

# Évaluation du plan Alzheimer du Québec : Qu'avons-nous appris ?

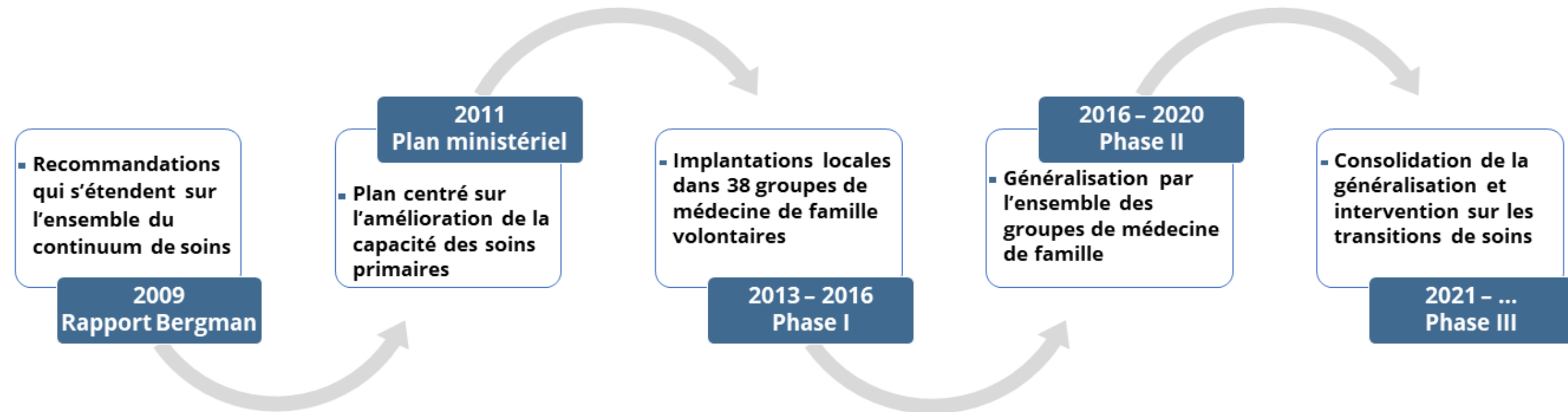
Isabelle Vedel (MD, PhD)  
Yves Couturier (PhD)  
Et l'équipe ROSA

Research Team on  
Organization of Healthcare  
Services for Alzheimer's



Équipe de Recherche en  
Organisation des Services  
sur l'Alzheimer

# Un bref historique du Plan Alzheimer du Québec



Groupes de médecine de famille sont responsables de détecter, diagnostiquer et suivre les personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur

Approche centrée sur



- les soins primaires, en soutien des soins spécialisés pour les situations cliniques plus complexes
- la continuité des soins, via un suivi dispensé par les cliniciens traitants habituels du patient et sur des transitions fluides avec les partenaires
- la personne et non sur la maladie



Implantation soutenue par le développement des capacités professionnelles et organisationnelles, le déploiement d'une gouvernance partenariale, une gestion du changement ambitieuse et une évaluation indépendante



# Étude qualitative de préimplantation

- Certains groupes de médecine de famille (GMF) ont modifié leurs pratiques dès le rapport Bergman
  - Rôle essentiel des « Champions » dans les GMF
  - Des spécialistes pour soutenir
- D'autres GMF n'ont pas changé
  - Manque de personnel et de ressources
  - Manque de motivation
- Nécessité d'une stratégie d'implantation

# L'évaluation du plan Alzheimer phase I et II : Trois études croisées

- Mesurer les pratiques, des processus et des structures qui se mettent en place
- Déterminer les effets du plan Alzheimer en termes notamment de détection, diagnostic, références et qualité des soins

Étude OBSERVATIONELLE  
(quantitative)

- Évaluer la dynamique d'implantation et d'innovation (conduite du changement, barrières, facilitateurs) ainsi que les conditions de transfert vers d'autres milieux

Étude d'IMPLANTATION  
(qualitative)

Indicateurs de résultats  
(Utilisation des services de santé)



