



**tout
un monde en
action**

Journées annuelles
de santé mentale

2019

Les soins en étapes comme modèle d'intégration des soins et des services en troubles mentaux courants

Rodrigue Côté, Directeur adjoint – volet maintien dans la communauté

Marc Tremblay, Chef de programme en traitement 1^{re} ligne à Charlesbourg et au Faubourg St-Jean

Marie-Claude Savard, coordonnatrice professionnelle en traitement 1^{re} ligne

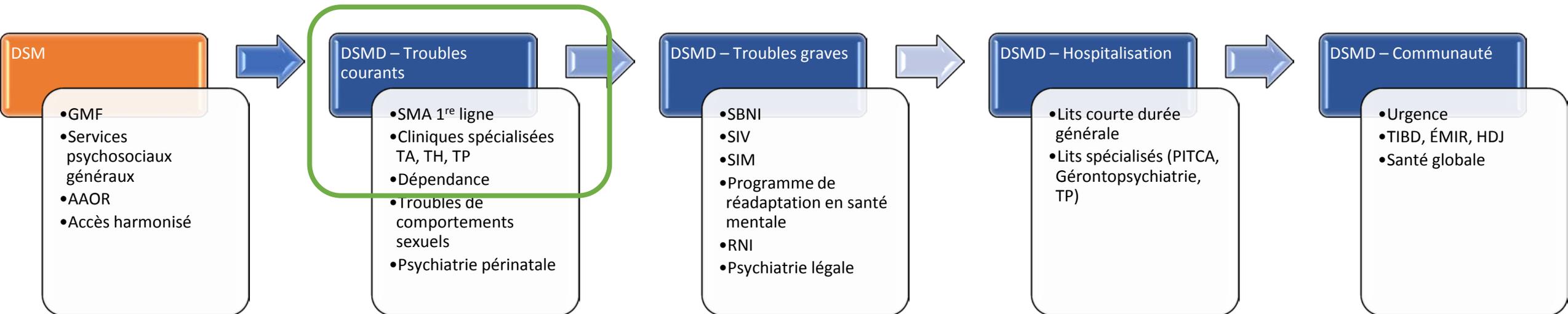
CIUSSS de la Capitale-Nationale

1. Contexte

- Direction des services multidisciplinaires
 - Accès harmonisé au CIUSSS
 - AAOR
 - Services psychosociaux généraux
 - Lien avec GMF
 - Pratiques professionnelles
- Direction santé mentale et dépendances

1.1. Contexte (suite)

- Organigramme de la DSMD en fonction des chaînes de valeurs

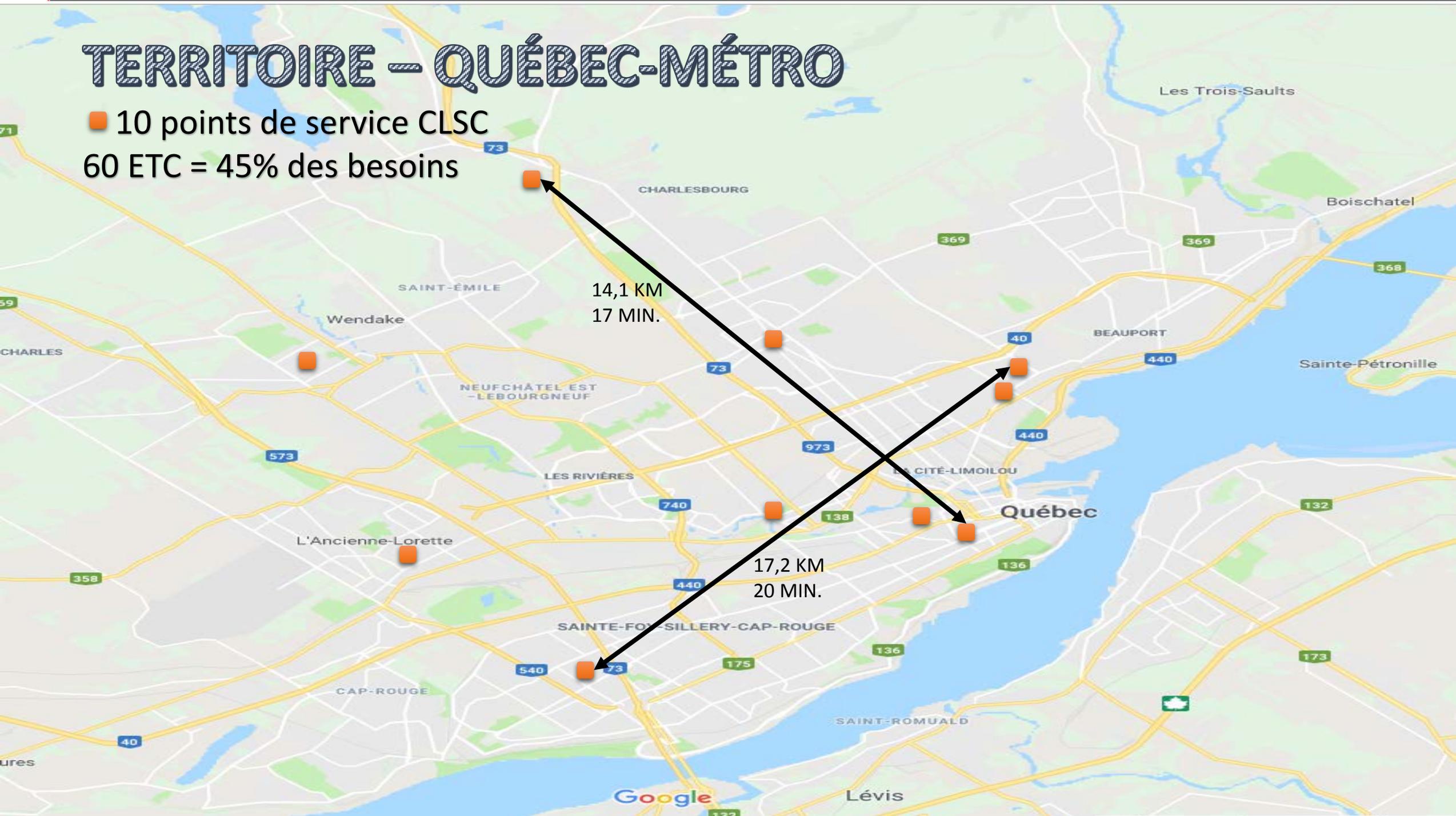


1.1 Contexte (suite)

- Chefs de programme DSMD ayant des services spécifiques et des services spécialisés
- Chef de programme responsable du continuum de services en lien avec sa clinique spécialisée
 - Continuum troubles anxieux;
 - Continuum troubles de l'humeur;
 - Continuum troubles de la personnalité.

TERRITOIRE – QUÉBEC-MÉTRO

■ 10 points de service CLSC
60 ETC = 45% des besoins



1.2 Territoires différents

Territoires	Population	Demandes	Réponse	Anxiété	Humeur	Personnalité
Basse-Ville	21 618	251	1,0%	26%	19%	54%
Beauport	120 123	593	0,5%	34%	26%	38%
Charlesbourg	87 957	541	0,6%	34%	24%	39%
Des Rivières	71 421	315	0,4%	31%	23%	45%
Haute-Ville	39 930	215	0,5%	31%	19%	48%
Jacques Cartier	83 188	509	0,6%	35%	22%	40%
Limoilou	44 940	398	0,9%	24%	15%	59%
Sainte-Foy	139 776	559	0,4%	33%	16%	49%
Total	608 953	3379	0,6%	32%	21%	45%

