

Évaluation de l'implantation du Plan Alzheimer au Québec

Isabelle Vedel, MD, PhD

Département de médecine familiale, Université McGill

Dawson Scholar

Isabelle.vedel@mcgill.ca

Yves Couturier, Ph.D.

Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie,
Université de Sherbrooke

Yves.Couturier@USherbrooke.ca

Midi qualité MSSS, 24 février 2016

Introduction

- Équipe de recherche sélectionnée par le fond de recherche Québec Santé (FRQS)
 - 4 universités, 18 chercheurs
- Quelles leçons retenir des projets d'implantation afin :
 - de les améliorer et
 - de mieux comprendre les éléments essentiels pour les généraliser progressivement

Méthode

- 2 volets
 - Quantitatif: pour mesurer les impacts du Plan Alzheimer
 - Qualitatif: pour identifier les facteurs facilitants et les barrières dans les stratégies d'implantation
- Collaboration étroite avec le MSSS, les RUIS et les GMF (recherche participative)

Volet Quantitatif

Données collectées

- Collecte des données: 38 sur 42 GMF
 - 2 se sont retirés du plan et 2 ont refusé la recherche
- Questionnaire sur les connaissances, attitudes et pratiques des cliniciens de GMF (38 GMF)
 - médecin de famille: 646 envoyés (Taux de réponse: 57%)
 - infirmière: 219 envoyés (Taux de réponse: 66%)
- Revue de dossier sur la qualité des soins offerts en GMF: étude pré-post (13 GMF)
 - Personnes âgées de 75+: 944 dossiers en PRÉ et 975 dossiers POST
 - Personnes âgées de 75+ et avec déclin cognitif: 455 dossiers en PRÉ et 490 dossiers en POST

Questionnaire

Connaissances et compétences des médecins de famille et infirmières

- Bonne connaissance des indications pour faire une évaluation cognitive (>85% des Dr et inf)
- Se sentent compétents pour faire le diagnostic et l'annoncer (>90% des Dr)
- Mais difficulté à différencier un trouble cognitif léger d'un vieillissement normal (50% des Dr)
- Se sentent compétents pour éduquer les patients et famille (>75% des Dr et inf)
- Se sentent compétents pour faire le suivi (>75% des inf)
- Se sentent compétents pour élaborer un plans de soins (Dr: 75%, inf: 65%)
- Se sentent moins compétents pour évaluer la capacité à la conduite automobile (Dr: 50%, inf: 40%)

Attitudes vis à vis de la maladie et des soins

- Attitude positive des médecins et infirmières
 - une intervention peut ralentir la progression de la démence (>90%)
 - la qualité de vie des patients et des proches peut être améliorée (> 95%)
 - en faveur du diagnostic précoce (80%)
 - le travail auprès des patients déments est agréable (60% des Dr, +75% des inf)

Attitude vis-à-vis du plan Alzheimer

- Vision positive du plan Alzheimer (+60% des Dr, +70% des inf)
- Par contre:
 - Moins de 50% des médecins et moins de 60% des infirmières ont reçu suffisamment de formation/coaching pour implanter le plan

Collaboration interprofessionnelle au sein du GMF

- Les médecins
 - ont un accès aisé (>85%) et délai raisonnable (>70%):
 - À un médecin “expert” dans le même GMF
 - À d’autres professionnels de la santé dans leur GMF
 - considèrent leur collaboration avec les inf comme essentielle (>85%)
- Les infirmières
 - ont un accès aisé à leurs collègues médecins dans un délai raisonnable (>95%)
 - mais 44% ne participent pas à des réunions multidisciplinaires