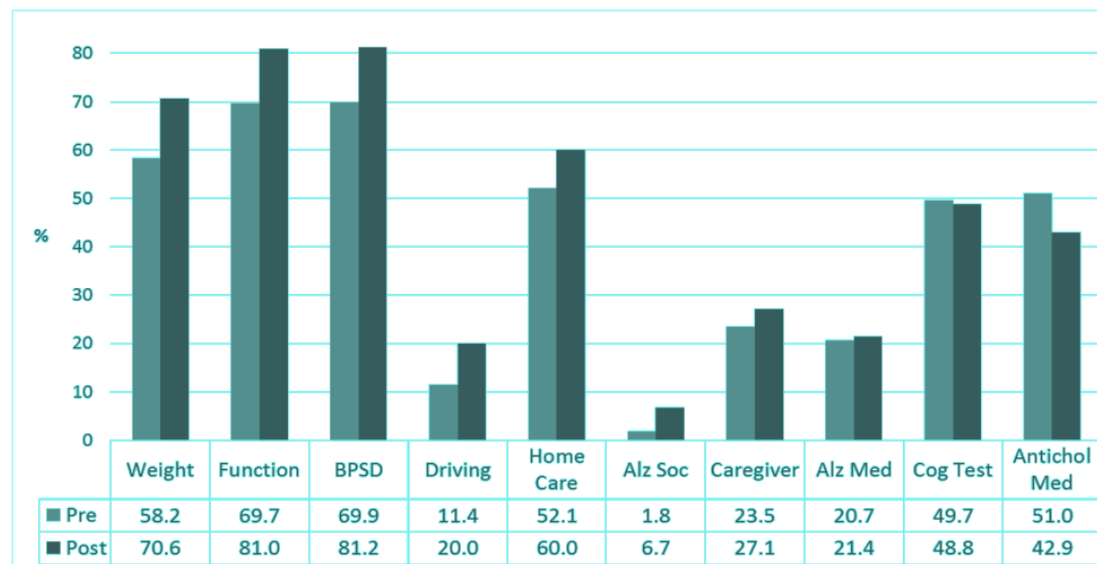


## Phases I et II : résumé des résultats quantitatifs

- Les cliniciens du GMF détectent mieux et diagnostiquent plus fréquemment les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) chez leurs patients par eux-mêmes
  - Sans trop faire appel à des spécialistes
- L'intensité du suivi par le GMF augmente ( + 3 visites par an)

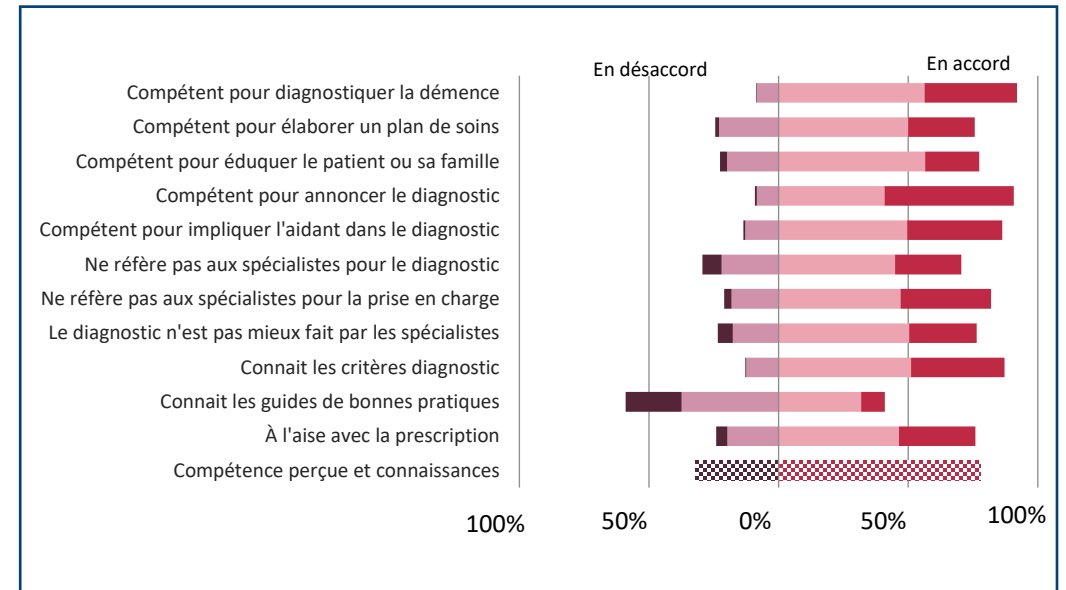
# La qualité de soins dans les GMF augmente

- Augmentation des évaluations :
  - Activités fonctionnelles
  - Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)
  - Poids
- Mais des améliorations à prévoir :
  - Évaluation de l'aidant
  - Évaluation de la conduite automobile
  - Référence aux services communautaires
- Référence aux services de soutien à domicile



# Bonnes connaissances, attitudes et pratiques des cliniciens en GMF

- Les cliniciens ont de bonnes connaissances cliniques et se perçoivent comme compétents
- Bonne attitude à l'égard de la TNCM
- Accord avec les principes et les objectifs du plan Alzheimer
- Mais pas assez de formation et de mentorat



# Résumé des résultats qualitatifs :

## Les acquis des phases I et II



Un modèle  
d'implantation  
du changement



Développement  
des compétences  
relatives à  
l'évaluation en  
soins primaires