↑
Objectif : 2% - PASM

2. CLIENTÈLE

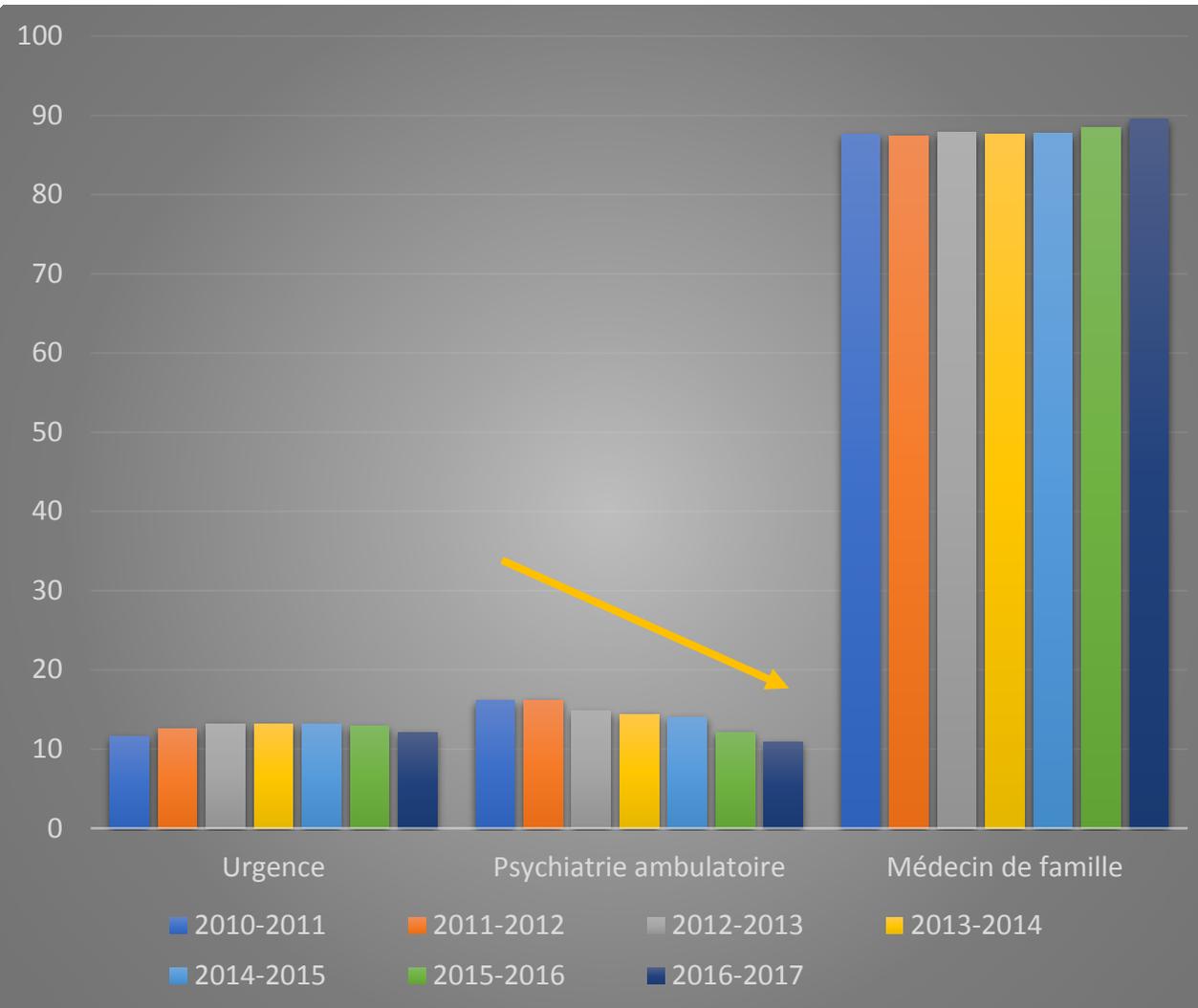
Troubles mentaux modérés

Répondent à certains critères de diagnostic, sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu et nécessitent un traitement, selon les standards professionnels largement reconnus. Les troubles mentaux modérés sont donc généralement moins handicapants que les troubles mentaux graves.

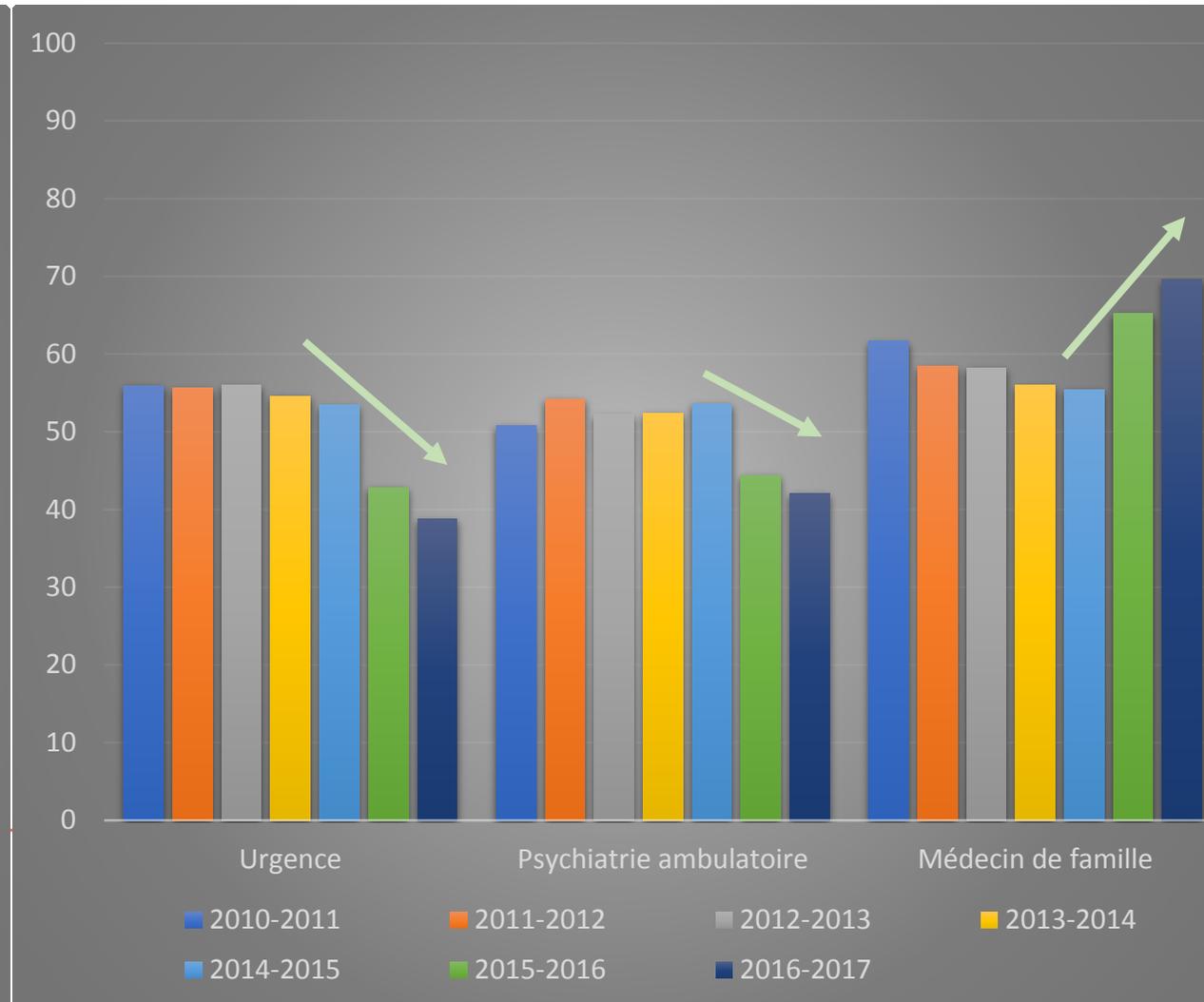
MSSS, 2011

2.1 Utilisation des services médicaux dans la Capitale-Nationale

Troubles anxio-dépressif



Troubles de la personnalité (groupe b)



