

Colloque
Santé mentale en maisons médicales

La Roche, les 17-18 octobre

soi disant fou

*Soins primaires de santé mentale
et modèles de soins
pour les troubles mentaux*

Marie-Josée Fleury, Ph.D.

Université McGill, Département de psychiatrie
Douglas Institut Universitaire de santé mentale
Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-

Institut universitaire (CRDM-IU)
E-mail: flemar@douglas.mcgill.ca

Belgique, octobre 2014

Colloque organisé par :



Fédération des maisons médicales
et des collectifs de santé francophones

Plan de la présentation

- 1) Contexte de réforme des soins primaires: quelques statistiques
 - ✓ TM: impact, prévalence, utilisation & adéquation des services
 - ✓ Rôles des médecins généralistes (MG)
- 2) Orientations et modalités organisationnelles promues
 - ✓ Réformes en SM: RIS, alternatives à l'hospitalisation et consolidation des soins primaires & soins partagés/de collaboration
- 3) Bonnes pratiques en SM: définition, inventaires, quelques exemples
- 4) Synthèse & recommandations pour l'amélioration des services SM

Contexte: soins primaires & importance TM

- ✓ Soins primaires sont définis: services de premiers contacts, personnalisés et continus dans le temps ➔ *MG. porte d'entrée & voie d'accès: coordination aux services spécialisés*

- ✓ Consolidation des soins primaires – se justifie:
 - Prévalence élevée TM: 4-26% (~10%: Canada et Belgique)
 - OMS: TM (dépression) 1^{er} cause de morbidité: 2030
 - 1^{er} cause d'absentéisme au travail (Canada, E-U)
 - 2^e Belgique: après problèmes musculo-squelettiques
 - TM: Une des clientèles clés qui contribuent à:
 - ✓ l'engorgement des urgences
 - ✓ aux taux élevés d'hospitalisations, durée moyenne des séjours hospitaliers

Contexte: soins primaires & importance TM

- 90% des cas TM peuvent être traités en 1er ligne
 - ✓ 😊: Analyses comparatives – pays: ↑meilleure santé des populations
- Les services des MG sont privilégiés: physique & TM / ↓stigmatisant / ↑accessibilité accrue aux services
 - ✓ 😞: Troubles **concomitants** importants: de 15% à 50%
 - Problèmes chroniques de santé physique (diabète, tr. cardiovasculaire...)
 - Toxicomanie (+ *norme que l'exception*)
 - TSM (nbr ≥2): dépression & anxiété
 - ✓ 😞: TM & Dép.: ↑ T. **chronique**... dépression: ~35%: 2e épisode 2 ans
60%: sur une période de 12 ans (OMS, 2001) / Dép.: ~ 50%

Contexte: soins primaires & importance TM

✓ ☹️: Traitements TM non optimaux: ↓déttection*, ↑temps d'accès; ↓continuité (silo cliniciens), ↓adhésion à la médication (& ↓sous-utilisation)

❖ OMS: **44-70%** personnes TM: **pas traitées** (schizophrénie, dépression majeure, toxicomanie et adolescents/enfants – 2004) – pays développés

✓ Études internationales: **~1/3** utilise services SM (33% B; 40% C) *

❖ Utilisateurs: 18-42% personnes TM recevraient un traitement **minimal adéquat** (10 pays industrialisés; OMS, 2007 – Tr. anxieux, de l'humeur et abus de substance)

✓ Traitement dépression: *médication 8 mois; MO: 8 à 10 visites/an* (Conseil du médicaments, 2001) ~ 40-50% pour la dépression...

➡ *Concept de bonnes pratiques*

❖ 30-70% TM: non détectés par les MG; études longitudinales (3 ans): 14%

Synthèse & recommandations pour l'amélioration des services SM

Questions posées pour cette présentation

Principaux déterminants de l'utilisation = ↑services

- ❖ Femmes, même quand moins TM (F: +TM)
- ❖ Âge moyen (*↑jeunes/vieux=↓services*)
 - ❖ **Exception: jeunes tr. concomitants**
- ❖ Défavorisation économique / (+riche/H: ↑services spécialisés)
- ❖ ↓Qualité de vie

- ❖ +nbr TM
- ❖ +sévérité des troubles
- ❖ Diagnostics: Tr. personnalité, schizophrénie
- ❖ T.concomitants
- ❖ Tentative de suicide
- ❖ Dépendance seulement: ↓services

Contexte d'émergence des réformes:

Inadéquation traitements *en 1^{ère} ligne* (soins primaires)

Quelques données: prévalences TM chez les médecins généralistes*

- ❖ **Prévalence:** 80% de la population: MG / 30-40% des visites TM
 - ✓ Québec: 20-25% personnes consultent TM / personnes TM: consulte 2x+
 - ✓ Étude épidémio. – **Belgique**: 43% popul. MG TM; 26%: MG et psychiatre
 - ✓ Québec: +50% population MG TM ↪ parallèlement autres prof.SM
 - ✓ TM: l'une des 1^{er} clientèle en importance des MG
 - ✓ Majorité de patients avec TC (~70): pris en charge / minorité (~30%): TG

Fleury, al., 2012
(ESCC 1.2)

35%: MG-Psychiatre
21%: MG-psychologue
17%: psychiatre-psychologue
13%: 3+ professionnels
19%: 4+ professionnel

Constats clés: recherche

Variables associées à la prise en charge par les MG. des patients TM

1) Caractéristiques personnelles des MG. = ↑prise en charge TM

- ❑ Intérêt
- ❑ Savoir/sentiment de confiance → formation continue TM
- ❑ Séniorité ou pratiques passées ou parallèles en psychiatrie
- ❑ Volume de la clientèle: TM
- ❑ Capacité d'écoute, empathie

