Transition proactive en contexte de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) : apports du rôle d'agente de transition

Sonia Leclerc[1], **Annick Vallières**[2], **Véronique Provencher**[3,4,5].
1. Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS), Université de Sherbrooke ; 2. CISSS de la Montérégie-Ouest ; 3. FMSS, École de réadaptation, Université de Sherbrooke ; 4. Centre de recherche Charles-Lemoyne, Longueuil ; 5. Chercheure associée, Centre de recherche sur le vieillissement, Sherbrooke.

INTRODUCTION

Québécois de 65+ vivant avec un TNCM

92 000 en 2023



Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSSMO), l'estimation porte à plus de 9 000 le nombre projeté[2] de personnes atteintes. Actuellement, en raison de la complexité des TNC et de l'augmentation de la prévalence de la maladie, les personnes vivant avec un TNC et leurs proches éprouvent de la difficulté à accéder à des soins de qualité[3]. Une démarche de laboratoire vivant a été initiée, en 2002, et deux besoins majeurs ont été identifiés : (1) mieux valoriser et utiliser les évaluations réalisées en clinique de gériatrie spécialisée (CGS) pour éviter la duplication des démarches et réduire les délais d'accès aux services; (2) renforcer l'accompagnement des proches face à l'évolution de la gestion des besoins et la navigation dans la trajectoire de soins. Au départ de l'expérimentation, 69 % des usagers sont non-connus par le soutien à domicile (SAD) avant leur premier rendez-vous à la CGS dont 50 % présentaient un important besoin de services psychosociaux.

D'où l'importance de mieux accompagner les personnes usagères (PU) et leurs personnes proches aidants (PPA) lors de cette étape charnière de transition du parcours de la trajectoire de soins et services. Spécifiquement cette transition entre les différents niveaux : clinique de gériatrie spécialisée (CGS) et soutien à domicile (SAD). La solution coconstruite fût de confier à une intervenante issue du SAD, le mandat de mettre en œuvre les recommandations de la CGS par une prise en charge précoce, ciblée et de courte durée pour tester le rôle d'agente de transition.

OBJECTIFS

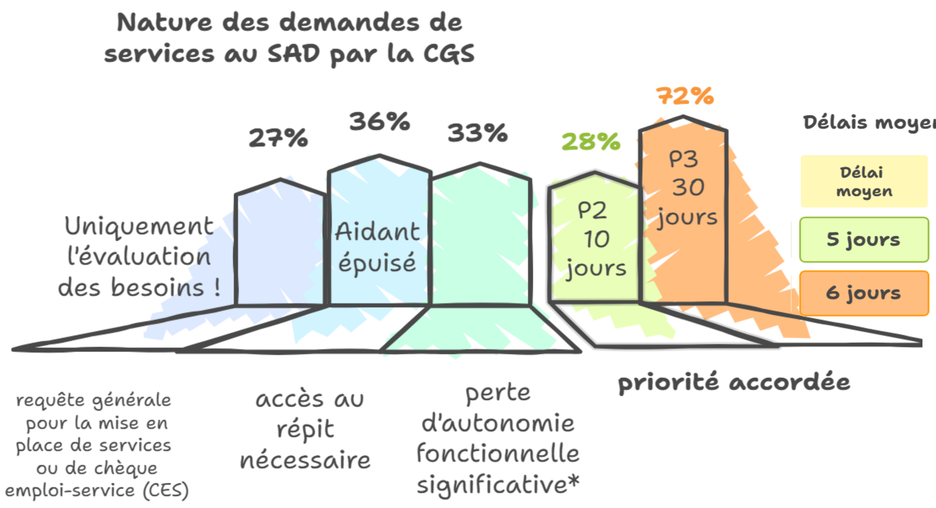
1. Documenter ce qu'apporte l'intervention d'une agente de transition comme impact sur les délais d'attente et de mise en place des recommandations applicables aux personnes référées vers une consultation en CGS de 2e ligne au CISSSMO.
2. Comprendre comment les recommandations cliniques émises par l'expertise sollicitée à la CGS sont utilisées à la suite de la transition vers les soins et services du SAD en 1re ligne.
3. Mettre en lumière de l'information de gestion nécessaire à l'évaluation réflexive et à la prise de décisions stratégiques structurantes propres à un système de santé apprenant (SSA)[4].

SOURCES DE DONNÉES

- Données clinico-administratives tirées de I-CLSC
- Extraction de données provenant des dossiers cliniques de PU vus en CGS (n=33)
- Entretiens semi-dirigés et groupes de discussion avec cliniciens ou gestionnaires (n=7)
- Sondage à la fin de l'essai pilote auprès des intervenantes impliquées (n=6)
- Perception de l'agente de transition sur l'expérience vécue de l'implantation.