Les modèles d'organisation clinique favorisant l'intégration des services

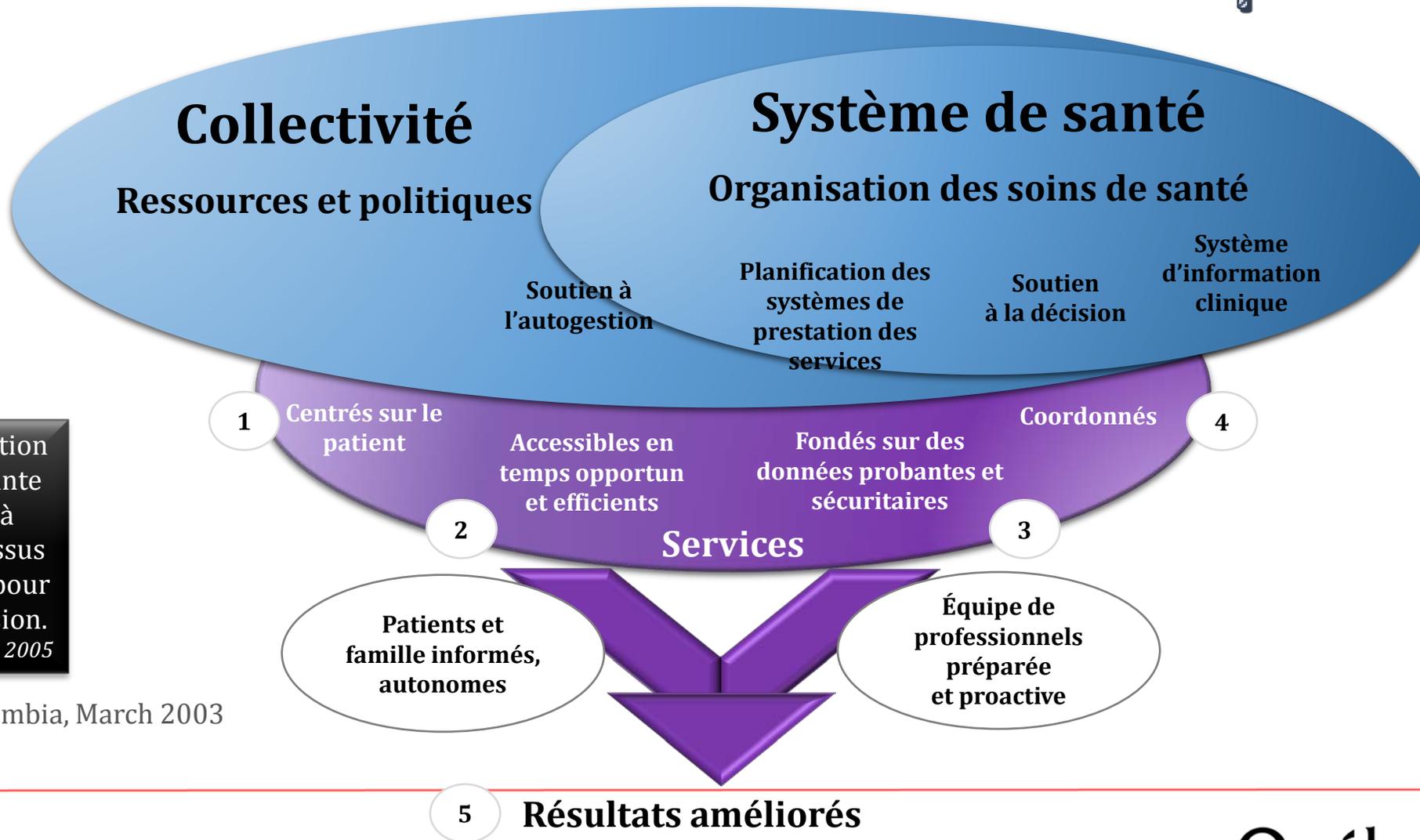


3. Les modèles d'organisation clinique

- Le modèle des maladies chroniques;
- Le modèle des soins en étape;
- Le modèle de soins basé sur les données probantes;
- La collaboration interprofessionnelle;
- Le patient-partenaire.

Tous ces modèles sont réputés favoriser l'intégration des soins et des services.

3.1 Le modèle de soins des maladies chroniques



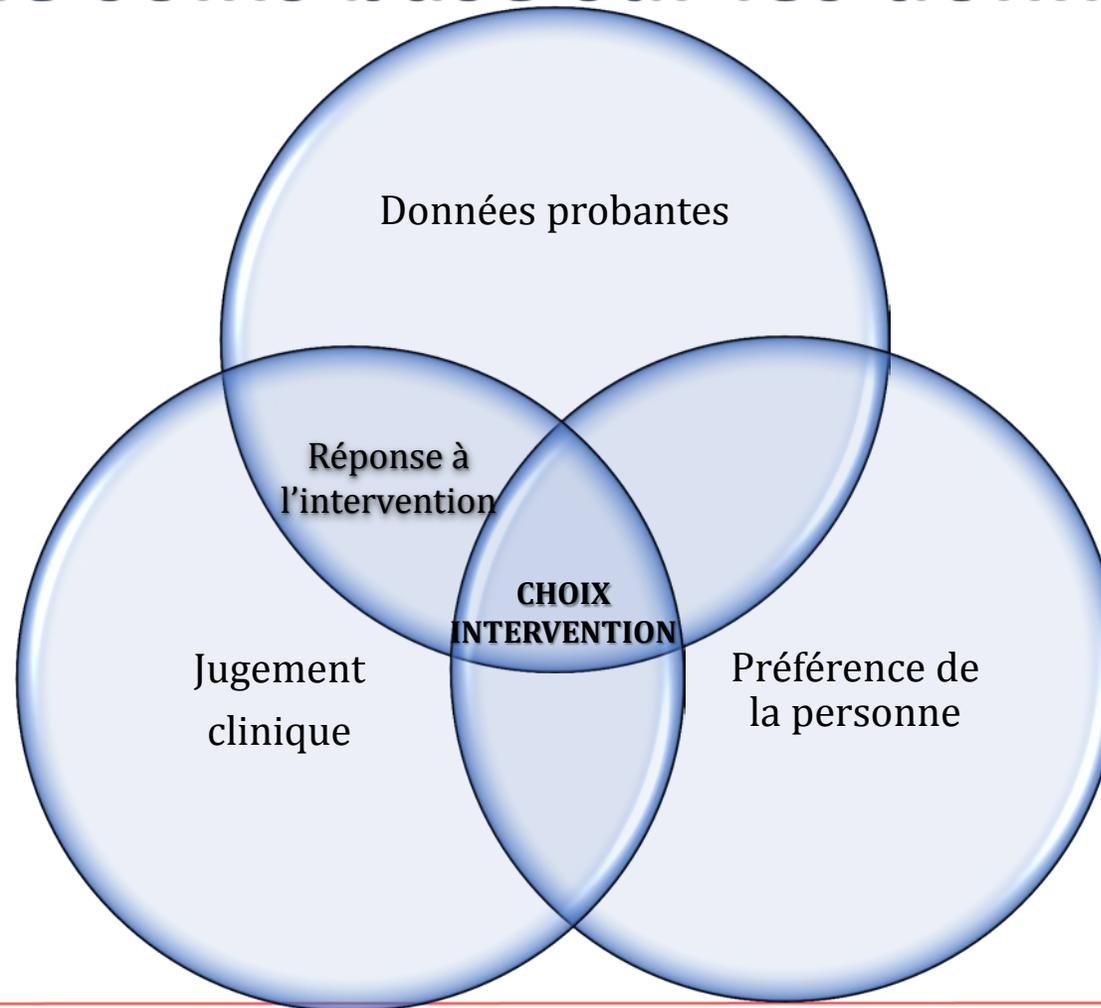
Méta-analyse : Implantation d'au moins une composante du modèle est associé à l'amélioration des processus et des résultats de soins pour les personnes en dépression.

Tsai et al., 2005

Government of British Columbia, March 2003

Wagner, 2004

3.2 Modèle de soins basé sur les données probantes

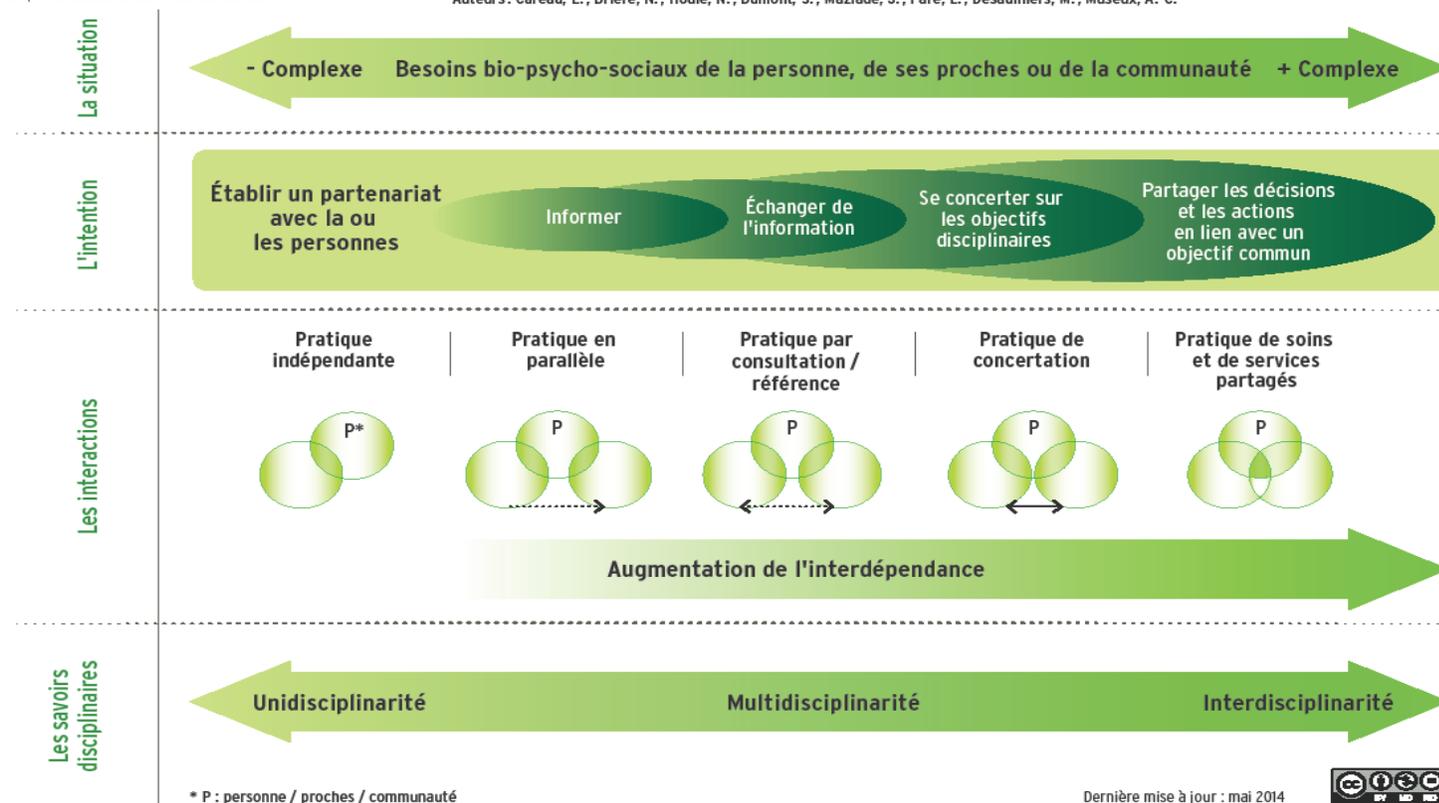


3.3 Modèle de la collaboration interprofessionnelle



Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux

Auteurs: Careau, E.; Brière, N.; Houle, N.; Dumont, S.; Maziade, J.; Paré, L.; Desautniers, M.; Museux, A.-C.



