Initiative ministérielle québécoise sur la maladie d'Alzheimer; Évolution de l'implantation en Estrie

Guy Lacombe, Christine Giguère, Suzanne Gosselin, Christian Bocti, Anne Marie Simard et Michel Des Roches,
CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Sherbrooke, Québec, Canada

Historique

•Prise en charge insuffisante malgré de bonnes connaissances chez les médecins de famille et des cliniques de mémoire spécialisées.[1]
•En 2009, le rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées propose un plan d'action québécois couvrant de la prévention jusqu'à la fin de vie, en passant par la recherche. [2]
•2013 à 2015, la première phase du plan Alzheimer cible 19 projets pilotes à travers le Québec. Quarante groupes de médecine familiale, M.D. et infirmières sont supportés par un programme cadre de formation et de tutoriaux. [3] L'évaluation des pratiques et résultats de l'implantation sont planifiés dès le départ. [4]
•Une seconde phase de déploiement de 2016 à 2019, initiative ministérielle MA-TNCM sous la responsabilité régionale des CISSS et des CIUSSS et touche le grand nombre possible de GMF. L'Estrie déjà forte d'expérience, d'outils et de continuité de soins avec la première ligne[5] s'implique dans le développement québécois.

Objectif

Faire le point sur l'implantation en Estrie du Plan Alzheimer québécois en relation avec les évaluations en Estrie [5,6,8.9] et au Québec[7] .

Intervention

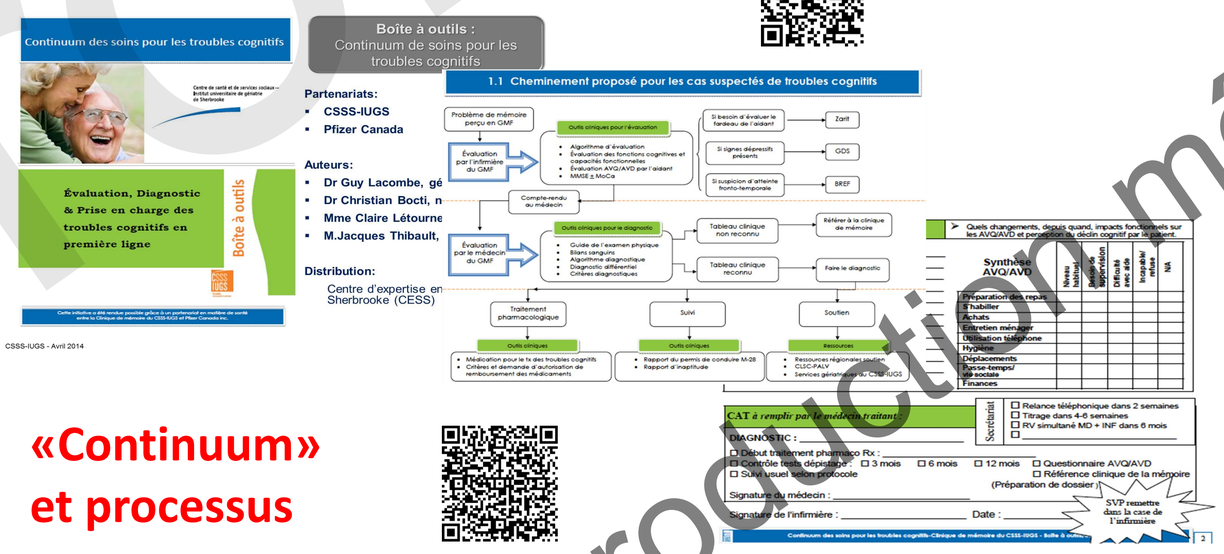
Pour l'ensemble du Québec il s'agit de mettre en place un modèle de prise en charge et de gestion des maladies chroniques et pratique collaborative implantant une diade médecin infirmière aux groupes de médecine familiale (GMF) et les cliniques réseaux (CR) centrés.

Nos intervenants collaborent au développement du « continuum » du MSSS qui consiste en 12 formations en ligne centrées sur le « processus clinique ». Il s'accompagne du guide d'implantation de bonnes pratiques[10], des vidéos sur la prise en charge des troubles de comportements.

En Estrie, la phase 1 touche 4 GMF: réalisation complète pour 3 des 4. La clinique de mémoire de l'IUGS développe une boîte à outil, pratique, à usage quotidien, structurée autour du processus clinique multidisciplinaire qui consolide la formation et le coaching clinique. Une équipe de prise en charge des syndromes comportementaux est développée pour supporter les GMF et milieu d'hébergement. Des GMF non ciblés se joignent spontanément aux formations et améliorent ainsi la prise en charge.

La phase 2 touche 24 GMF. Plus de 51 activités de formation depuis 2015, touchent plus de 70 médecins et infirmières. Des groupes communautaires de la Société Alzheimer et de l'APPUI participent aux formations.