Développement  
des  
compétences et  
des capacités  
SCPD

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





# Plan Alzheimer du Québec

## Conditions favorables, barrières et zones de développement

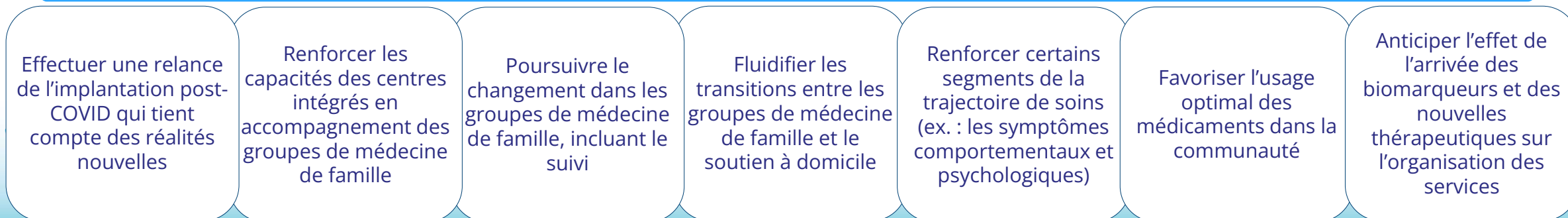
### Conditions favorables



### Barrières et défis persistants



### Zones de développement



# Des bons coups à diffuser...

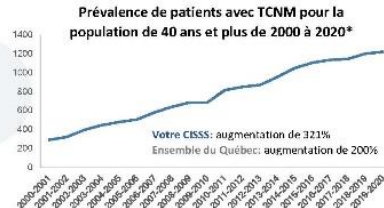


- Mise en place d'une ressource territoriale pour les travailleurs sociaux et clarification de leurs contributions
- Leadership des CI(U)SSS : comité de pilotage très actif impliquant SAD, DSP et DRMG (pas en silo)
- GMF : exiger des évaluations complètes en première ligne pour accepter les demandes au Centre d'expertise en gériatrie (regroupement des cliniques ambulatoires et harmonisation des normes)
- Monitoring du changement : développement d'un questionnaire qui doit être rempli par les 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.

# Portrait de chaque CI(U)SSS

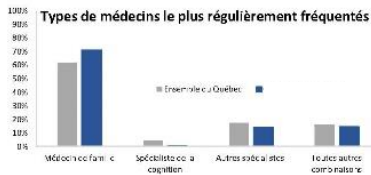
## Les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) : Que se passe-t-il au CISSS de XXX et au Québec ?

Le nombre de personnes ayant un diagnostic de TNCM augmente rapidement. Par conséquent, le Québec a élaboré un Plan ministériel sur les TNCM pour préparer le système de santé à mieux prendre en charge les personnes avec TNCM. Voici comment votre CISSS se compare à l'ensemble du Québec en 2019-2020 relativement aux patients avec TNCM.



### Quel médecin vos patients avec TNCM voient-ils le plus? Et à quelle fréquence?

Les médecins de famille sont les médecins le plus souvent en contact avec les personnes avec TNCM. Notre recherche a aussi montré que les cliniciens des GMF qui participent au Plan ministériel sur les TNCM ont de bonnes attitudes, connaissances et pratiques et qu'ils améliorent la qualité des soins des personnes avec TNCM.



### Pourcentage de patients avec au moins une visite chez le médecin de famille et nombre moyen de visites par patient



### Quelle est l'utilisation des services hospitaliers par vos patients avec TNCM ?

Notre recherche a démontré que les patients avec TNCM utilisent encore 2 fois plus les services hospitaliers que les personnes âgées sans TNCM. Une utilisation élevée de l'hôpital peut être diminuée par une meilleure prise en charge en amont. Notre recherche a en effet montré que si ces patients avec TNCM voient leur médecin de famille régulièrement, ils iront moins à l'urgence et seront moins hospitalisés.

### Pourcentage de patients avec au moins une visite à l'urgence\*



### Pourcentage de patients avec au moins une hospitalisation et nombre moyen de jours hospitalisés\*\*



### Pourcentage de patients avec au moins une hospitalisation avec niveau de soins alternatifs† et nombre moyen de jours



Notes : † Indique les indicateurs qui se retrouvent à l'infocentre. Les TNCM sont sous-estimés et ne représentent que les personnes qui sont identifiées dans les banques de données par les médecins. \*\* Inclut les hospitalisations de longue durée et dans les hôpitaux psychiatriques, mais exclut les hospitalisations avec niveau de soins alternatifs (NSA). † Niveau de soins alternatifs désigne qu'un patient occupe un lit dans un établissement sans qu'il nécessite le niveau de ressources ou de services dispensés dans le service de soins où il se trouve. CI(U)SSS désigne le Centre intégré (universitaire) de santé et services sociaux; GMF désigne groupe de médecins de famille. ND désigne que la donnée est non disponible.

## Implantation du Plan ministériel sur les TNCM: Que se passe-t-il dans votre CISSS et au Québec ?

### Les bons coups au Québec et facilitateurs pour l'implantation du Plan ministériel

- ✓ La qualité de la gestion du changement.
- ✓ L'augmentation de la capacité et des compétences des infirmier(ère)s en GMF.
- ✓ L'émergence d'un sentiment de confiance à l'égard du travail en équipe interprofessionnelle en GMF.
- ✓ Une augmentation perçue du nombre d'évaluations cognitives et de diagnostics effectués dans les GMF.
- ✓ La meilleure articulation première et deuxième ligne.
- ✓ La constitution d'équipes SCPD.

### Les défis au Québec et les barrières pour l'implantation du Plan ministériel

- ✗ Le passage du leadership des GMF vers les CI(U)SSS.
- ✗ La faible continuité GMF-SAPA (début trajectoire).
- ✗ Le rôle des TS en GMF est peu explicité et affirmé.
- ✗ L'adhésion de certains médecins demeure un défi.
- ✗ Le suivi des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs est souvent faiblement implanté.
- ✗ L'incapacité de mesurer les changements de pratique dans les GMF par les CI(U)SSS et le MSSS.
- ✗ La COVID et la relance post-COVID.