2) Lieux de pratique des MG. = ↑prise en charge TM

- ❑ Pratiques de groupe (CR, GMF, CLSC)
- ❑ Équipe multidisciplinaire de SM – Infirmières, psychologues, TS
- ❑ Mode paiement (↓acte) / présence d'un CHPSY à proximité: ↓

3) Profil des patients

- ❑ La complexité des cas = ↓prise en charge TM
 - ✓ **Omni. +Inconfortables:** T.personnalité, T.bipolaire, schizophrénie (aïgue, 1^{er} diagnost.), TM.jeune, dépendance, Tconcomitant (TM & dépendance)

Contexte de réforme en SM

Orientations et modalités organisationnelles promues

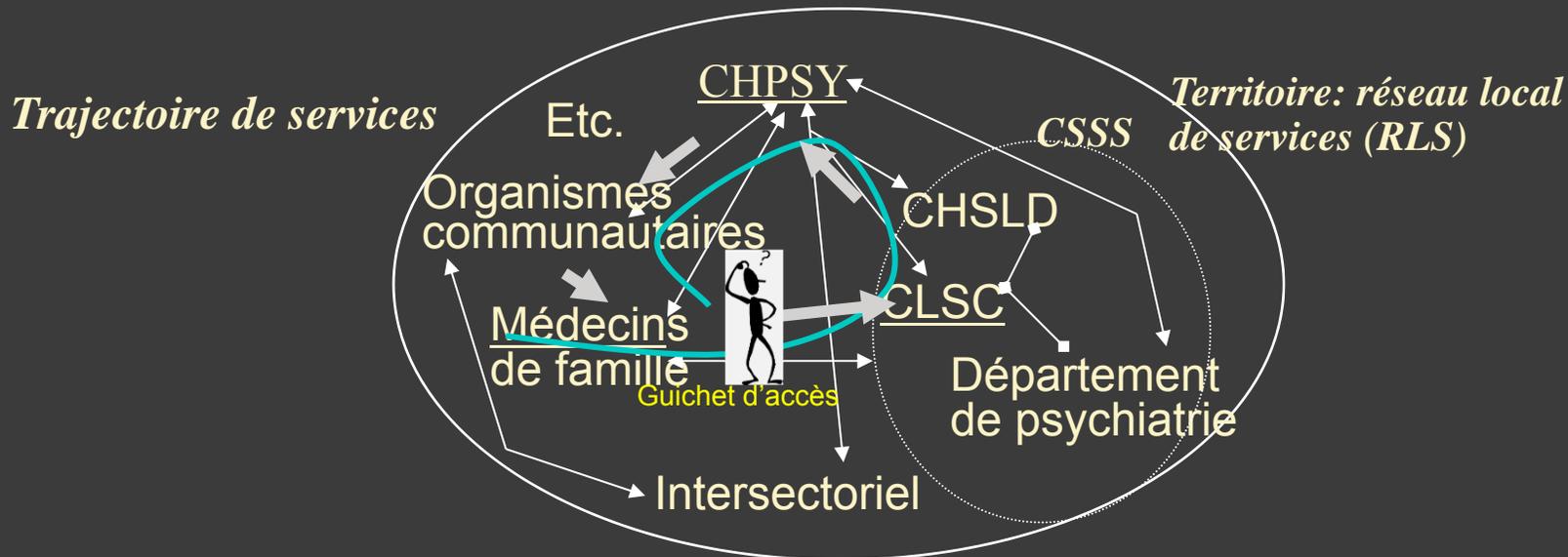
- à partir de 1980, mais surtout 2000+

- ✓ Meilleure prise en charge & continuité des services: usagers TM ➔ **Réseaux intégrés de services** (RLS/RIS; ↑1990 -2000)* - *Emphase système de soins*
- ✓ Alternatives à l'hospitalisation (↑1980)* - *Emphase TMG*
- ✓ Consolidation des soins primaires (↑2000) & ↑soins partagés/collaboration* - *Emphase TMC*
- ✓ Bonnes pratiques: quelques exemples - *Emphase sur les pratiques cliniques qui ont fait l'objet de données probantes...*