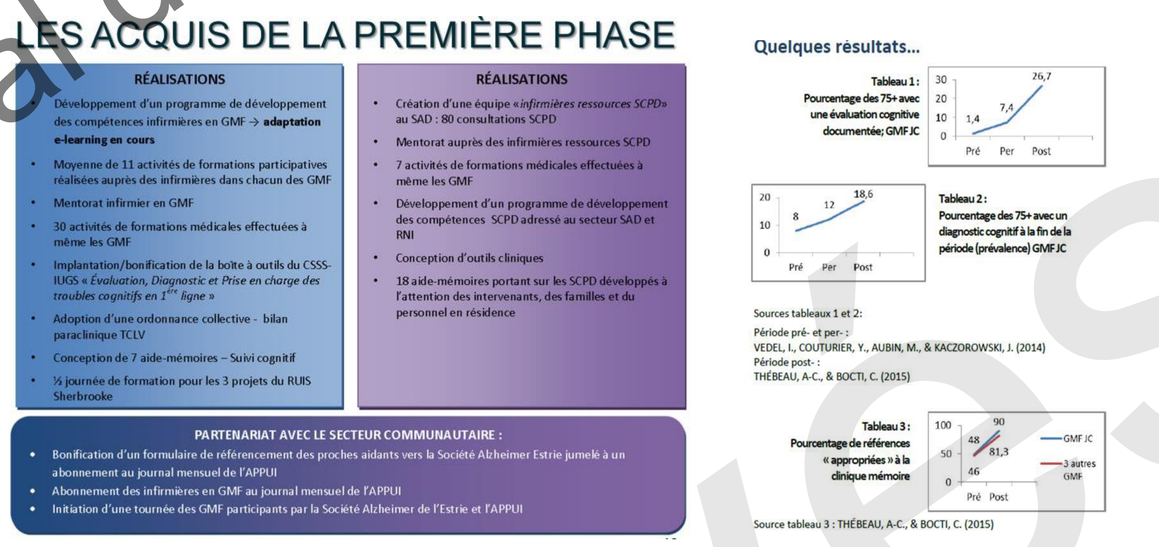
Boîte à outil et processus clinique

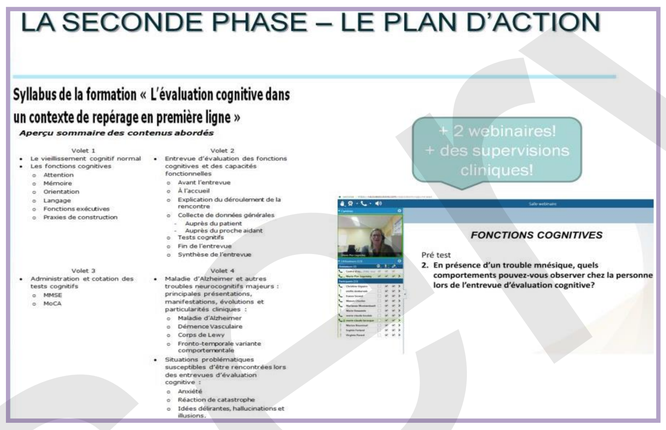


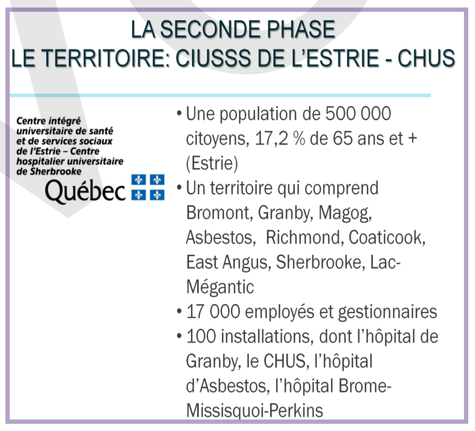
«Continuum» et processus

RÉSULTATS

En Estrie on observe une augmentation de 1,8 à 28 % des aînés de plus de 75 ans ayant bénéficié d'une évaluation cognitive en GMF et une amélioration de la pertinence des références à la clinique de mémoire. On note aussi une augmentation de 40% de la participation aux recherches cognitives.







CONCLUSION

• De plus en plus d'équipes d'omnipraticiens - infirmières cliniciennes prennent en charge les troubles neurocognitifs en première ligne. L'implantation de l'initiative ministérielle a permis d'augmenter la qualité et le nombre d'intervention tout en améliorant la collaboration à la recherche et aux organismes communautaires.

Références

1-Évaluation de Besoins EMC AMOQ 2007, Beaulieu Yves, Lacombe G. et Impress study, Bélanger et coll, **Bouchard, Lacombe, Robillard IAAG 2009
2-Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, Rapport du comité d'experts présidé par Prof, Howard Bergman, mai 2009.
http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-829-01W.pdf
3-Alzheimer et troubles neurocognitifs majeurs, Projet d'implantation ciblée 2013-2016, www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/projet-d-implantation-ciblee/
4-Evaluation de l'implantation du plan Alzheimer au Québec, Vedel Isabelle, Couturier Yves, 2016
http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/transfert-connaissances/midis-conferences/midi-conference_24-02-2016_presentation2.pdf
5-Networking Family practitioners group with memory clinics: Improving access to high quality care for for Alzheimer disease and related dementia. Megantic Experience. Guy Lacombe Guy, BrochuD, Ruel D., Rosa S, ICAD, P3-388, Hawaii 2010
6-Amélioration des soins pour les troubles cognitifs en première ligne – des liens durables entre la Clinique de Mémoire IUGS et les GMF: Le Projet Alzheimer Estrie. Rapport interne Document d'information, Bocti C. & coll RUIS FMSS Sherbrooke mai 2015
7- Evaluation de l'implantation du plan Alzheimer, Vedel I,Couturier. Y 2e congrès Québécois Alzheimer, Québec, (PDF CESS), Novembre 2014
8-Dementia care improvement: creating sustainable links between primary care and specialized healthcare providers. Bocti , Létourneau C, Bonin C, Simard AM,Amélie Adjaoud, Lacombe G.
9-Suivi et prise en charge des patients et de leurs proches après le diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, **Mireille Cliche , Gravel**, **Rosalie** 3e congrès Québécois Alzheimer, Sherbrooke (PDF CESS), Novembre 2016
10-Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. *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*. 2017.
11- La maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs en Estrie , Gosselin S. Giguère C, Des Roches M. Lacombe G, Vision Santé Publique, No 36 Juin 2017

P03, USPALZ Paris,
13 & 14 Décembre 2017

2017 © Congrès National des unités de soins Alzheimer
Toute reproduction même partielle est interdite