RÉSULTATS QUANTITATIFS

Nature des demandes de services au SAD par la CGS

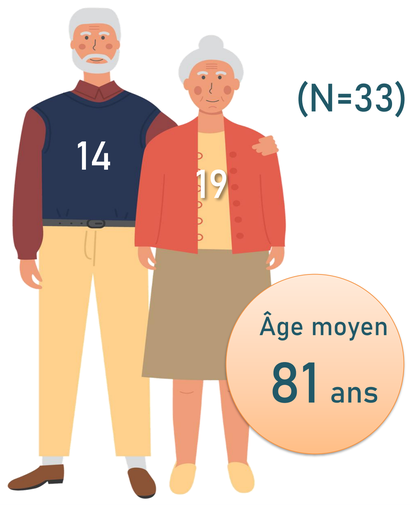


Délais moyens et atteinte des cibles

Délai moyen	% sous la cible visée	Groupe de comparaison
5 jours	78 %	80 jours
6 jours	96 %	147 jours

* hygiène, alimentation, prise de médication, errance, risques de chute

Profil sociodémographique des personnes usagères de l'échantillon



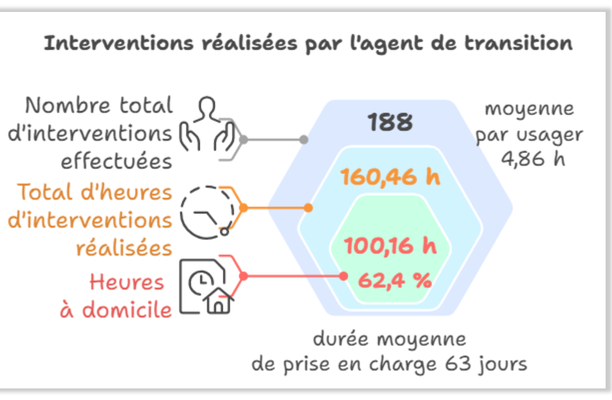
(N=33)

Répartition par secteur	
Châteauguay	7
Haut-Saint-Laurent	1
Suroît	5
Vaudreuil	20
Total des dossiers	33

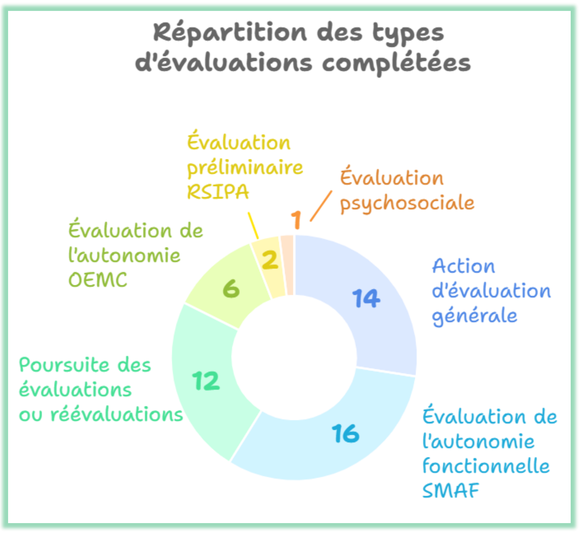
Critères d'inclusion		Critères d'exclusion	
✓	Diagnostic d'un trouble neurocognitif majeur	X	Usagers d'expression unilingue anglophone
✓	Résider dans les secteurs Vaudreuil, Suroît ou Châteauguay et avoir consenti à participer au projet de recherche	X	Résider dans le secteur Haut-Saint-Laurent (après sept. 2024)
✓	À l'arrivée à la CIGS : être non-connu ou en liste d'attente au programme SAD pour une mise en place de service d'assistance personnelle ou de répit. Ce qui inclut : chèque emploi-service (CES), aide à la vie quotidienne (AVQ), hébergement temporaire, centre de jour, répit, etc.	X	Références liées à un besoin disciplinaire psychosocial tel que : demande d'hébergement de longue durée, présence de maltraitance, homologation de mandat, etc.