Contexte: Québec/Belgique

Circuits ou réseaux de soins

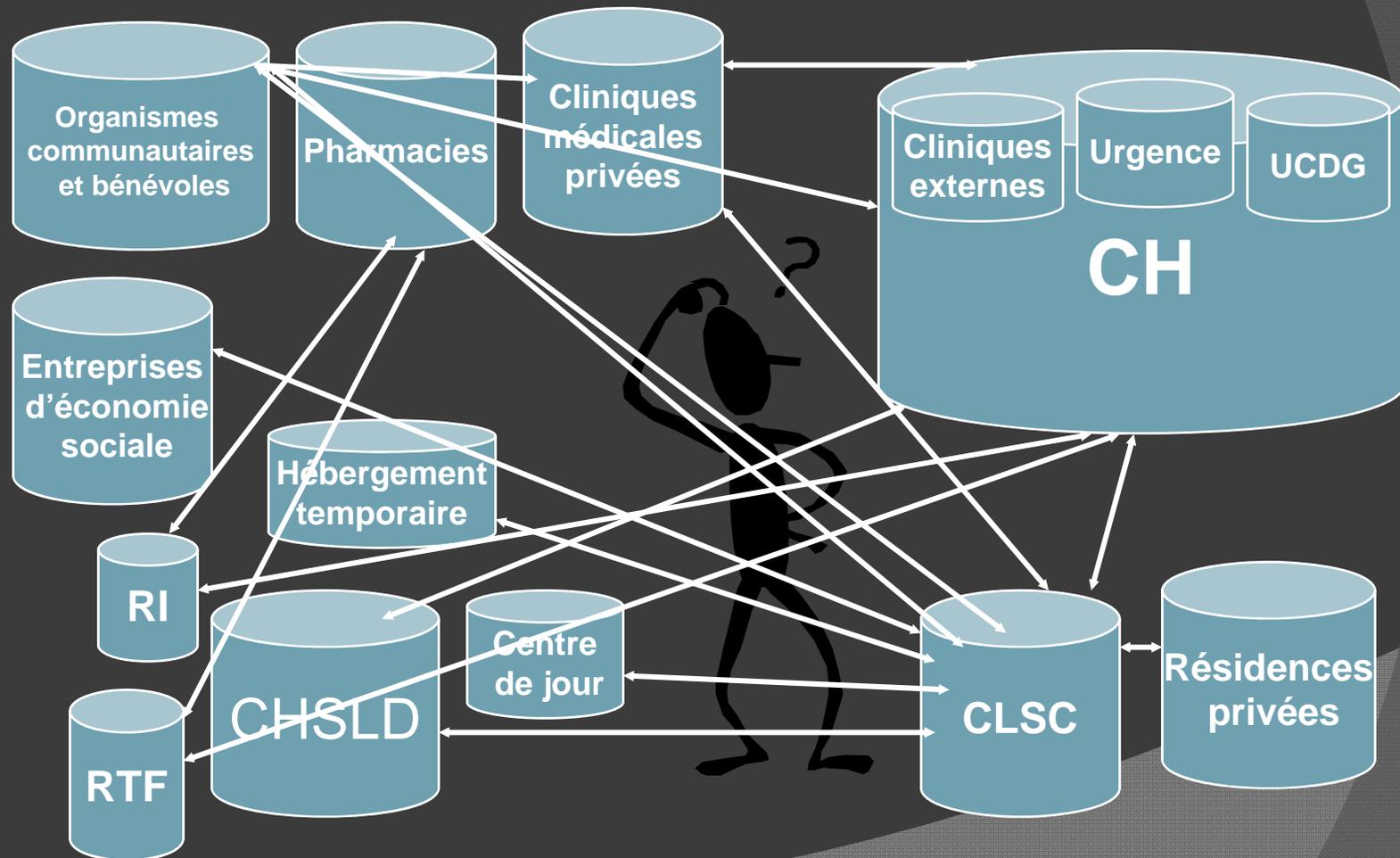
Exemple d'un RIS (RLS) en santé mentale



- Les RIS se définissent comme un ensemble d'organisations qui distribuent un continuum de services coordonnés à une population, et qui sont tenues collectivement responsables financièrement et cliniquement de leurs effets sur le système et sur la santé de la clientèle (Gillies et autres, 1993).

Notions de RIS

Exemple – « non RIS » - programme personnes âgées



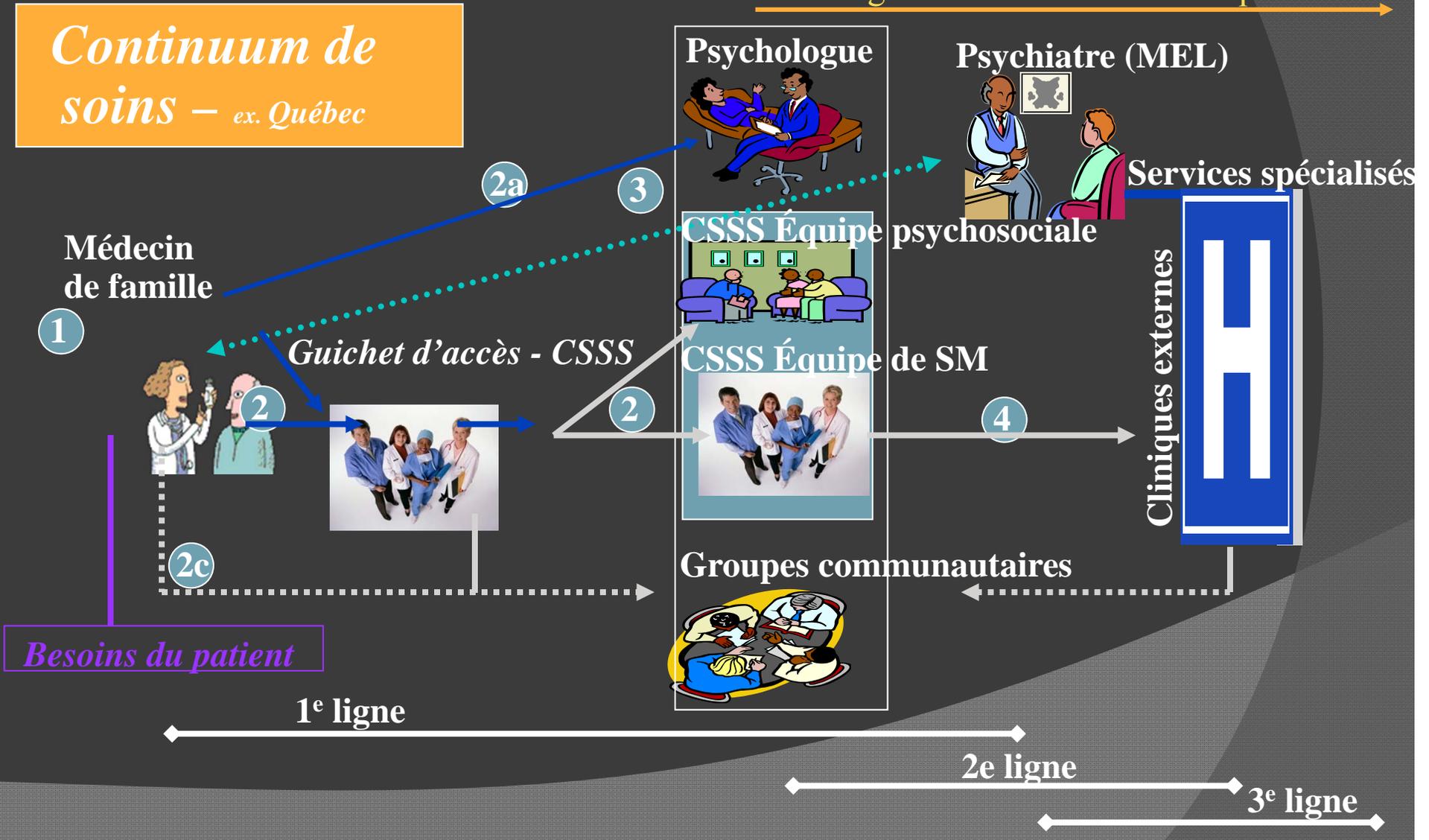
Source: Présentation du RIS-PAPA dans la région de Châteauguay
UCDG: unité de courte durée gériatrique