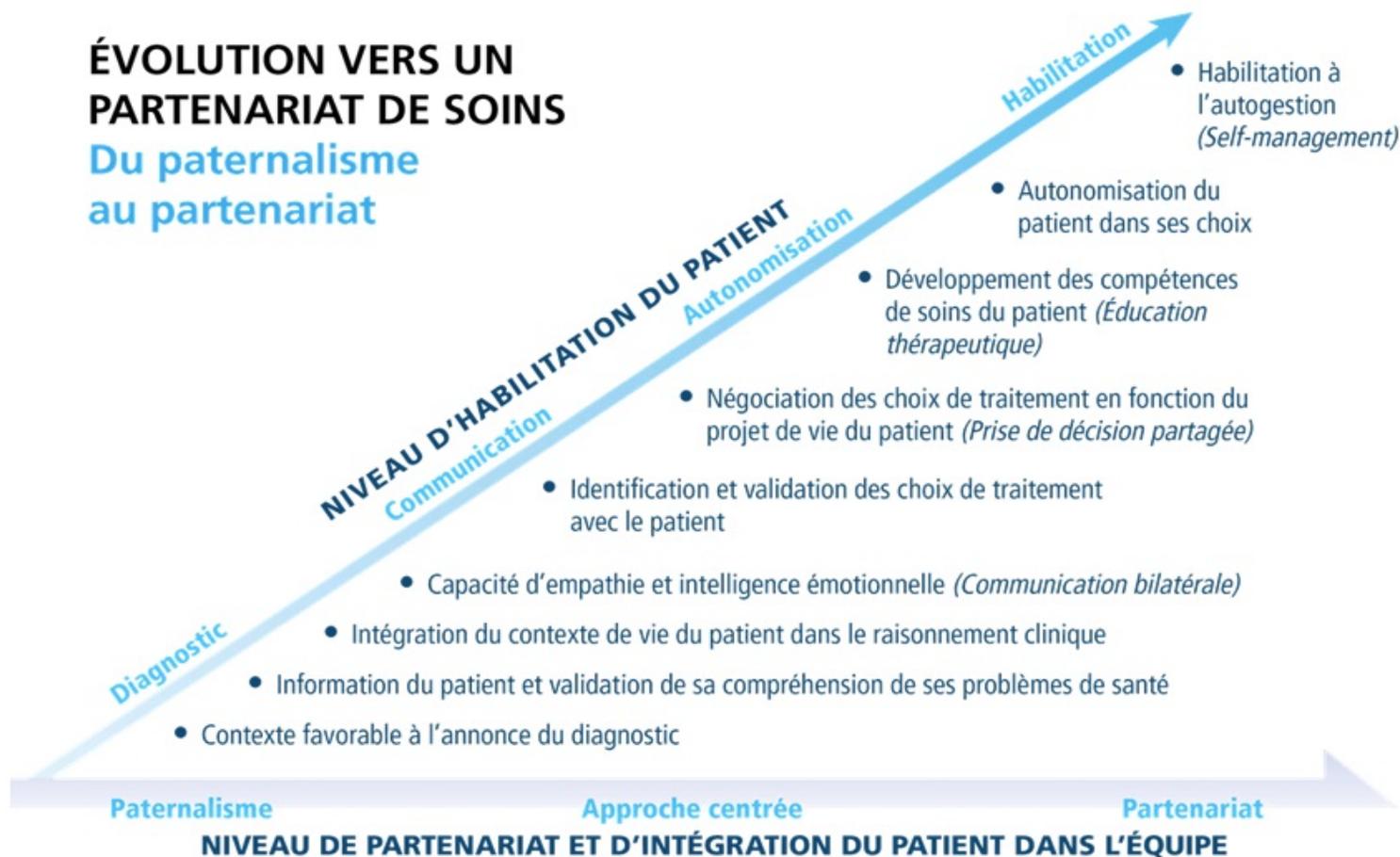
Critères de changement de pratiques:

1. Progrès insuffisant
2. Vision partielle de la situation
3. Message différent ou contradictoire
4. Nouveaux besoins
5. Instabilité de l'état de santé
6. Situation de compromission
7. État de vulnérabilité

3.4 Le modèle du patient-partenaire

ÉVOLUTION VERS UN PARTENARIAT DE SOINS

Du paternalisme au partenariat



3.5 Le modèle des soins en étape

- Il se fonde sur une approche populationnelle;
- Besoins évalués en tenant compte de la complexité et de l'intensité des symptômes, des caractéristiques personnelles et sociales et des préférences de la personne;
- Basé sur une **intervention probante** en privilégiant un faible niveau d'intensité;
- **Les interventions de haute intensité sont utilisées seulement lorsque requises;**
- La réponse à l'intervention – évalué de manière objective – détermine la poursuite et l'intensité de l'intervention.

NICE (2007)

3.5.1 Évaluation en continue de la réponse à l'intervention

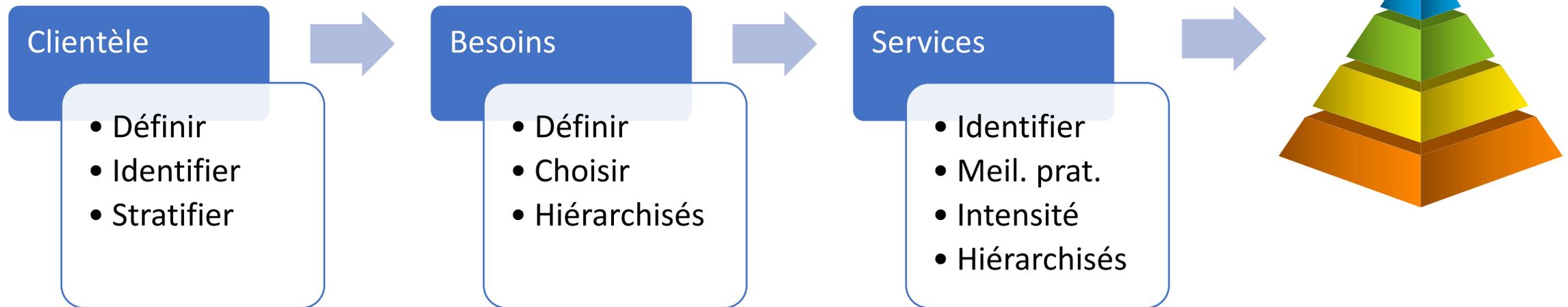
- Élément central du modèle de soins en étapes (*Brouillette et al., 2009*);
- Permet d'ajuster rapidement le plan de soins du patient (*Katon & Seelig, 2008*);
- Outils pour effectuer un suivi adéquat de l'évolution clinique des patients (*NICE, 2007*);
- Mieux cibler les besoins du client afin de mieux y répondre par des services adaptés;
- Outils de soutien à la décision clinique (*modèle des maladies chroniques*);
- Rétroaction « objective » au client sur son évolution (*patient-partenaire*);
- Développer le pouvoir d'agir du client (*patient-partenaire*);
- Développer un langage commun (CIUSSS)
- Améliorer les services.

DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE



4.1. Faire ensemble

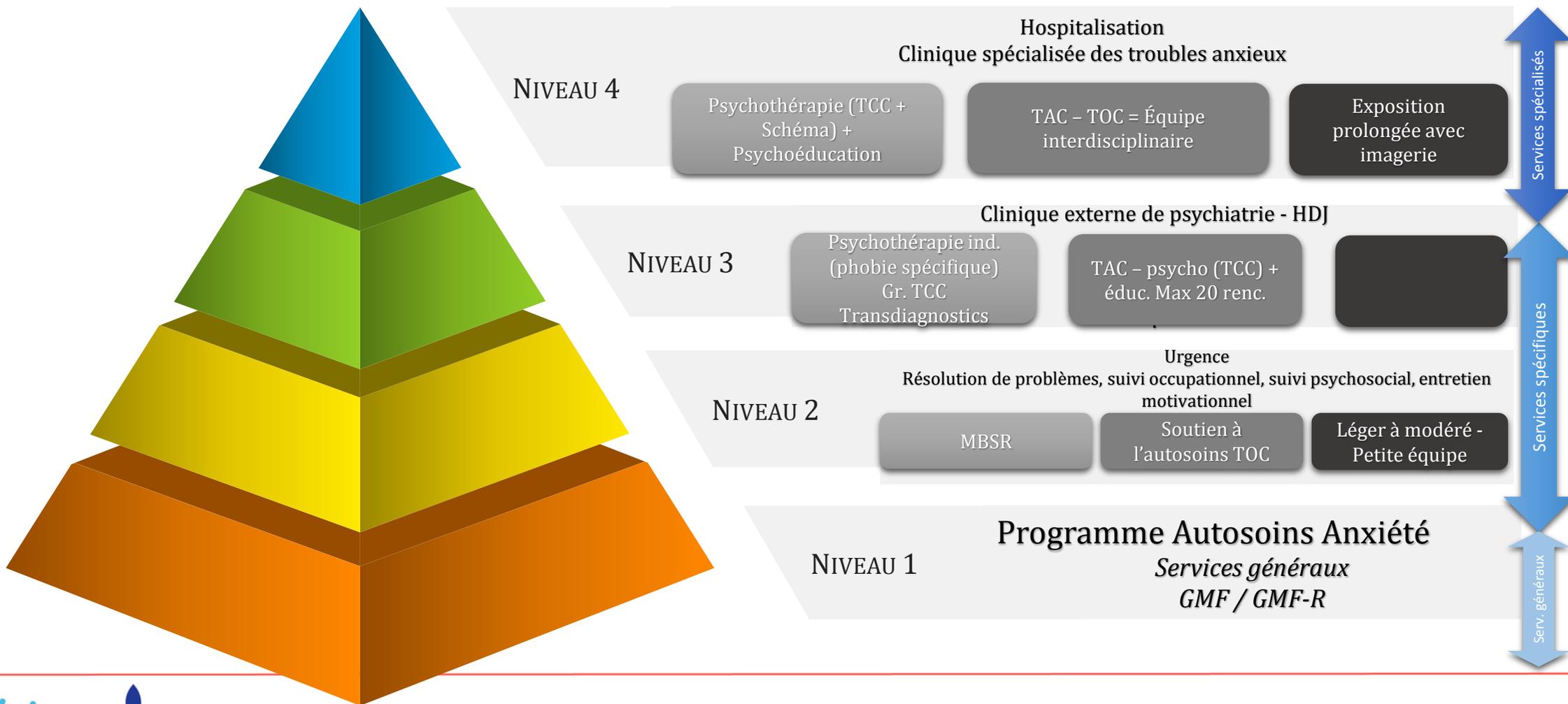
- 3 comités de travail (TA, TH, TP) sur 10 mois;
- Intervenants services spécifiques, services spécialisés, psychiatres, patients-partenaires, organismes communautaires;
- Rencontre avec représentant d'organismes communautaires SM;
- Groupes focus avec personnes ayant reçu des services.



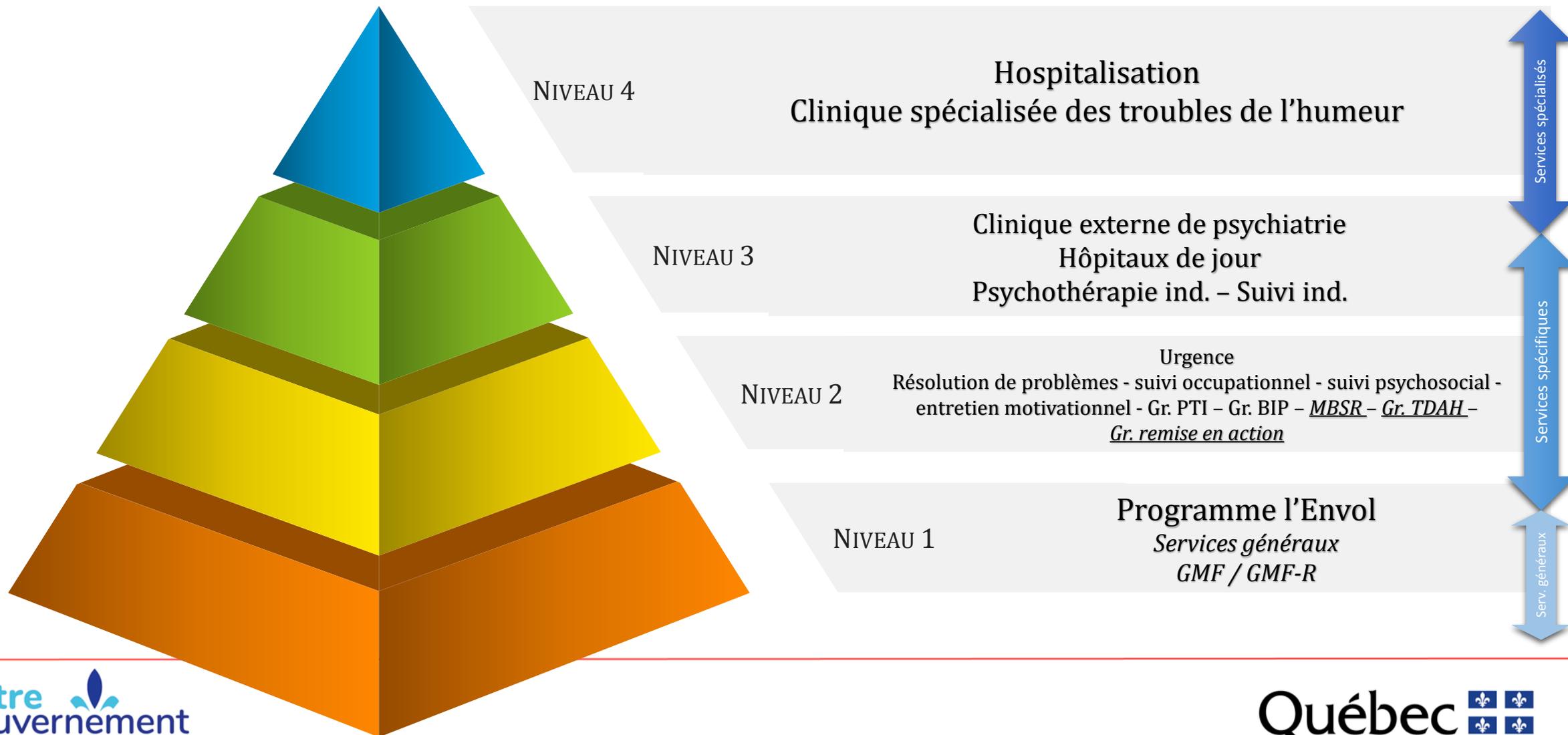
4.2 Trois continuums de services (TA, TH, TP)

- Basé sur le DSM-V
- Six dimensions à prendre en compte pour l'orientation (*définition de complexité et sévérité*) :
 - Symptômes
 - Fonctionnement
 - Dangereusité
 - Motivation
 - Comorbidité
- Autres particularités par continuum

