

Collaboration interprofessionnelle en santé mentale: travailleur social et psychiatre répondant

Marie Josée Chouinard MD PhD

Psychiatre répondant CSSS Pierre Boucher

Claude Potvin B.T.S

Travailleur social ESMA CSSS Pierre Boucher

Journées annuelles de santé mentale 2013

Le 7 mai 2013

Rôles du travailleur social en santé mentale

Influences des déterminants sociaux sur la santé sont bien reconnues (Ferland et al, 1994)

- Personnes défavorisées présentent:
 - Un niveau de détresse psychologique élevé (30% vs 16%)
 - Trois fois plus souvent d'idéations suicidaires et commettent trois fois plus de tentatives de suicide au cours de leur vie.
 - Une personne sur quatre présentent de mauvaises habitudes de vie (tabac, ROH, exercice physique, sommeil, IMC, ...)
 - Consomment plus de médicaments (notamment des tranquillisants)
 - Plus souvent hospitalisés
 - Sous utilisent les services de prévention
 - Etc...

Rôles du travailleur social en santé mentale

Quelques uns des principaux rôles:

- Identifier la clientèle vulnérable et /ou à risque
- Évaluer le fonctionnement social, les besoins, les capacités de changements, ...
- Définir des objectifs réalistes de changement
- Interventions de crise
- Mobilisation de la clientèle peu motivée et / ou non volontaire
- Interventions dans le milieu de vie ou la communauté
- Identifier les systèmes impliqués et leurs interactions
- Rôle de liaison avec les partenaires
- Psychoéducation
- Accompagner le client dans un processus de reprise de pouvoir et de rétablissement
- Défense et promotions des droits de la clientèle
- Animation et interventions de groupe
- ...

Rôles du travailleur social en santé mentale

Marie-Lyne Roc 2013 (Qualaxia)

- Interventions à la jonction des personnes et de leur environnement
- Doit tenir compte de la réalité subjective, des conditions de vie, des rôles sociaux, du réseau
- Le travailleur social est donc un intervenant clé pour documenter et comprendre la complexité des situations vécues par la personne

Rôle du psychiatre répondant dans l'ESMA

- Donner accès à l'expertise médicale pour déterminer les interventions à privilégier
- Diffusion des connaissances pour avoir un impact sur un plus grand nombre de patients et développer l'expertise des intervenants
- Pratique reconnue efficace avec un effet multiplicateur et un coût moindre

Pour en savoir plus: Les soins concertés: perspective de la responsabilité médicale, ACPM 2007. Fecteau et al 2006. Le rôle du psychiatre répondant membre de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne dans les CSSS

Conditions gagnantes pour des soins en collaboration

- Avoir des acteurs qui souhaitent travailler en collaboration et qui croient aux bénéfices du travail interprofessionnel
- Connaître et reconnaître le rôle et les compétences des collaborateurs
- Faire preuve d'ouverture, d'humilité, de confiance et de respect

Problématiques de départ

- Nécessité d'améliorer l'accès aux services et la continuité des soins en santé mentale dans un contexte de pénurie de professionnels.

Clientèle visée

- Patients présentant ou ayant présenté des problématiques de santé mentale nécessitant une intervention de l'ESMA
- Interventions privilégiées
 - Dépistage de situations précaires ou de patients vulnérables (âge, diagnostics, complexité) dans une perspective de prévention
 - Éviter les détériorations de patients fragiles
 - Aider à résoudre les situations de crises qui maintiennent les patients dans leurs vulnérabilités
 - Etc.

Modèle de collaboration développé

- Dans le cadre du travail de l'ESMA et du psychiatre répondant
 - Discussion bimensuelle de cas complexes dans une période de temps dédiée
 - Accès à des discussions téléphoniques sur demande
 - Possibilités d'évaluation psychiatrique avec l'intervenant si pertinent

Acteurs impliqués dans ce modèle de collaboration

- Psychiatre répondant
- Travailleur sociaux
- Gestionnaire de l'ESMA
- GASMA

Changements de pratiques cliniques

- Travail en collaboration **plutôt qu'en solo**
- Travail en **simultané** plutôt qu'en série
- Discussion inter pour déterminer la priorisation
- **Psychiatre qui se déplace** au CLSC et qui soutient en apportant son expertise et ses recommandations
- **Travail social flexible** dans les modalités d'intervention (au CLSC, à domicile, auprès de partenaire, à l'hôpital avant la fin d'une hospitalisation ou lors d'une visite à l'urgence, etc)

Changement de pratiques organisationnelles

- Développement de modalités de partage d'information et de communication
- Utilisations d'**outils d'évaluation communs**
- **Flexibilité** dans la façon d'offrir les services
 - À domicile, par coaching d'intervenants, utilisation de partenaires communautaires et autres, ...
 - Mise en place d'interventions psychosociales brèves
- Décloisonnement et disponibilité de l'expertise médicale en 1^{ère} ligne

Limites du modèle

- Manque de temps
- Manque d'effectifs
- Difficulté pour déterminer un cadre de partage adéquat
- Résistance de certains par rapport à la mise en place de pratiques nouvelles
- Certains enjeux administratifs pour faire travailler ensemble des équipes 1^{ère} et 2^{ème} ligne (statistiques, avantages marginaux, ...)

Modèle prometteur

- Promotion du **traitement global** de la personne: bio-psycho-social
- Amélioration de l'efficacité dans la dispensation des soins par la diffusion de connaissances pour atteindre un plus grand nombre de patients
- Favorise la **cohésion** dans les interventions et la mise en place de **critères communs de priorisation**
- Crée un **sentiment d'appartenance** à une équipe et permet de **partager la lourdeur** de certains cas complexes

Présentation de cas: Mme C.S.

- Patiente 50 ans, vit seule, isolée, 2 filles mais pas de contact
- 1ère évaluation CHPB 2006:
 - DM rémission partielle+traits limites et obsessifs;
 - recommandations: retour au md généraliste, psychotx et ajustement Rx si évolution pas favorable
- 2^{ième} évaluation CHPB 2010 suite à une chx mineure:
 - pas DX axe I, axe II TPL
 - Recommandations: référence clinique TPL
- Évaluation Module TP juin 2011
 - Mise en évidence de TP mixte (narcissique, limite, obsessive et dépressive), régressée
 - Milieu de vie inadéquat; misère sociale, accumulation, isolement
 - Orientation pour psychoTX TCC d'abord – octobre 2011 évaluation mais patiente peu motivée
- Menace d'éviction décembre 2011
 - Plainte pour mauvaises odeurs, Hydro pas payé donc menace de couper électricité, etc
- Changement de Psychiatre: Dx TPL + TOC
 - Refuse psychotx pour TOC / Diogène

Présentation de cas: Mme C.S.

- Patiente voit plutôt son md généraliste
 - Insatisfaite des services en psychiatrie; veut changer de psychiatre; veut tx à LHL ou CLSC (thérapeute et TS)
 - Démarches entreprises pour transfert première ligne mai 2012
 - Menace d'éviction aout 2012
 - Hospit brève septembre 2012
 - Ré-évaluation Module TP décembre 2012; suivi offert en 2^{ième} ligne avec cadre clair vs retour suivi 1^{ère} ligne; pte choisi la première ligne...
- Intervention TS
 - Tenter d'augmenter la motivation au tx et la mobilisation
 - Intervention au niveau des stressseurs sociaux
 - Hébergement / accumulation
 - Voisinage
 - Budget / ressources dépannage
 - Travail de gestion d'anxiété en période de crise exacerbée
 - Etc...
 - Référée au groupe exploratoire TPL en première ligne

MERCI !

Questions....