RIS – Continuum de soins (circuit/trajectoire)

Troubles courants (TM) & TG stabilisés

Troubles graves de SM ou TM complexes

Continuum de soins – ex. Québec



Contexte de réforme en SM

Orientations et modalités organisationnels promues

- à partir de 1980, mais surtout 2000+

- ✓ Meilleure prise en charge & continuité des services: usagers TM ➔ Réseaux intégrés de services (RLS/RIS; ↑1990 -2000)* - *Emphase système de soins*
- ✓ **Alternatives à l'hospitalisation** (↑1980)* - *Emphase TMG*
- ✓ Consolidation des soins primaires (↑2000) & ↑soins partagés/collaboration* - *Emphase TMC*
- ✓ Bonnes pratiques: quelques exemples - *Emphase sur les pratiques*

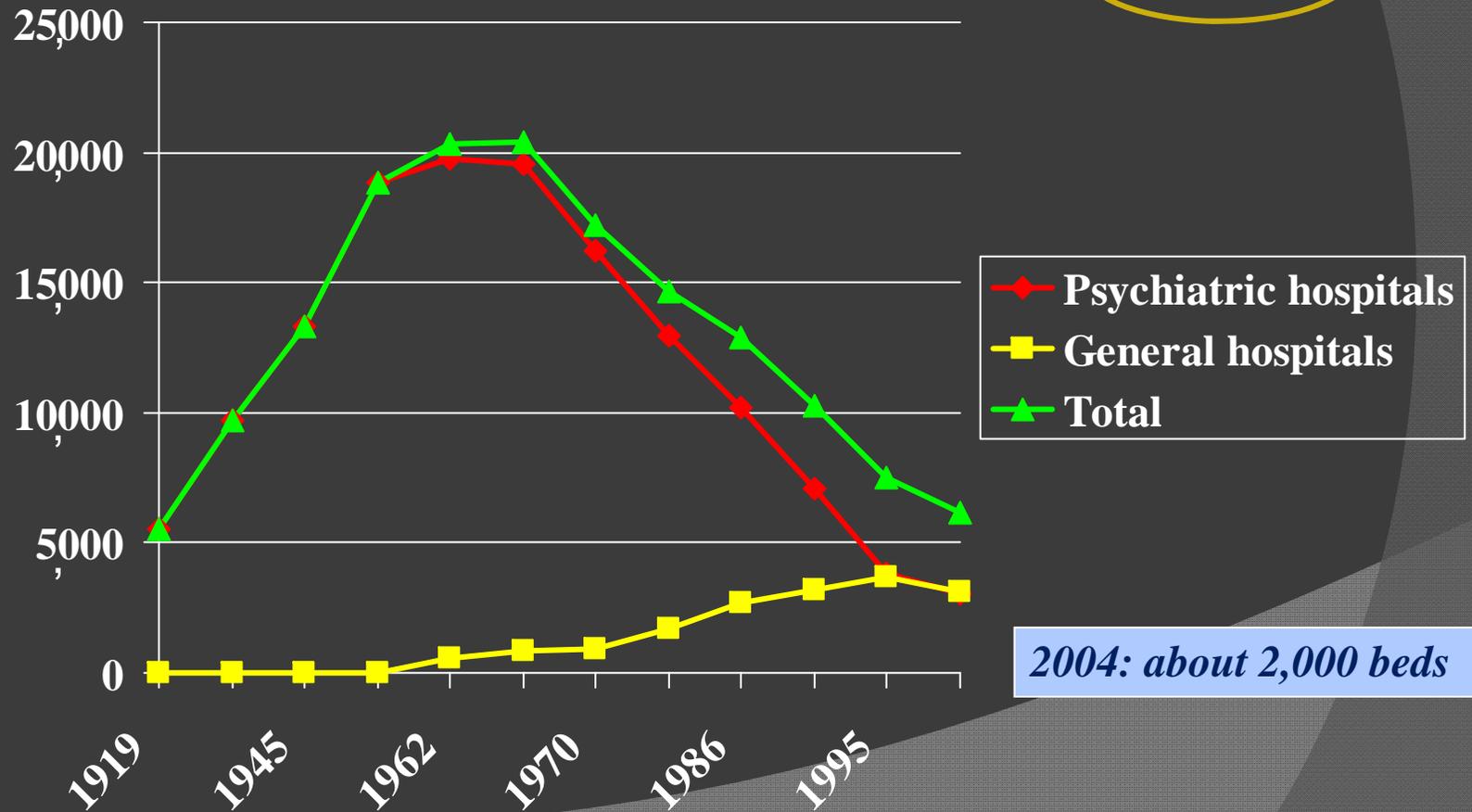
Tendances des transformations en cours

- ❖ ↑ *services dans communauté* (désinstitutionalisation & non institutionnalisation des usagers)
 - ✓ Belgique: « 152 lits/100 000 » (Québec: 40/100 000)*
 - ✓ ↑ Alternative à l'hospitalisation – & hospitalisation brève