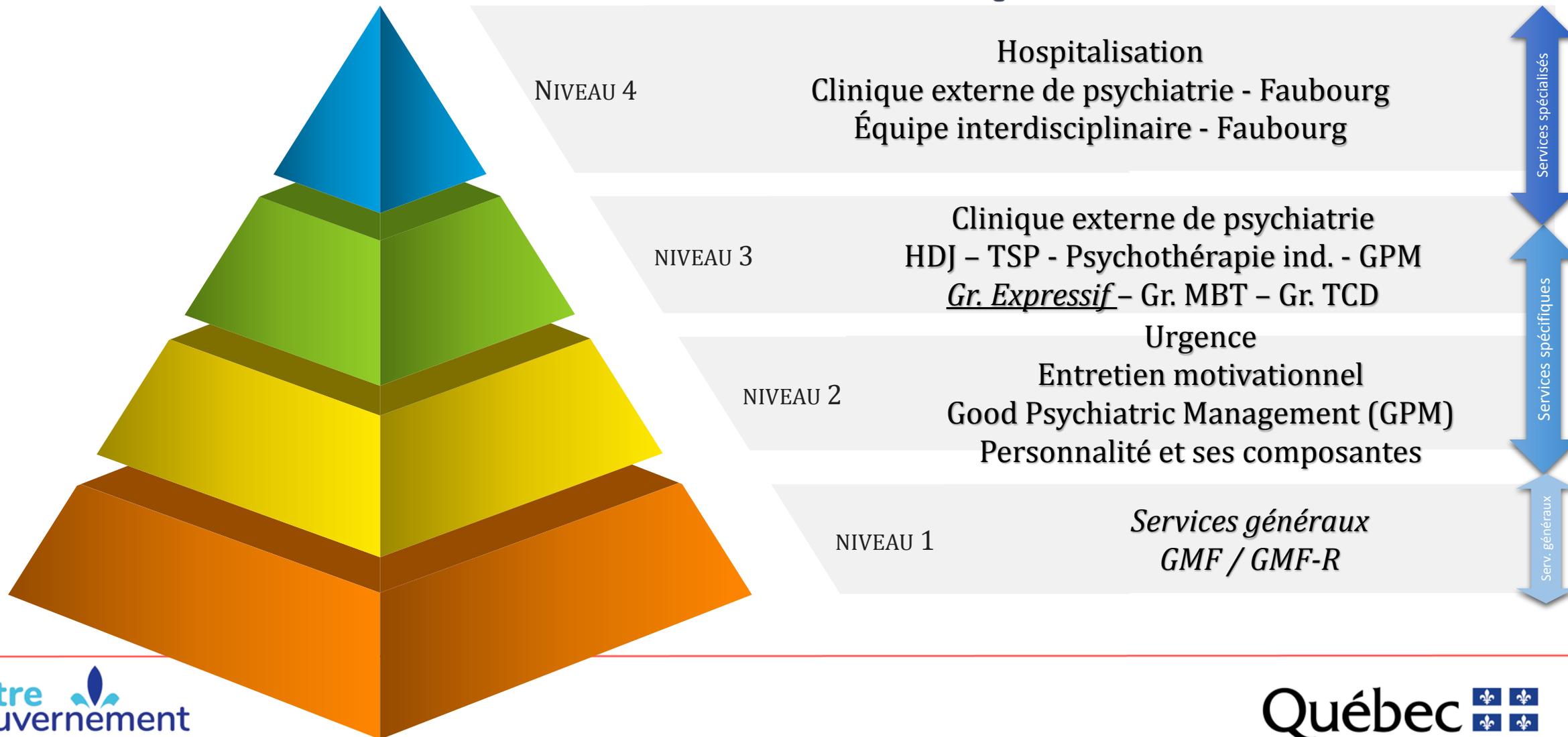
4.2.1 Continuum Troubles anxieux



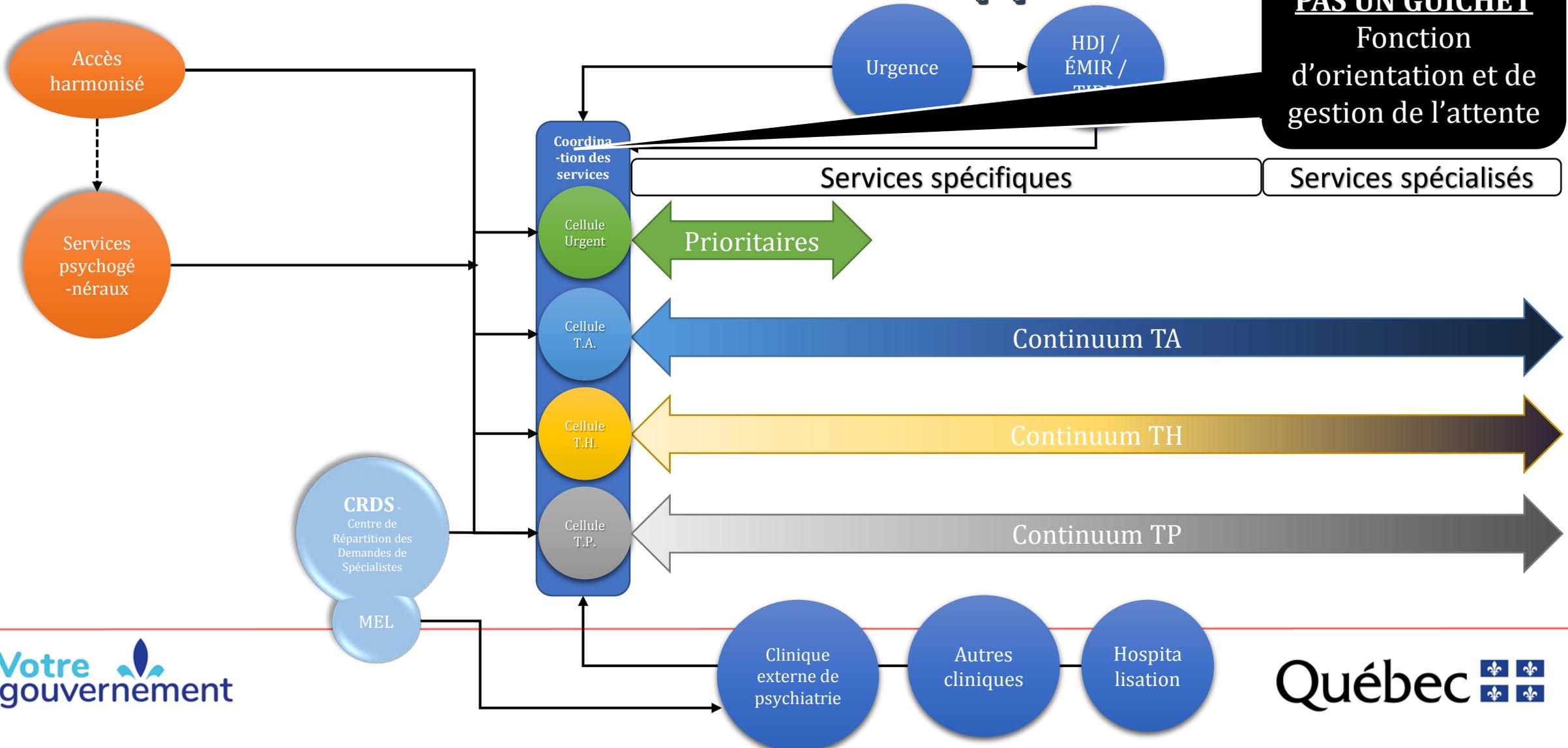
4.2.2 Continuum Troubles de l'humeur



4.2.3 Continuum Troubles de la personnalité

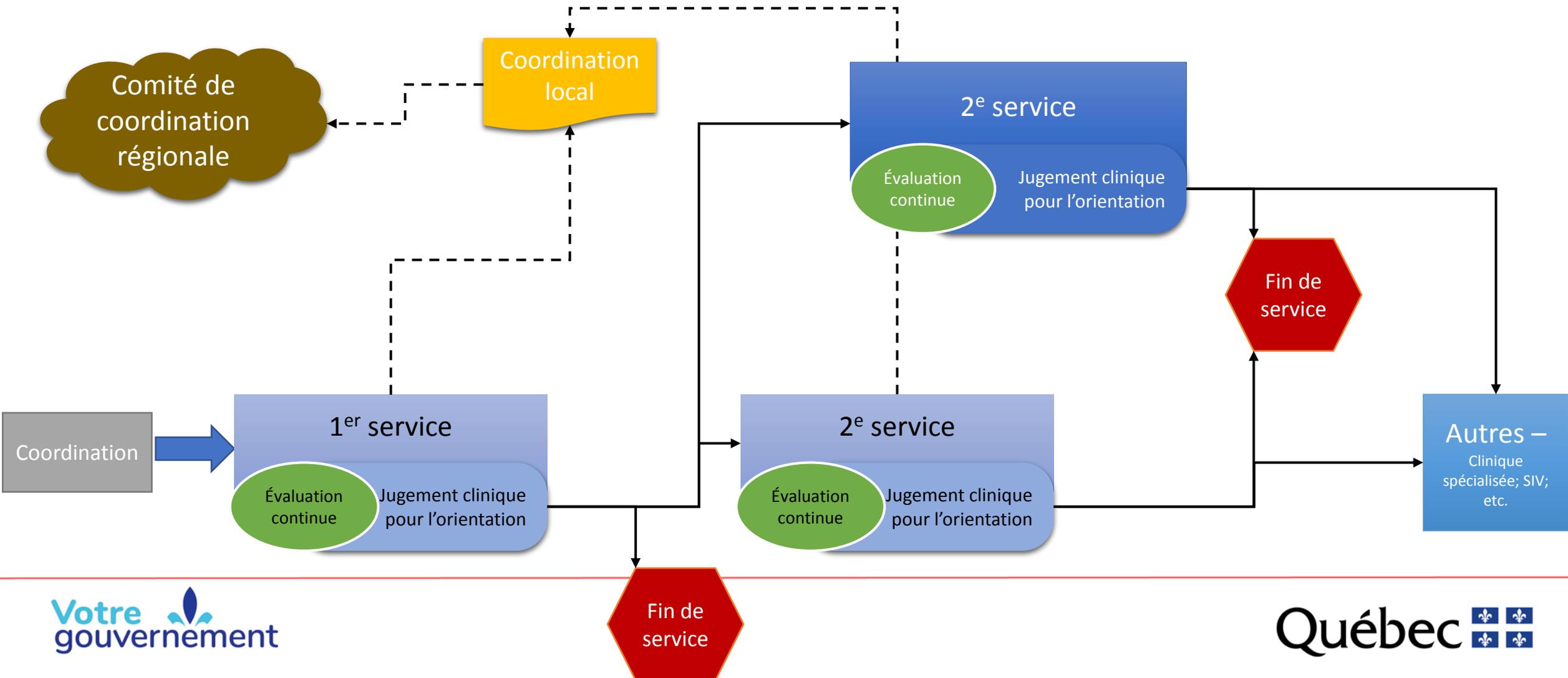


4.4. Accès aux services – en développement



PAS UN GUICHET
Fonction
d'orientation et de
gestion de l'attente

4.5. La réponse à l'intervention



4.6. Enjeux

- Offres de service
- Développement et maintien des compétences (temps)
- Évaluation en continue
- PL 21 – Psychothérapie
- Bon intervenant au bon endroit
- Bonne personne dans la bonne offre de service