Accès aux ressources externes

- Accès aux cliniques mémoire: moyen
 - 40% des Dr n'ont pas accès
 - Délai trop longs (>50% des Dr)
- À des CLSC: variable selon la catégorie professionnelle
 - Moyen pour les Dr
 - >20% n'ont pas accès
 - Délai trop long (>50%)
 - Bon pour les inf
 - >90% ont accès
 - Délai raisonnable (>60%)
- À des ressources communautaires: bon
 - >90% des inf ont accès
 - Délai raisonnable (70%)
- À des services de soutien aux proches aidants: moyen
 - 30% des inf n'ont pas accès
 - Délai trop long (50%)

Revue de dossier

Qualité des soins offerts en GMF aux patients de 75 ans ou plus

- Démographiques semblables entre PRÉ et POST:
 - âge (82 ans)
 - sexe (60% femmes)
 - Nb de médicaments en moyenne 12

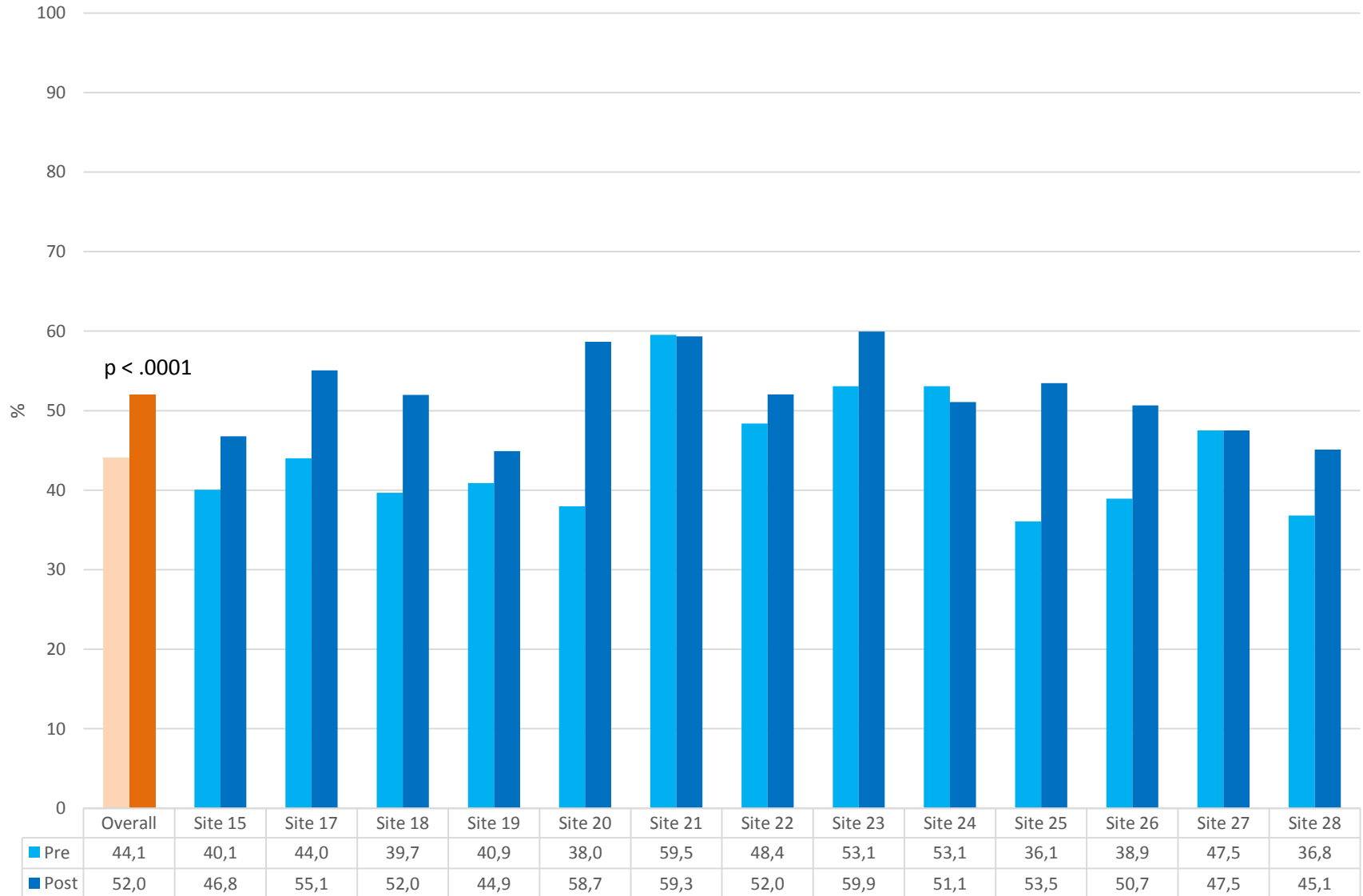
Identification du déclin cognitif

- La prévalence des troubles cognitifs augmente de 4% (de 22% en PRÉ à 26% en POST)
- Prévalence de la démence dans le groupe 75-84 ans identique à ce qui est attendu (étude CSHA)
 - Les diagnostics semblent refléter la prévalence réelle
- Références en clinique mémoire stables et faibles (autour de 2% des patients)
- Pour les patients sans déclin cognitif :
 - Augmentation des dossiers dans lesquels il y a une note sur la cognition (de 19% à 26%)

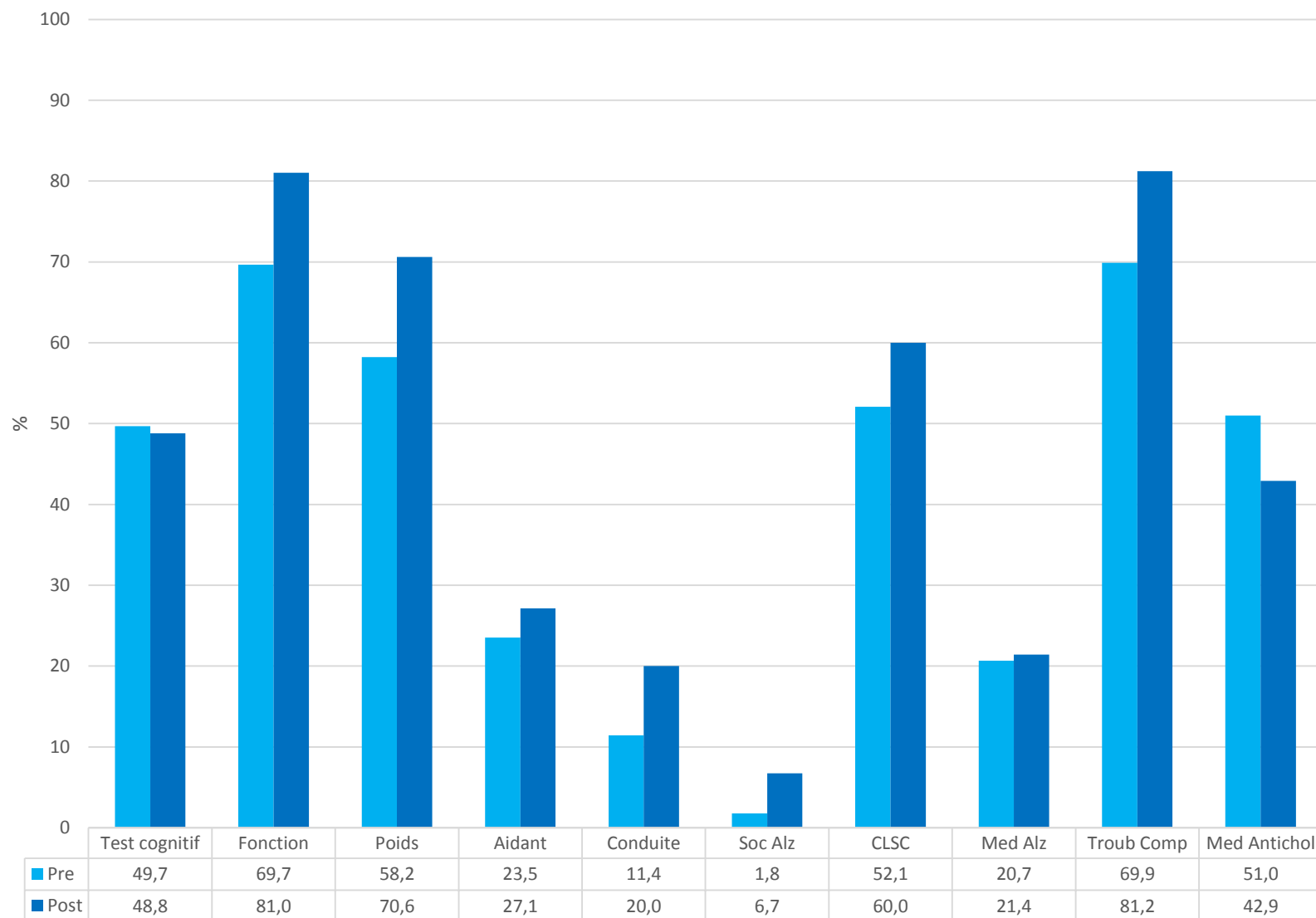
Qualité du suivi aux patients avec troubles cognitifs