 - ↑SI; SIV* (équipes mobiles/ambulatoires); cliniques externes (polycliniques); hôpitaux de jour; équipes de crise...
 - Continuum d'hébergements (*Belgique: maison de soins psychiatriques; initiative d'habitation protégée*)...appartement supervisé
 - Programmes de réadaptation: soutien à l'emploi/études, activités de jour...
 - Équipe de liaison dans les urgences (TM & addictions aux substances psychoactives)

Overview of the Quebec Mental Health System

Psychiatric beds in Quebec

2 slides



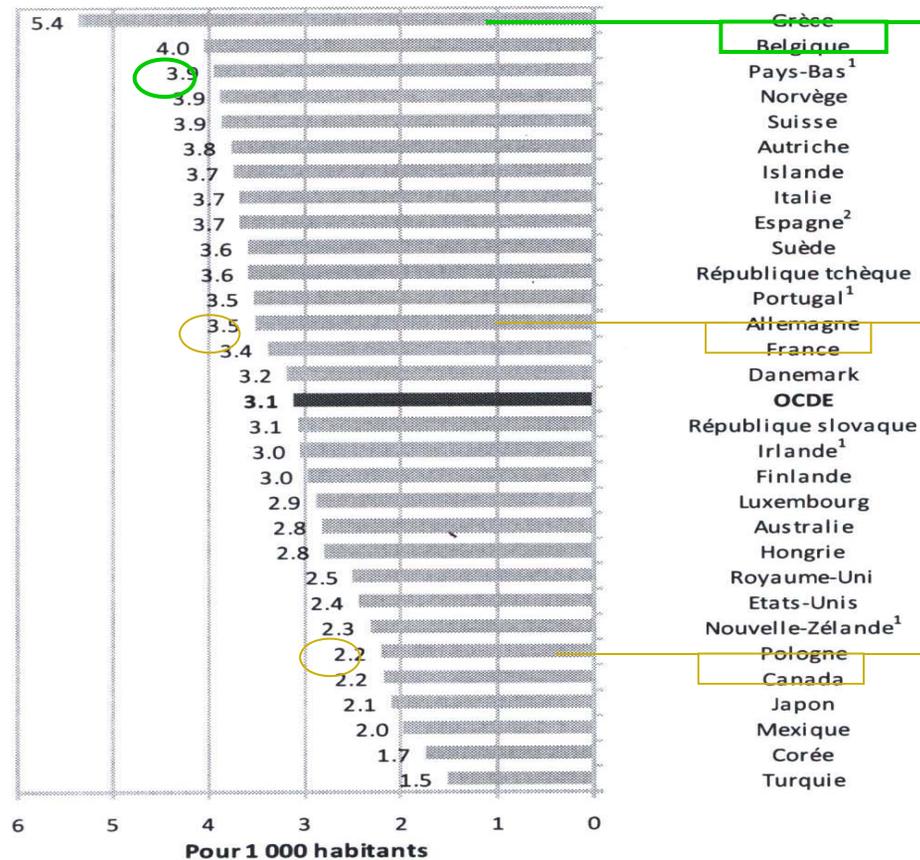
2004: about 2,000 beds

Statistiques comparatives

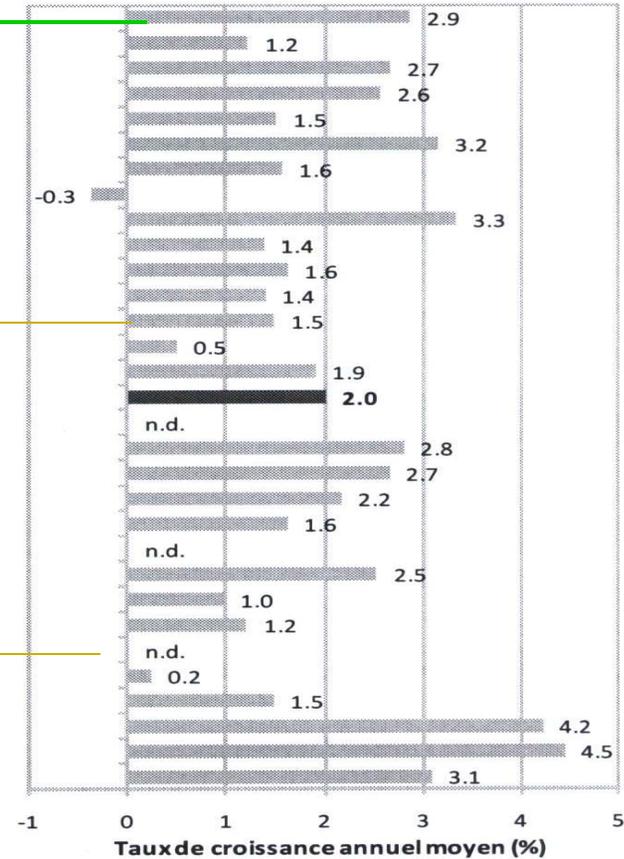
Belgique, Canada, Québec

Nbr/habitants	Belgique	Canada	Québec
	11 000 100	~35M	~8M
Lits psychiatriques	152/ 100 000 (2010)	33/100 000 (2011)	40/100 000 (2010) - ,0,4/1000 0,25: CHSGS; 0,15: CHPSY
Psychiatres*	17.7/ 100 000 (2011) ~1947	15.4/100 000 (2011)	15.8/100 000 (2011) ~1000 (1264)
Omnipraticiens*	1.4/1 000 (2011) ~15 000	1.12/1 000 (2011)	1.02/1 000 (2010) ~8 000
Psychologues	14/ 10 000 (?)	58/100 000 (2006)	108.4/100 000 (2010)