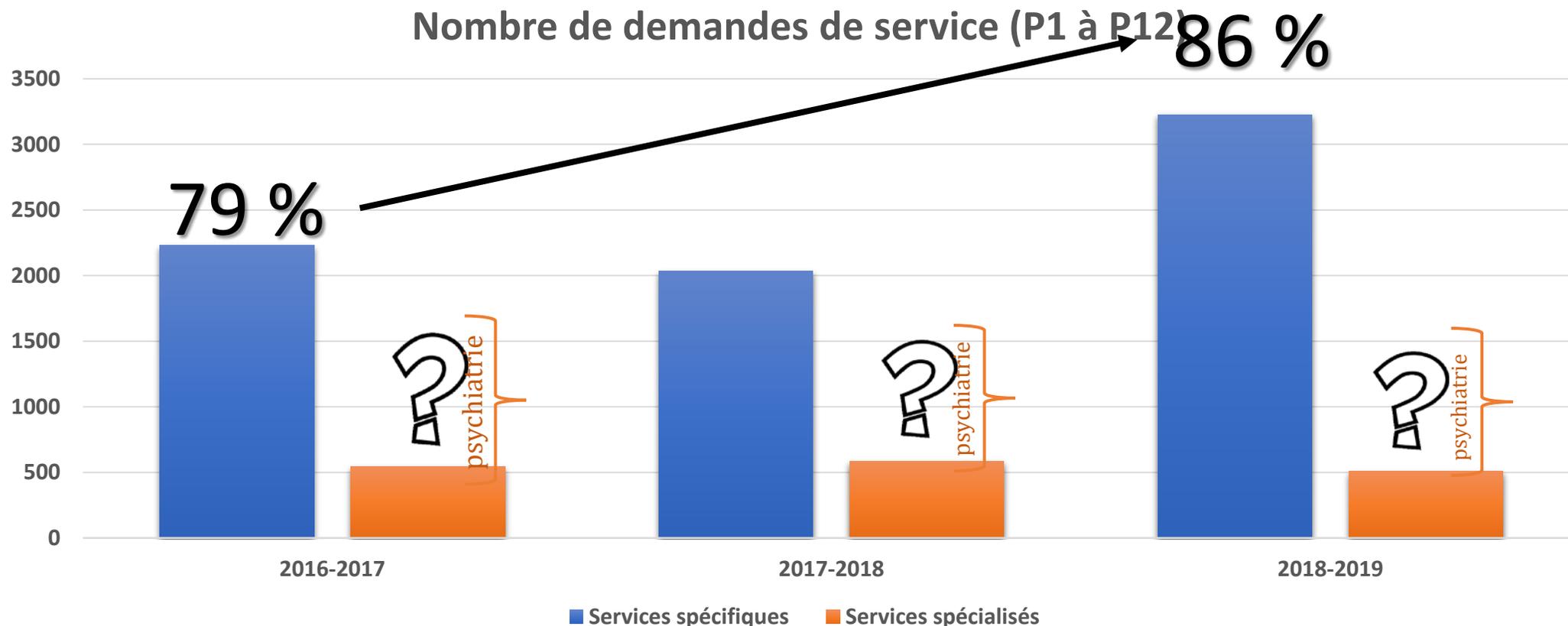
4.7. Opportunités

- Gestionnaire responsable d'un continuum
- Gestionnaire ayant clinique spécialisée et en services spécifiques
- Contribution d'acteurs de différents milieux
- Accès harmonisé et coordination régionale
- Disponibilités de l'expertise
- Milieu universitaire
- PQPTM

Les soins en étape ça donne quoi?



5.1. Évolution des demandes de services



5.2. Quelques résultats préliminaires

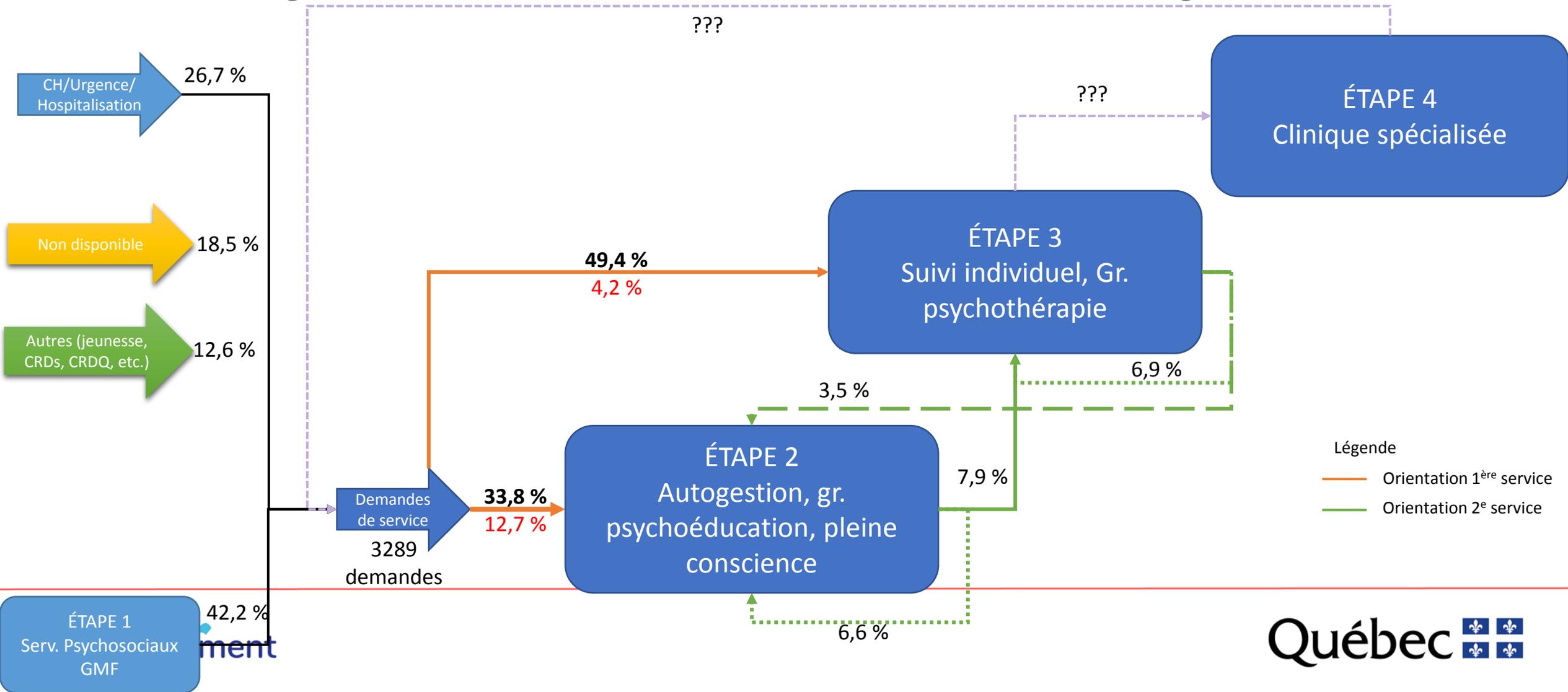
- Délai d'accès

Services	P6	P13	Différence
Groupe	192,7 jrs	93,1 jrs	↓ 52%
Individuel	117,9 jrs	97,7 jrs	↓ 17%

5.3. Quelques résultats préliminaires (suite)

Cellules	Suivi_ind.		Groupes		Refus / Redirigé		Total	
Tr. anxieux	547	51%	376	35%	145	14%	1068	31%
Tr. humeur	338	48%	233	33%	137	19%	708	20%
Tr. personnalité	465	30%	786	50%	308	20%	1559	45%
Urgent	55	80%	4	6%	10	14%	69	2%
N.D.	46	82%	1	2%	9	16%	56	2%
Total	1451	42%	1400	41%	609	18%	3460	100%

5.4. Trajectoires dans les soins en étape



J'aime être la bonne personne au mauvais endroit et la mauvaise personne au bon endroit.



Andy Warhol

www.citation-celebre.com

Journées annuelles de santé mentale - Suite

	Population générale		CLSC		Faubourg Saint-Jean		d^a	d^b
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>		
PID-5 (dimensions personnalité)	N = 2532		N = 119		N = 194			
Affectivité négative	1,11	0,40	1,75	0,61	1,89	0,61	1,55	0,23
Détachement	0,74	0,41	1,11	0,65	1,42	0,62	1,49	0,49
Antagonisme	0,68	0,41	0,73	0,73	0,58	0,54	0,12	-0,27
Désinhibition	0,98	0,35	1,19	0,62	1,41	0,63	0,52	0,35
Psychoticisme	0,67	0,49	1,00	0,71	1,19	0,62	0,66	0,27

Atteinte Fonctionnelle	N = 280		N = 119		N = 194			
Identité	1,29	0,71	2,35	0,72	2,23	0,66	1,49	-0,18
Autodétermination	1,11	0,58	2,04	0,82	2,11	0,60	1,41	0,10
Empathie	0,70	0,52	1,22	0,82	1,52	0,66	0,92	0,41
Intimité	0,99	0,67	1,51	0,82	1,73	0,59	0,72	0,32

d = taille d'effet; .2 = faible; .5 = moyenne; .8 = large

^aComparaison avec population générale; ^bcomparaison avec échantillon du Faubourg