### Les bons coups dans votre CISSS

- ✓ La présence de médecins engagés dès la première phase.
- ✓ Le niveau de connaissance et de formation des professionnels n'est pas le même partout sur le territoire. Un colloque a donc été organisé pour mettre à niveau les médecins, les professionnel(le)s, les proches aidant(e)s et les partenaires de la communauté (130 participant(e)s). Celui-ci incluait une part de divertissement et de réseautage entre les acteur(ri)ce(s) (soirée avec XXX).
- ✓ Des infirmier(ère)s du soutien à domicile sont formé(e)s pour utiliser les outils d'évaluation en matière de troubles neurocognitifs majeurs et peuvent ensuite faire des liens avec les médecins. C'est particulièrement utile lorsqu'il n'y a pas de GMF dans la localité.

### Les défis dans votre CISSS

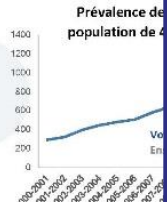
- ✗ Certains GMF sont moins ouverts au processus clinique interdisciplinaire; parfois une fermeture importante, parfois peu d'intérêt à déployer le processus clinique interdisciplinaire puisqu'ils ont déjà leur propre modèle (ex. : ergothérapeutes évaluent déjà avec leurs outils et les infirmier(ère)s font une part du travail).
- ✗ Un manque d'intégration des services pour le proche aidant et la personne atteinte en raison de leur inscription dans des GMF différents.
- ✗ La troisième ligne (Québec) est souvent trop loin pour faire déplacer les usagers; parfois un peu de conseils par téléphone.
- ✗ L'initiative ministérielle n'est pas imbriquée dans le dossier médical électronique et cela constitue un frein à l'intégration du processus clinique interdisciplinaire en première ligne.

Ce portrait de votre CI(U)SSS a été créé par Dre Isabelle Vedel, Dre Geneviève Arsenault-Lapierre, Dr Yves Coururier et Maxime Guillette de l'équipe de Recherche en organisation des soins pour la maladie d'Alzheimer (ROSA) et Victoria Massamba de l'Institut national de santé publique (INSPQ). Remerciements à Claire Godard-Sebillotte, Mary Henein et Juliette Champoux-Pellégrin de l'équipe ROSA, à Louis Rochette, Éric Pelletier et Sylvie Muller de l'INSPQ, ainsi qu'aux chargés de projet du comité de suivi du Plan ministériel sur les TNCM du ministère de la Santé et des Services sociaux.

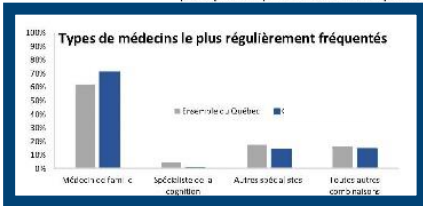
# Portrait de chaque CI(U)SSS

## Les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) Que se passe-t-il au CISSS de XXX et au

Le nombre de personnes ayant un diagnostic de TNCM augmente rapidement. Par conséquent, le Québec a élaboré un Plan ministériel sur les TNCM pour préparer le système de santé à mieux prendre en charge les personnes avec TNCM. Voici comment votre CISSS se compare à l'ensemble du Québec en 2019-2020 relativement aux patients avec TNCM.



Quel médecin vos patients avec TNCM voient-ils le plus? Et à quel endroit? Les médecins de famille sont les médecins le plus souvent en contact avec les personnes avec TNCM. Les cliniciens des GMF qui participent au Plan ministériel sur les TNCM ont de bonnes pratiques et qu'ils améliorent la qualité des soins des personnes avec TNCM.



Quelle est l'utilisation des services hospitaliers par vos patients avec TNCM?

Notre recherche a démontré que les patients avec TNCM utilisent encore 2 fois plus les services hospitaliers que les personnes âgées sans TNCM. Une utilisation élevée de l'hôpital peut être diminuée par une meilleure prise en charge en amont. Notre recherche a en effet montré que si ces patients avec TNCM voient leur médecin de famille régulièrement, ils iront moins à l'urgence et seront moins hospitalisés.



Pourcentage de patients avec au moins une hospitalisation et nombre moyen de jours hospitalisés\* \*\*

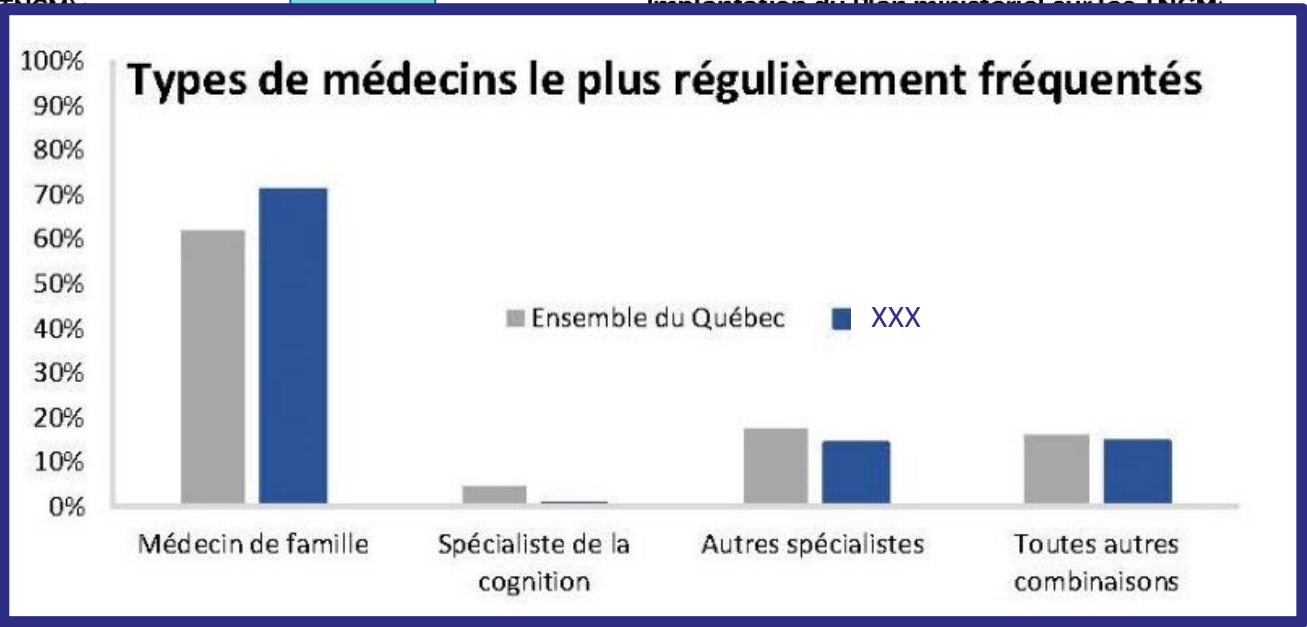
Ensemble du Québec	Votre CISSS
29,1 %	34,1%
20,1 jours	25,0 jours