Graphique 1. Médecins en activité pour 1 000 habitants, 2007



Graphique 2. Croissance des médecins en activité par habitant, 1990 à 2007



1. L'Irlande, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et le Portugal communiquent le nombre de tous les médecins autorisés à exercer plutôt que celui des médecins effectivement en activité.

2. Les données pour l'Espagne comprennent les dentistes et les stomatologistes.

Source: Eco-Santé OCDE 2009, Juin 2009.

Tendances des transformations en cours

❖ ↑ *services dans communauté* (désinstitutionalisation & non institutionnalisation des usagers)

✓ Belgique: « 152 lits/100 000 » (Québec: 40/100 000) *

✓ ↑ Alternative à l'hospitalisation – & hospitalisation brève

➤ ↑ **SI**; **SIV*** (équipes mobiles/ambulatoires); cliniques externes (polycliniques); hôpitaux de jour; équipes de crise...

➤ Continuum d'hébergements (*Belgique: maison de soins psychiatriques; initiative d'habitation protégée*)...appartement supervisé

➤ Programmes de réadaptation: soutien à l'emploi/études, activités de jour...

➤ Équipe de liaison dans les urgences (TM & addictions aux substances psychoactives)

Contexte – Bonnes pratiques & Réforme

Gestion de cas TM: SI & SIV

- ❖ SI: suivi intensif (*assertive community treatment – ACT*) / SIV: soutien d'intensité variable (*intensive case management*)
- ❖ Objectif Québec SI (70 places); SIV (250 places) – 100 000p.
 - ✓ ~25-30% de la cible; 2011: 52 (SI); 120 (SIV)

Contexte – Bonnes pratiques & Réforme

Gestion de cas ou SIV & SI

- ✓ Pratique développée aux E-U: tournant années 1980
- ✓ Patients avec TG (souvent Tconc.), incapacités fonctionnelles élevées, +hospitalisations, traitements usuels non efficaces
- ✓ CH équipe multidisciplinaire (psychiatre), ratio: 10 usagers/1 intervenant
- ✓ Plusieurs visites par jour ou semaine: selon les besoins

Contexte – Bonnes pratiques & Réforme

Gestion de cas ou **SIV** (*soutien d'intensité variable*) & SI

- ✓ Patients avec TG +modérés que SI (↓\$ / ↑nbr personnes)
- ✓ Suivi individualisé moins intensif: réalisé le +communauté
 - 1 visite/semaine; 2 visites/mois
 - ~25 patients/intervenant (17/20: Housing First/Chez soi)
- ✓ Différents modèles SIV (coordination avec ressources du réseau & intervention clinique)
 - Soutien thérapeutique, ↑apprentissages au niveau des activités de la vie quotidienne, psychoéducation; alliance thérapeutique forte: patient/intervenant
 - Objectifs que visent SIV/SI sont: ↑rétablissement des usagers – ↑autonomie / ↑*empowerment* (pouvoir d'agir) des usagers

Tendances des transformations en cours

☛ Alternatives à l'hospitalisation

- ❖ **↑ services dans communauté** (*désinstitutionnalisation & non institutionnalisation des usagers*)
 - ✓ Belgique: « 152 lits/100 000 » (Québec: 40/100 000)
 - ✓ ↑ Alternative à l'hospitalisation – & *hospitalisation brève*
 - **↑SI; SIV*** (*équipes mobiles/ambulatoires*); cliniques externes (polycliniques); hôpitaux de jour; équipes de crise...
 - **Continuum d'hébergements** (*Belgique: maison de soins psychiatriques; initiative d'habitation protégée*)...appartement supervisé
 - **Programmes de réadaptation**: soutien à l'emploi/études, activités de jour...

Contexte de réforme en SM

Orientations et modalités organisationnels promues

- à partir de 1980, mais surtout 2000+

- ✓ Meilleure prise en charge & continuité des services: usagers TM ➔ Réseaux intégrés de services (RLS/RIS; ↑1990 -2000)* - *Emphase système de soins*
- ✓ Alternatives à l'hospitalisation (↑1980)* - *Emphase TMG*
- ✓ Consolidation des soins primaires (↑2000) & ↑soins partagés/collaboration* - *Emphase TMC*
- ✓ Bonnes pratiques: quelques exemples - *Emphase sur les pratiques*

Contexte de réforme: Québec – à partir de 2005

Consolidation des soins primaires & soins partagés

1) Médecins généralistes* plusieurs initiatives:

- ✓ ↑Pratique de groupe & interprofessionnel (*Bel.: maison médicale, centre de santé*)
- ✓ ↑Incitatif \$: prise en charge clientèle vulnérable & bonnes pratiques
- ✓ Paiement acte: ↑actes de consultation Omni. ← psychiatres
- ✓ ↑Mode de paiement: mixe ou salaire