RÉSULTATS QUANTITATIFS (suite)

Interventions réalisées par l'agent de transition

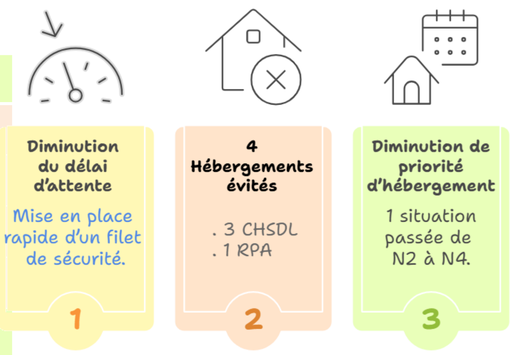


Répartition des types d'évaluations complétées



RÉSULTATS ÉCONOMIQUES

Calculs[2,3,5,6,7,8]	Résultats
Gains hospitalisations évitées	48 000,00 $
Gains relocalisations évitées	345 000,00 $
Économie brute annuelle	393 000,00 $
Économie nette annuelle	371 381,65 $
Économie nette par usager	5 158,00 $ / usager par an



RÉSULTATS QUALITATIFS

- Optimise l'efficience organisationnelle en mettant à profit l'évaluation spécialisée récente;
- Meilleur constat de la réalité et des besoins vécus à domicile. Lien rapide entre les PU/PPA et les services dressant un filet de sécurité en attendant la prise en charge;
- Orientation évitant l'inscription sur une liste d'attente non pertinente;
- Rassure les familles grâce à la bonne information, au bon moment, pour la bonne situation;
- Contribue à prévenir des situations de crise pouvant mener à des hospitalisations évitables ou une relocalisation en hébergement.

CONCLUSION

Pertinence
- Réponse aux enjeux actuels du système de santé
- Intervention en amont des mécanismes habituels de référence,
- Repose sur des pratiques existantes
- Faisable avec le personnel en place

Efficacité
- Meilleure collaboration intersectorielle
- Évitement des évaluations redondantes
- Orientation spécifique à la récente situation
- Accès accéléré aux interventions appropriées
- Prévention du risque de fragilisation
- Impact concret sur la qualité de l'accompagnement

Efficience
- Utilisation des ressources disponibles
- Optimisation des délais d'accès
- Allègement de la pression sur l'équipe SAD
- Réduction des listes d'attentes
- Diminution des références non pertinentes

Pérennité et transférabilité
- Intégrable à la coordination pivot des équipes de proximité
- Formation des pairs comme levier de maintien
- Résultats préliminaires probants (qualité, accès, efficience)
- Modèle transférable pour améliorer la continuité, la complémentarité, la fluidité et la qualité des transitions de la trajectoire des personnes vivant avec un TNCM ainsi que leurs personnes proches aidantes.

RÉFÉRENCES : [1] Fortin M, Gagné M, Ghandour EK, Joyal M. Pratiques exemplaires pour améliorer la continuité des soins et services offerts aux aînés vivant avec un trouble neurocognitif majeur et à leurs personnes proches aidantes en contexte de transition: Rapport en soutien au guide de pratique. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS); Mars 2024. 75 p. Disponible sur https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_TNCM_GN.pdf [cité le 15 août 2024]. [2] Binaté, F.E. (juin 2024). Portrait de la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs, RTS de la Montérégie-Ouest. Longueuil : Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, équipe surveillance. [3] Guillette M, Couturier Y, Vedel I, Bergman H. PLAN ALZHEIMER DU QUÉBEC: Partager l'expérience de son implantation pour renforcer les soins primaires. Recherche en organisation des services sur l'Alzheimer (ROSA); Juin 2021. 4 p. Disponible sur: https://www.healthcareexcellence.ca/media/znefwaqm/final-2-policy-brief-format-court_fr-final-ua.pdf [cité le 15 août 2024]. [4] Système de santé apprenant. Unité de soutien SSA Québec; 2024. Disponible sur: https://ssaquebec.ca/lunite/systeme-de-sante-apprenant/ [cité le 15 août 2024]. [5] Home Healthcare Services and Interventions for Older Adults : An Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses (JAL, 2025). [6] Huyer G. et al. (2020). Five-year risk of admission to long-term care home and death for older adults given a new diagnosis of dementia: a population-based retrospective cohort study. CMAJ, 192(16): E422–E430. [7] Rapport statistique annuel AS-478 (2024-2025),CISSS de la Montérégie-Ouest, en-ligne : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/statistiques/rapports-stats-annuels/AS-478/2024-2025/AS-478_2024-2025_16_11045317.pdf [consulté le 8 avril 2026]. [8] Rapport annuel de gestion 2023-2024 du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSSMO), section « Performance de l'accès aux services », p.40 Disponible sur : https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2024/10/ragestion_cisssmo_2023_2024_p.pdf [consulté le 8 avril 2026]

Ce document peut être téléchargé et partagé à condition d'en mentionner la source. De plus, il ne peut être modifié de quelque façon que ce soit, ni utilisé à des fins commerciales. Crédit : freepik.com collection Pch.vector, vecteezy.com collection Ina Karaliova, Napkin AI

Ce projet est possiblede grâce à :
Québec — Fonds de recherche – Nature et technologies; Fonds de recherche – Santé; Fonds de recherche – Société et culture
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest — Québec