Pourcentage de patients avec au moins une hospitalisation avec niveau de soins alternatifs\* et nombre moyen de jours

Ensemble du Québec	Votre CISSS
4,8 %	4,3 %
46,3 jours	116,0 jours

Notes : \* Indique les indicateurs qui se retrouvent à l'Infocentre. Les TNCM sont sous-estimés et ne représentent que les personnes qui sont identifiées dans les banques de données par les médecins. \*\* Inclue les hospitalisations de longue durée et dans les hôpitaux psychiatriques, mais exclue les hospitalisations avec niveau de soins alternatifs (NSA); † Niveau de soins alternatifs désigne qu'un patient occupe un lit dans un établissement sans qu'il n'existe le niveau de ressources ou de services dispensés dans le service de soins où il se trouve. CI(U)SSS désigne le Centre intégré (universitaire) de santé et services sociaux; GMF désigne groupe de médecins de famille. ND désigne que la donnée est non disponible.

## Implémentation du Plan ministériel sur les TNCM



- acteur(rice)s (soirée avec XXX).
- Des infirmier(ère)s du soutien à domicile sont formé(e)s pour utiliser les outils d'évaluation en matière de troubles neurocognitifs majeurs et peuvent ensuite faire des liens avec les médecins. C'est particulièrement utile lorsqu'il n'y a pas de GMF dans la localité.
- La troisième ligne (Québec) est souvent trop loin pour faire déplacer les usagers; parfois un peu de conseils par téléphone.
- L'initiative ministérielle n'est pas imbriquée dans le dossier médical électronique et cela constitue un frein à l'intégration du processus clinique interdisciplinaire en première ligne.

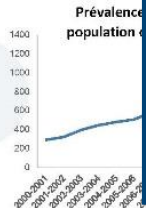
Ce portrait de votre CI(U)SSS a été créé par Dre Isabelle Vedel, Dre Geneviève Arseneault-Lapierre, Dr Yves Coururier et Maxime Guillette de l'équipe de Recherche en organisation de soins pour la maladie d'Alzheimer (ROSA) et Victoria Messamba de l'Institut national de santé publique (INSPQ). Remerciements à Claire Godard-Sebillotte, Mary Henein et Juliette Champoux-Pellegrin de l'équipe ROSA, à Louis Rochette, Eric Pelletier et Sylvie Muller de l'INSPQ, ainsi qu'aux chargés de projet du comité de suivi du Plan ministériel sur les TNCM du ministère de la Santé et des Services sociaux.



# Portrait de chaque CI(U)SSS

## Les troubles neurocognitifs majeurs Que se passe-t-il au CISSS de XXX et à l'ensemble du Québec?

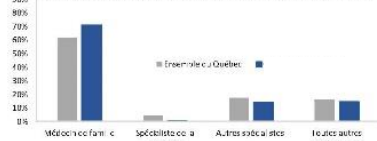
Le nombre de personnes ayant un diagnostic de TNCM augmente rapidement. Par conséquent, le Québec a élaboré un Plan ministériel sur les TNCM pour préparer le système de santé à mieux prendre en charge les personnes avec TNCM. Voici comment votre CISSS se compare à l'ensemble du Québec en 2019-2020 relativement aux patients avec TNCM.



### Quel médecin vos patients avec TNCM voient-ils le plus? Et à quelle fréquence?

Les médecins de famille sont les médecins le plus souvent en contact avec les personnes avec TNCM. Notre recherche a aussi montré que les cliniciens des GMF qui participent au Plan ministériel sur les TNCM ont de bonnes attitudes, connaissances et pratiques et qu'ils améliorent la qualité des soins des personnes avec TNCM.

### Types de médecins le plus régulièrement fréquentés



### Quelle est l'utilisation des services hospitaliers par vos patients avec TNCM?

Notre recherche a démontré que les patients avec TNCM utilisent encore 2 fois plus les services hospitaliers que les personnes âgées sans TNCM. Une utilisation élevée de l'hôpital peut être diminuée par une meilleure prise en charge en amont. Notre recherche a en effet montré que si ces patients avec TNCM voient leur médecin de famille régulièrement, ils iront moins à l'urgence et seront moins hospitalisés.

