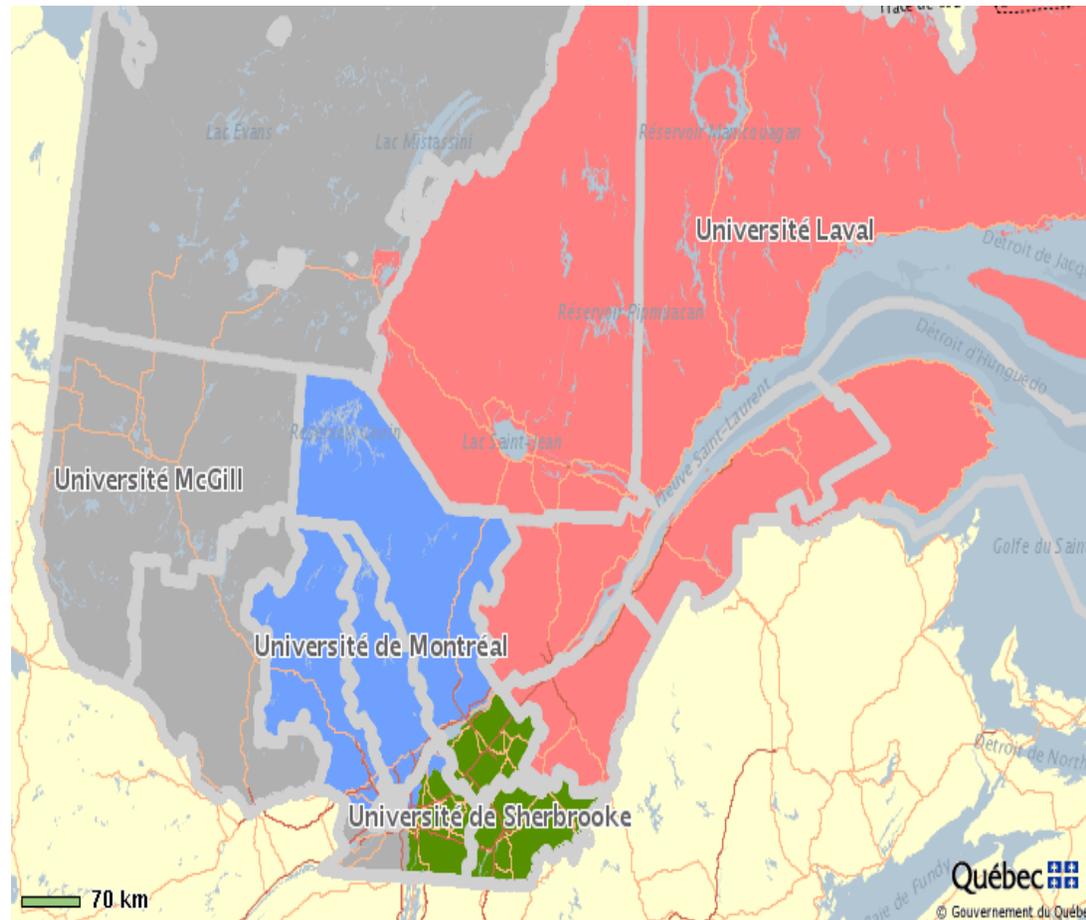
## Déploiement de la Phase 2

- Guide de mise en œuvre rédigé par le MSSS
- 4 chargés de projet, issus des centres d'excellence et instituts de gériatrie du Québec (1 chargé de projet par territoire de RUIS)
- Expertise et méthodologie des RUIS et des groupes d'experts provinciaux
  - Méthodologie de formation
  - Expérience dans les CISSS et CIUSSS
  - Disponibilité des experts
- Coffres à outil disponibles (MSSS, INESSS, RUIS...)
- Site internet

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/alzheimer/>



# Les territoires des 4 RUIS



# Rôle des RUIS



## Soutenir le déploiement des meilleures pratiques

- En développant une approche concertée et en favorisant la cohérence et la complémentarité pour le MSSS
- En proposant un cadre cohérent et structuré d'intervention et en créant un sentiment d'identité et de proximité pour les cliniciens et leurs établissements

# Rôle des RUIS

## Moyens

- Réseau de formation en ligne, plateforme Environnement Numérique d'Apprentissage (ENA), visioconférence
- Télésanté, téléconsultation
- Tables nationale et locales des RUIS, Campus longévité
- Fluidité entre les départements des facultés de médecine : gériatrie, psychiatrie, médecine de famille et les facultés des sciences de la santé
- Utilisation des données probantes, optimisation des références vers les ressources spécialisées, comités d'experts et élaboration d'outils cliniques



# Rôle des chargés de projet des territoires de RUIS

En phase 1: (2013-2015)

- Rôle central à la réussite du déploiement des projets

En phase 2: (2016-2019)

Pour la durée du déploiement de l'Initiative ministérielle dans le réseau Québécois de la santé

- Créer des liens fonctionnels
- Supporter la coordination des actions
- Apporter le soutien aux équipes



# Rôle des chargés de projet des territoires de RUIS

## Avec l'appui des CIUSSS mandatés et des RUIS

- Facilitateurs à la communication et au transfert de connaissances
- Accompagnateur à l'implantation, à la gestion du changement et des situations de crises
- Initiateur des liens, partenariats et consensus
- Passage du politique à l'opérationnel et de la théorie à la pratique
- Mise en place de communautés de pratique et de formations inter-RUIS



# Questions, commentaires