- Augmentation du nombre de visites et de notes au dossier
 - de 7.9 à 9.9 sur une période de 9 mois

Score global de qualité du suivi



Détails des indicateurs de qualité:



Volet qualitatif

Sélection des projets du volet qualitatif: une entrée par l'innovation

	RURAL	URBAIN	MÉGA-URBAIN
DÉMARRER UN PROJET	P13 (R4)	P19 (R3)	P7 (R1)
CONSOLIDER UN PROJET EXISTANT	P17 (R2)	P2-(R4)	P6 (R2)
DÉVELOPPER DES SERVICES PLUS SPÉCIALISÉS	P9 (R1)	P4 (R3)	P5 (R2)

Collectes de données

- Entretiens en profondeur auprès de proches aidants (N=9)
- Entretiens semi-directifs auprès des professionnels et responsables du Plan (N=45)
- Observations directes non participantes (ex. réunions du MSSS)
- Focus groups avec des professionnels (N=16, environ 100 personnes)
- Analyse documentaire du processus de politique publique et des plans des autres pays OCDE

Situer le Plan Alzheimer du Québec au regard des plans adoptés dans les pays de l'OCDE

- Convergences avec les autres plans
 - Cibles prioritaires généralement concomitantes
 - Basé sur les meilleures pratiques et vise l'adaptation locale
 - Donc une politique publique en phase avec les courants de pensée internationaux
- Se distingue des autres plans comme suit
 - Axé sur les soins de première ligne pour le repérage, le diagnostic et le suivi (plus large que le seul repérage)
 - Des sections sont dédiés aux diverses transitions de la maladie, de la prévention de la maladie jusqu'au soins de fins de vie
 - Ouverture plus grande aux dimensions sociales
 - La mise en place d'un dispositif d'accompagnement du changement (ex. outils, chargés de projet, RUIS)

Le processus de sélection (1)

- Sur la base d'une analyse des textes des projets et des entretiens avec le MSSS
- Une qualité des projets retenus variable
 - 2-3 projets incomplets
 - 2-3 projets pas centrés sur la première ligne
 - Estiment que les besoins consistaient à mettre en place des ressources spécialisées
 - Plusieurs indicateurs de renversement du rapport 1er et 2ieme ligne (le première ligne réellement première)
 - d'autres critères que le respect des orientations (ex.: représentativité territoriale)

Le processus de sélection (2)

- Un degré d'innovation variable
 - Projets qui semblent financer une innovation déjà en cours d'implantation
 - Projets qui construisent sur des innovations déjà en développement
 - Projets qui saisissent une occasion pour essayer de développer une innovation