### Pourcentage de patients avec au moins une visite chez le médecin de famille et nombre moyen de visites par patient

Ensemble du Québec  
79,4 %  
3,4 visites

Ensemble du Québec  
49,3 %

### Pourcentage de patients avec au moins une hospitalisation et nombre moyen de jours hospitalisés\*\*

Ensemble du Québec  
29,1 %  
20,1 jours



Votre CISSS  
34,1 %  
25,0 jours

### Pourcentage de patients avec au moins une hospitalisation et nombre moyen de jours hospitalisés\*\*

Ensemble du Québec  
4,8 %  
46,3 jours



Votre CISSS  
4,3 %  
116,0 jours

## Dans votre CI(U)SSS, les bons coups et les défis

## Au Québec, les bons coups et les défis

## Implantation du Plan ministériel sur les TNCM: Que se passe-t-il dans votre CISSS et au Québec?

Les bons coups au Québec et facilitateurs pour l'implantation du Plan ministériel

- ✓ La meilleure articulation première et deuxième ligne.
- ✓ La constitution d'équipes SCPD.

Les défis au Québec et les barrières pour l'implantation du Plan ministériel

- × Le passage du leadership des GMF vers les CI(U)SSS.
- × La faible continuité GMF-SAPA (début trajectoire).
- × Le rôle des TS en GMF est peu explicité et affirmé.
- × L'adhésion de certains médecins demeure un défi.
- × Le suivi des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs est souvent faiblement implanté.
- × L'incapacité de mesurer les changements de pratique dans les GMF par les CI(U)SSS et le MSSS.
- × La COVID et la relance post-COVID.

### Les bons coups dans votre CISSS

Un colloque a donc été organisé pour niveau les médecins, les professionnel(le)s, les aidant(e)s et les partenaires de la communauté (130 participants). Celui-ci incluait des ateliers de divertissement et de réseautage entre les professionnels de la santé.

Les défis dans votre CISSS

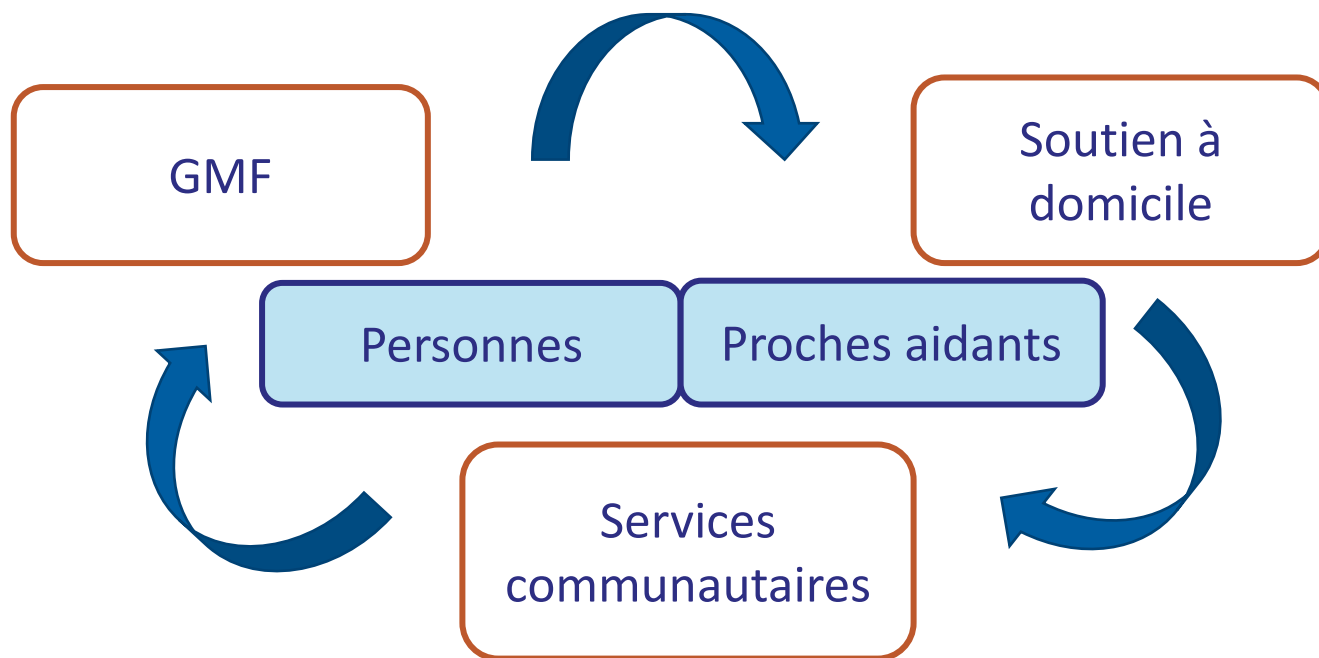
- × Certains GMF sont moins ouverts au processus clinique interdisciplinaire; parfois une fermeture importante, parfois peu d'intérêt à déployer le processus clinique interdisciplinaire puisqu'ils ont déjà leur propre modèle (ex. : ergothérapeutes évaluent déjà avec leurs outils et les infirmier(ère)s font une part du travail).
- × Un manque d'intégration des services pour le proche aidant et la personne atteinte en raison de leur inscription dans des GMF différents.
- × La troisième ligne (Québec) est souvent trop loin pour faire déplacer les usagers; parfois un peu de conseils par téléphone.
- × L'initiative ministérielle n'est pas imbriquée dans le dossier médical électronique et cela constitue un frein à l'intégration du processus clinique interdisciplinaire en première ligne.