2) Développer des équipes interdisciplinaires SM dans chaque RIS-CSSS (n=93): ↑soutien psychosocial – TC (*Bel.: Services de SM: 1 pour 50 000*)*

- ✓ *Belg.: Services de santé mentale (1 équipe par 50 000 – plus petite & psychiatre)*

3) Psychiatres-répondant

Équipe SM-Adulte (20 inter., 2MO*) /SM-Jeune (6 inter., 0,5MO) – 100 000 po; 2% population

Contexte – Bonnes pratiques & Réforme

Soins partagés ou soins de collaboration

- Dispositif de coordination entre les: MG./psychiatres/intervenants psychosociaux de 1^e ligne/OC
- Plusieurs modèles:
 - ✓ Désignation psychiatres répondants → groupes MG. & équipes de 1^{er} ligne
 - ✓ Meilleur soutien au diagnostic et au traitement des patients
 - ✓ Références + efficaces; Soutien téléphonique & Formation
 - ✓ Consolidation de l'expertise des MG et références +rapides

☛ **Belgique: SPAD (Soins psychiatriques à domicile intégrés)**

Contexte de réforme en SM

Orientations et modalités organisationnels promues

- à partir de 1980, mais surtout 2000+

- ✓ Meilleure prise en charge & continuité des services: usagers TM ➔ Réseaux intégrés de services (RLS/RIS; ↑1990 -2000)* - *Emphase système de soins*
- ✓ Alternatives à l'hospitalisation (↑1980)* - *Emphase TMG*
- ✓ Consolidation des soins primaires (↑2000) & ↑soins partagés/collaboration* - *Emphase TMC*
- ✓ Bonnes pratiques: quelques exemples - *Emphase sur les pratiques*

Recension des bonnes pratiques

- *Travaux CSBE-SM, 2012 – Volume 2: État des connaissances (résultats probants; consensus d'experts)*



35 bonnes pratiques* TM (6), classées en 4 catégories:

- 1) **Approches cliniques** – ex.: biopsychosociale, rétablissement, axée sur les forces, réduction des méfaits, **soins par étape – stepped care***
- 2) **« Thérapies »** – ex.: thérapie cognitive-comportementale, entretien motivationnel, **autogestion des soins**, gestion de la médication, psychoéducation des familles
 - ✓ ↑ meilleur accès psycho.: G.-B., Australie / *Conseil Médi.*: 70% ↓ *médica.* 6 mois (10 v.MO)
 - ✓ ESCC (2002): 52% des Québécois: besoins non comblés – thérapie/counseling
- 3) **Stratégies cliniques & organisationnelles** – ex.: protocoles d'intervention, PSI (*projet thérapeutique*), SI/SIV – gestion de cas, soutien à l'emploi (IPS)
- 4) **Programmes ou modèles d'intégration** – ex.: P. premières épisodes psychotiques, Chez Soi (*Housing First*), soins partagés/collaboration, **soins chroniques**, **traitement intégré TM et dépendance**, réseau intégré de soins (RIS)

IPS: Individual placement and support

Contexte de transformation des systèmes sociosanitaires

Principaux axes de transformation de l'organisation des soins

✓ *↑Bonnes pratiques**

- Fait l'objet de données probantes
 - ✓ Études randomisées / consensus d'experts
- Principaux résultats (comparés aux pratiques usuelles)
 - ✓ ↓hospitalisations (nbr & durée); ~coûts
 - ✓ ↓sévérité des symptômes, ↓risque de judiciarisation, ↓abus de substance
 - ✓ ↑stabilité résidentielle, ↑intégration ou retour au travail
 - ✓ ↑qualité de vie; ↑satisfaction vis-à-vis les services

Recension des bonnes pratiques

- 1) **Soins par étape**: du moins intensif au plus intensif (coût/bénéfice – niveau populationnel)

Moins intensif

✓ autogestion des soins (documentation et web: information sur la maladie, psychoéducation, changement: habitude de vie, approche motivationnelle)

✓ soutien téléphonique bref (adhésion à la médication; psychoéducation)