Le processus de sélection (3): Déterminants de cette variabilité

- Un mode de développement local très variable
 - écriture pilotée par le CSSS (descendant) ou par les cliniciens des GMF (ascendant)
- Leadership plus ou moins assumé des GMF
 - Configurations locales (ex.: lien entre le GMF et le CSSS) ont des effets très importants dans la mise en œuvre
- Enjeux liés aux complexités des structures organisationnelles locales
 - Ex GMF sont-ils intra ou extra muros du CSSS ?
- Dans la majorité des cas, la formation, les outils et l'accompagnement arrivent après le début des projets

Le processus de sélection (4)

Conséquences de cette variabilité

- Une réceptivité organisationnelle et médicale parfois insuffisante au moment où ça compte le plus : l'implantation
- Leadership médical parfois absent
- Focalisation sur le travail des chargés de projet sur les projets en difficulté
 - Les champions délaissés

Mise en œuvre (1): Éléments positifs

- Adhésion bonne aux principes et objectifs du plan
- En gros, bon usage des infirmières
 - Début d'insertion positive des TS
- Présence d'une véritable stratégie d'accompagnement
 - Proximité des chargés de projet et du MSSS qui permet une circulation remarquable de l'information, etc.
 - Peut-être que les chargés de projet ont trop travaillé pour le ministère
 - Poids de la reddition de compte

Mise en œuvre (2): Éléments positifs

- Large majorité qui énonce
 - Une augmentation du sentiment de compétence
 - Une satisfaction élevée à l'égard des outils développés : site web, outils cliniques, formation, etc.
 - Une forte satisfaction à l'égard de l'accompagnement (chargés de projet, RUIS), même si plusieurs améliorations attendues

Mise en œuvre (3): Conditions favorables

- Formations et outils
- Accès à des médecins-expert des RUIS.
- Consolidation de l'expertise de certains médecins dans les GMF
- Accompagnement des chargés de projets des RUIS et locaux
- Soutien concret aux médecins champions des GMF via les ressources découlant du Plan (surtout formation et outils)

Mise en œuvre (4): Conditions favorables

- Des infirmières ou des TS qui ont une conception de leur rôle incluant une dimension d'aide à la mise en place concrète du Plan
- Habitude du GMF à collaborer avec d'autres GMF et les CSSS et habitude de développer des projets

Mise en œuvre (5): Éléments de fragilité

- Enjeu d'élargissement de la collaboration aux autres professionnels (ex.: TS) et d'implication des médecins non champions
- Certaines infirmières refusent la tâche de soutien concret à l'implantation
- Dotation de personnel trop lente
 - Des projets en démarrage 18 mois après le financement
- Le lien GMF-CSSS a parfois joué positivement, mais pas toujours
 - Enjeu de maintien du leadership dans les GMF

Conclusion: résumé des résultats

- Le plan Alzheimer a eu les effets attendus au sein des GMF:
 - Meilleure identification des patients
 - Amélioration de la qualité du suivi offert en première ligne
 - Bon travail interprofessionnel
- La stratégie d'implantation est innovante et pertinente
 - Mais l'accompagnement à l'élaboration des projets arrivée trop tard
 - La formation et les outils sont arrivés un peu tard
 - Les outils développés sont valables

Conclusion: suggestions pour l'étape 2

- L'effort doit porter sur l'accompagnement du changement
 - Sur le plan clinique et organisationnel (ex. élaboration des projets, formation, mentorat, identification des champions, mise en place des outils, démarche continue d'amélioration)
 - Au plus près des GMF et avant-même le lancement des projets (dès leur conception, pour éviter les écarts)
 - Rapproché et concret (« travail de bras » proche des cliniciens champions)
 - Le rôle du MSSS est clé dans le soutien concret
 - À l'usage des outils
 - À l'usage des formations
 - À l'accompagnement local