Notes: † Indique les indicateurs qui se retrouvent à l'infocentre. Les TNCM sont sous-estimés et ne représentent que les personnes qui sont identifiées dans les banques de données par les médecins. \*\* Inclue les hospitalisations de longue durée et dans les hôpitaux psychiatriques, mais exclue les hospitalisations avec niveau de soins alternatifs (NSA). ‡ Niveau de soins alternatifs désigne qu'un patient occupe un lit dans un établissement sans qu'il nécessite le niveau de ressources ou de services dispensés dans le service de soins où il se trouve. CI(U)SSS désigne le Centre intégré (universitaire) de santé et services sociaux; GMF désigne groupe de médecins de famille. ND désigne que la donnée est non disponible.

Ce portrait de votre CI(U)SSS a été créé par Dre Isabelle Vedel, Dre Geneviève Arsenault-Lapierre, Dr Yves Coururier et Maxime Guillette de l'équipe de Recherche en organisation des soins pour la maladie d'Alzheimer (ROSA) et Victoria Massamba de l'Institut national de santé publique (INSPQ). Remerciements à Claire Godard-Sebillotte, Mary Henein et Juliette Champoux-Pelligrin de l'équipe ROSA, à Louis Rochette, Eric Pelletier et Sylvie Muller de l'INSPQ, ainsi qu'aux chargés de projet du comité de suivi du Plan ministériel sur les TNCM du ministère de la Santé et des Services sociaux.

# Maintenant : Living lab sur la phase III et les transitions

« Mesurer, analyser, appliquer...  
mesurer à nouveau ! »

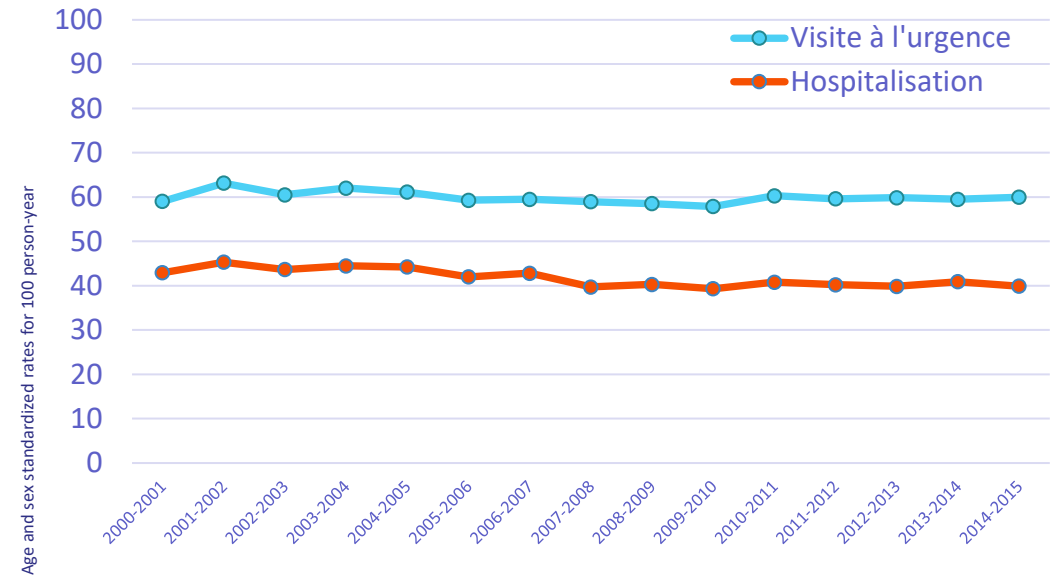


# D'autres travaux de l'équipe ROSA

## Grande utilisation des services de l'hôpital

- Deux fois plus d'utilisation de l'hôpital chez les personnes avec TNCM
  - Stable entre 2000 et 2015
  - 60 % visitent l'urgence dans l'année du diagnostic
  - 40 % sont hospitalisées (47 jours)
  - 25 % potentiellement évitables

La continuité avec le médecin de famille diminue beaucoup l'utilisation de l'hôpital



# D'autres travaux de l'équipe ROSA

## Équité et TNCM

- Sexe, genre
- Rural/urbain
- Niveau socio-économique bas/élevé
- Personnes racialisées
- LGBT+

**Diversity for Dementia: How can the Canadian National & Provincial Strategies be more inclusive to sexual minorities?**

Rapid review recommendations for making the 7 National Objectives more inclusive for older LGBTQ2 adults with cognitive impairment:

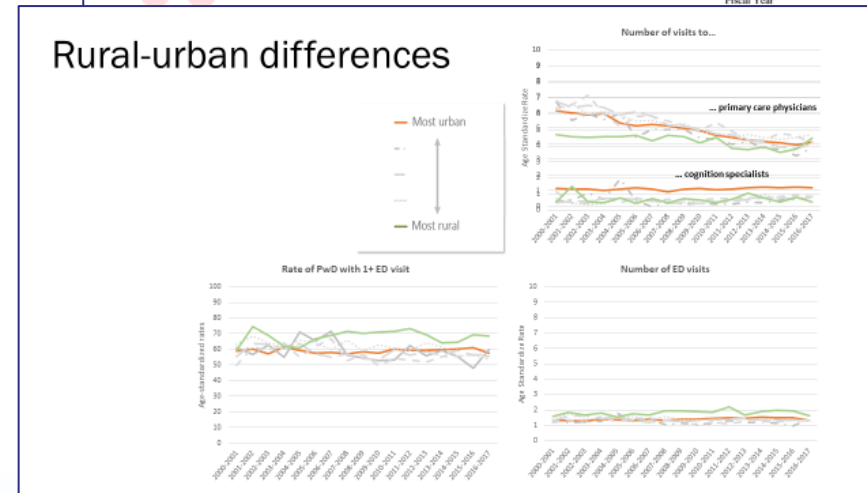
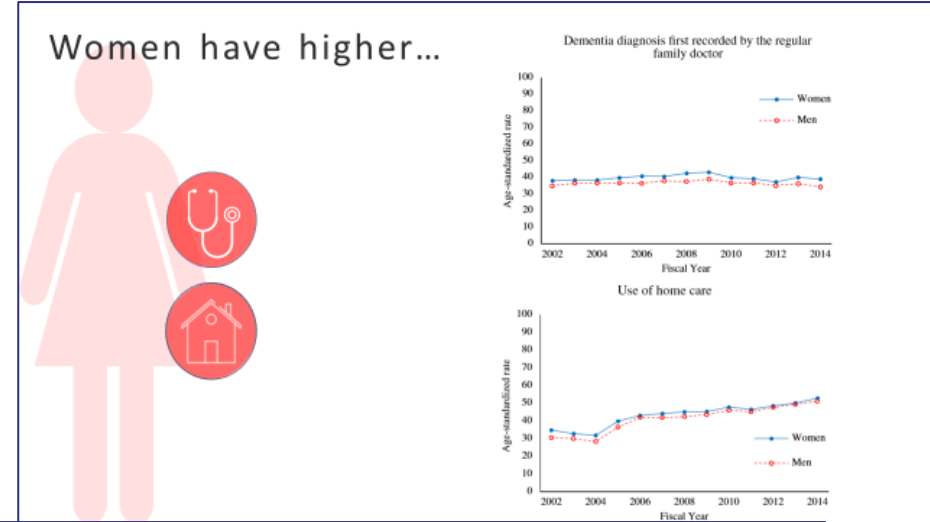
- #1 Develop Specific National Objectives**  
Scale-up support for local initiatives and projects
- #2 Encourage Greater Investment in Research**  
Collect data sensitive to LGBTQ2 identities
- #3 Coordinating with International Bodies**  
Scale-up inclusivity initiatives at the Alzheimer Society level
- #4 Developing Clinical Diagnostic & Treatment Guidelines**  
Merge knowledge from guidelines for older LGBTQ2 adults and those for dementia to create specific recommendations for the intersection of these two groups
- #5 Assessing & Disseminating Best Practices**
  - Guidelines for homecare and palliative care with a focus on inclusion of partners and chosen families
  - Specific spaces and guidelines for LGBTQ2 -include long-term care facilities
- #6 Developing & Disseminating Information**  
Educational campaigns to fight stigmas in aging and dementia within LGBTQ2 communities
- #7 Making Recommendations for Standards of Dementia Care**  
Formal standards of inclusivity and diversity – an international first!

**Dementia has a profound impact on the lives of affected people and their support systems. Being part of an already stigmatized community makes addressing these challenges even harder.**

**Inclusivity is important! Canada has shown the willingness, but needs to take concrete action in their National Strategy.**

ROSAs  
Research on Organization of Supportive Services for Aging  
ROSAs  
Research on Organization of Supportive Services for Aging

For more on the ROSA program itself, see our website: <http://ccrna.ccnv.ca/theme-3-quality-of-life-ald/team-19/>





# Une perspective québécoise pour l'innovation dans l'amélioration du système de santé en matière de soins aux personnes avec TNCM

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  
Équipe canadienne pour l'amélioration des  
services et du système de soins liés à la  
démence

- Un modèle de soins collaboratifs ancré dans les soins médicaux primaires, étroitement lié et soutenu par les soins spécialisés
- Un plan de mise en œuvre avec une stratégie ambitieuse de gestion du changement qui inclut les parties prenantes
- Une mise en œuvre soutenue par une évaluation
- Une assise pour la recherche canadienne et internationale et l'élaboration de politiques

Pour vous inscrire à notre bulletin d'information,  
envoyez un courriel à :

[rosa-admin.fammed@mcgill.ca](mailto:rosa-admin.fammed@mcgill.ca)

Pour nous suivre sur Twitter :

 [@equipeROSAteam](https://twitter.com/equipeROSAteam)

# Financeurs

**CCNA**  
Canadian Consortium  
on Neurodegeneration  
in Aging



**CCNV**  
Consortium canadien en  
neurodégénérescence  
associée au vieillissement

**Fonds de recherche  
Santé**

**Québec** 



**CIHR IRSC**  
Canadian Institutes of Health Research  
Instituts de recherche en santé du Canada



Réseau Québécois  
de Recherche sur  
le Vieillissement