Journées annuelles de santé mentale - Suite

	Population générale		CLSC		Faubourg Saint-Jean		d^a	d^b
BSL23 (symptômes TPL)	N = 243		N = 119		N = 194			
TPL	0,7	0,4	1,7	0,9	2,1	1,0	1,67	0,37
QFS	N = 100		N = 119		N = 194			
Global	64,5	5,4	57,30	9,1	44,0	10,1	-0,94	-1,37
Fréquence	32,8	2,9	29,3	5,5	20,8	5,7	-0,78	-1,52
<i>Vie autonome</i>	12,3	1,6	12,2	1,8	6,6	2,6	-0,06	-2,40
<i>Relations sociales</i>	8,6	1,2	7,3	2,1	5,1	2,0	-0,74	-1,08
<i>Vie communautaire</i>	12,2	1,7	9,9	2,8	9,1	3,1	-0,97	-0,27
Satisfaction	31,7	3,8	27,5	6,1	23,1	5,8	-0,81	-0,74
<i>Vie autonome</i>	11,8	1,7	10,6	2,6	8,6	2,7	-0,20	-0,75
<i>Relations sociales</i>	8,5	1,1	7,1	1,8	5,7	1,9	-0,92	-0,75
<i>Vie communautaire</i>	11,5	2,0	10,1	2,7	8,8	2,7	-0,58	-0,48

d = taille d'effet; 0,2 = faible; 0,5 = moyenne; 0,8 = large

^aComparaison avec population générale; ^bcomparaison avec échantillon du Faubourg

5.5.1 Quelques avantages

- Prise en charge de cas plus sévères et plus complexes en services spécifiques = répercussions sur les cliniques spécialisées
- Diminution marquée du syndrome « *pas dans ma cours* »
- Meilleure continuité – facilité d'accès aux cliniques spécialisées
- Cas complexes discutés avec plusieurs services (MRSP, coordonnateurs SMA, cliniques spécialisées, SIV, CRDQ, autres au besoin)
- Responsabilité populationnelle portée autant par les services spécifiques que spécialisés
- Intervenants ne sont plus seuls avec leurs clients
- Système structuré mais souple d'application

5.5.2 Quelques défis

- Si le client n'est pas au bon endroit, ce n'est plus GASM, mais l'intervenant qui voit à l'évaluation/orientation;
- Regard clinique du référent et non le nôtre lors de l'arrivée
- Grande hétérogénéité des clientèles dans les groupes d'entrée
- Perception de contraintes dans des approches (bien que probantes) et des processus cliniques choisis limitant leur autonomie professionnelle
- Développement et soutien des compétences dans des approches ciblées
- Gestion de changement en changeant de paradigme clinique (rétablissement / autonomie versus traitement / prise en charge)

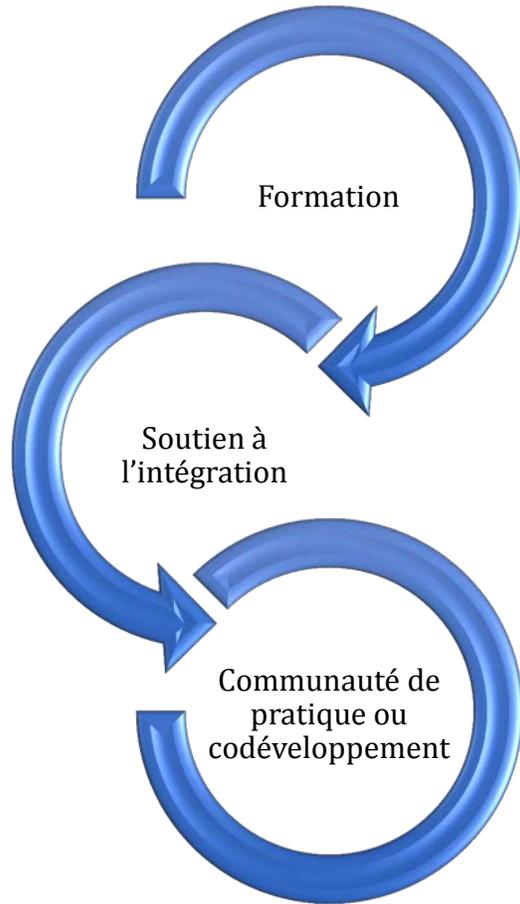
Et l'intégration?



6.1. Diverses formes d'intégration

- Première fois :
 - Harmonisation des services sur le territoire;
 - Repenser les services : patient-partenaire, organismes communautaires, services spécifiques, services spécialisés - ENSEMBLE;
 - Augmentation de la CiP en services spécifiques (coanimation de professionnels, rencontre multiprofessionnelle);
 - Comité régionale de coordination des services (CRDQ, services spécifiques, services spécialisés, SIV);
 - Comités d'amélioration continue des continuums de services (services spécifiques, services spécialisés).

6.2. Développement et maintien des compétences

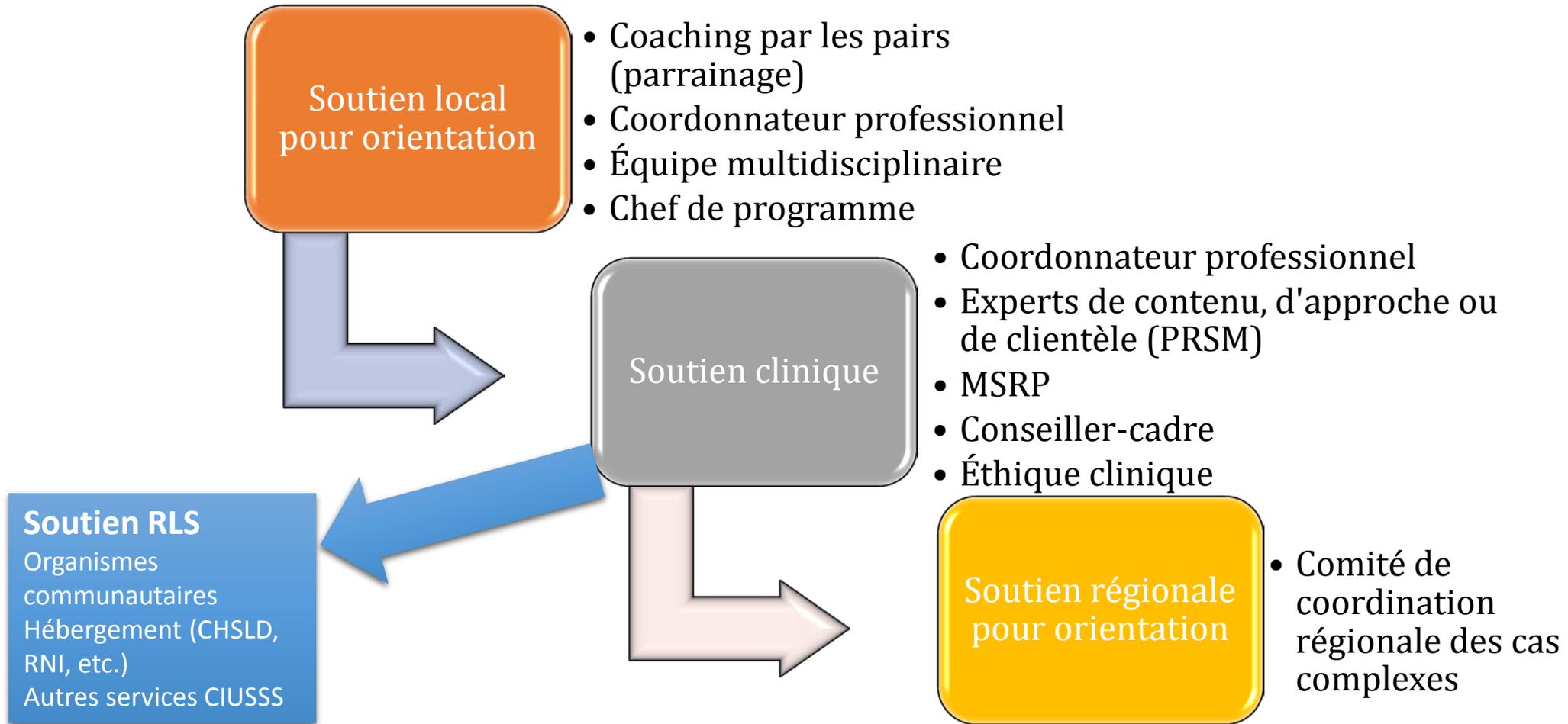


Pour la plupart des interventions

Pour les interventions qui demandent un soutien pour l'intégration dans la pratique

Interventions qui demandent 3 à 8 renc./an pour le maintien

6.3. Soutien clinique



6.4. Perceptions du milieu

- Augmentation de soutien clinique
- Ne plus être tout seul
- Proximité des expertises pour les services spécifiques et services spécialisés
- Tous un rôle à jouer versus à moi / à toi
- Diminue le sentiment d'impuissance devant des impasses cliniques

7. Vers l'intégration avec les GMF



7.1. Enjeux et opportunités

- Infirmières spécialisées répondantes en psychiatrie associées avec les GMF pour les demandes CRDS
- T.S. et psychologues SPG dans les GMF

- Accessibilité des médecins
- Quelles informations sont importantes?
- Temps disponibles pour les médecins (PL-20)
- Transfert d'information – confidentialité

Ceci est une publicité!

10-11
OCTOBRE
2019

COLLOQUE FRANCOPHONE

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ :

Avancées cliniques et empiriques de la dernière décennie

1^{re} édition

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec

Inscription en juin : <http://fourwav.es/TP2019>