✓ Psychothérapie

Plus intensif

✓ services psychiatriques

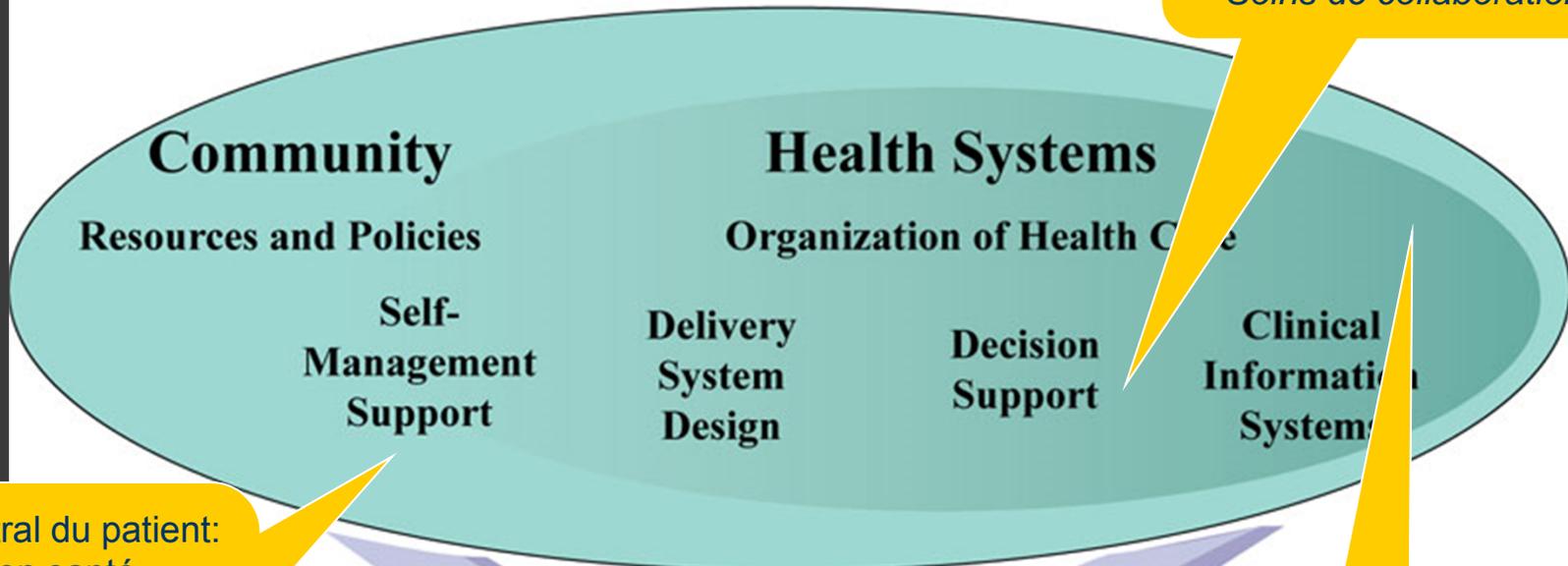
*Profil clinique
du patient*

Évaluation



Traitement

The Chronic Care Model



- Protocoles cliniques
- Implication du patient
- Formation omniprat., etc.
- «Soins de collaboration»

- Rôle central du patient: gestion santé
- Outils: auto-évaluation, atteinte des buts, résolutions de problèmes



- rappel de suivi (régulier)
- Prévention: groupes vulnérables
- monitoring des pratiques

- Autres:**
- Gestionnaire de cas: patients complexes
 - Participation patients: groupes communautaires
 - Collaboration: dispensateurs & communauté
 - Encourager le changement: système - ↑qualité
 - Sensible à la culture du patient

Improved Outcomes

Contexte – Bonnes pratiques & Réforme

4) **Modèle de soins chroniques** (de Wagner-2001)

- 1) Outils d'aide à la décision clinique (protocoles cliniques; grilles standardisées de dépistage et de diagnostic, etc.)
 - ✓ Dépression majeure: médication (8 mois) + 10 visites MO (CM, 2011)
- 2) GM.: travail de groupe & équipe interdisciplinaire
- 3) Autogestion des soins
- 4) Systèmes d'information clinique (pour l'aide à la décision)
- 5) Optimisation des ressources dans la communauté
- 6) Meilleure organisation d'ensemble et intégration du système de soins

Modèle du traitement intégré D&TM-G (Drake, Mueser)

- Études d'impact – supériorité: ↓ consommations, rechutes, hospitalisations, symptômes moins sévères...

• S'oppose aux traitements: **parallèles ou séquentiels**

- ✓ *Santé Canada (2001)* – Dépendance +: TM.graves, stress post-traumatique, T.personnalité, T.alimentation
- ✓ T. courants SM: approche séquentielle D→TM (2001)
 - ✓ 2009*: T. courants SM – approche intégrée

*Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT, 2009)

Recension des bonnes pratiques

Composantes clés « Modèle Intégré – TC » – exportables à tout bon traitement

- 1) Équipe intégrée
 - ✓ spécialistes D & TM
- 2) *Approche psychosociale* – globalité des besoins
- 3) « Partage de la décision »: usagers/intervenants – rétablissement, pouvoir d’agir
- 4) Gestion de cas: approche proactive / (+dans la communauté) / ration 1/30 (SIV: TM.G)
- 5) Suivi à long terme – intensité variable fluctuant selon le niveau de besoins

Recension des bonnes pratiques

Composantes clés « Modèle Intégré – TC » – exportables à tout bon traitement

- 6) *Réduction des méfaits / approches motivationnelles / thérapie (TCC, pairs-aidants...)*
 - ✓ Psychoéducation, stratégies de *coping* (résilience); gestion de la médication (↑adhérence)
- 7) *Alliance thérapeutique / Intégration & psychoéducation des familles*
- 8) *Stages de traitement/changement:*
 - ✓ 1) engagement
 - ✓ 2) persuasion
 - ✓ 3) traitement actif
 - ✓ 4) prévention des rechutes
 - ✓ *précontemplation, contemplation, action, maintien*

Recommandations: pour l'amélioration des services

- ✓ Favoriser la pratique de groupe & interdisciplinaire (☺ Bureau des MG.)
- ✓ Déployer des stratégies de coordination MG. → prof.SM/dont les psychiatres
 - Soins partagés/collaboration, MG. ⇔ psychologues/psychiatres/Équipe SM – interventions psychosociales
 - Prévoir des dispositifs +adéquats de soutien dans la communauté des patients à profils chroniques & +complexes: SIV; SI – équipe mobile, soutien à l'emploi, au logement...
 - ❖ Importance des interventions de Pairs-aidant et du réseau communautaire (intégration dans la communauté), du soutien social, de la dé-stigmatisation, etc.
- ✓ Déployer: pratiques d'aide à la prise de décision & bonnes pratiques
 - Protocoles d'intervention, grilles de dépistage/diagnostic TM

Merci !

Courriel: flemar@douglas.mcgill.ca

Publications en lien avec la présentation:

Site Web: <http://www.douglasrecherche.qc.ca/groups/adequation/studies/study-practitioners.asp?l=f>