



Rôle d'un intervenant-pivot « case manager »

Cynthia Delfosse, ergothérapeute

Amal Abdel-Baki, psychiatre

Marie-Pier Duquet, infirmière clinicienne

Nicolas Girard, travailleur social

Case management et PEP

- Le case management (CM) est l'intervention la plus importante du modèle d'intervention précoce pour la psychose
- Le CM est au cœur de l'intervention, et a été adapté pour les jeunes souffrant d'un PEP. Il fait l'objet d'ouvrage détaillant le rôle du 'case manager' à chaque étape à travers le traitement
- Le CM permet l'engagement du jeune dans son traitement par le biais d'une relation thérapeutique de confiance, privilégiée avec ce professionnel
- Le case manager est le point d'ancrage pour le patient et la famille, il est 'La personne à qui se référer'

Historique et objectif du case management

- Introduit en psychiatrie à la fin des années 60
- Dans le courant de la désinstitutionnalisation

Objectif :

éviter la fragmentation des soins en communauté et fournir un point de coordination pour les clientèles avec problématique complexe

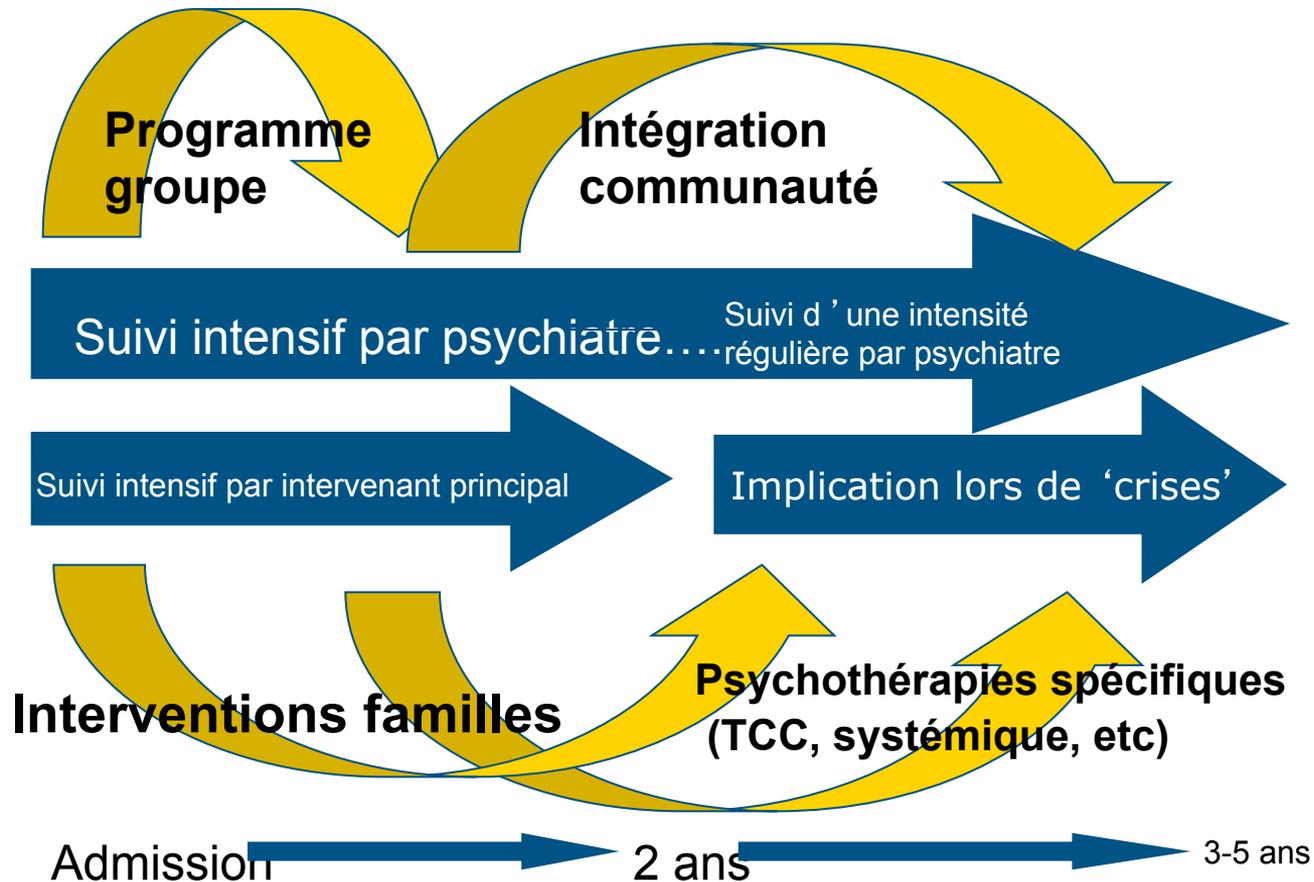
Modèles de case management

- Deux modèles principaux :
 - **De représentation** : le CM organise les soins prodigués par d' autres professionnels et s' assure que le patient accède aux soins (souvent utilisé dans d'autres spécialités, comme l'oncologie, par exemple)
 - **Thérapeutique** : le CM joue le rôle de thérapeute de premier recours
- Les deux modèles sont préférablement combinés et varient selon les différents stades de l' évolution clinique.

Modèles de CM selon l'évolution du patient

- Représentant actif du patient en phase aiguë de la psychose
- Engagement avec le patient
- Développement d' une relation thérapeutique et de collaboration avec le patient
- Retour à un rôle de représentant dans la phase de rémission, lorsque le patient peut se prendre en charge de manière indépendante
- S' il y a une rechute, retour au rôle thérapeutique

Suivi Clinique pour PEP



Case management

- Charge de cas: 1 pour 16 à 20 patients
- Quasi tous les patients
- Rôle de case manager - intervenant principal qui va donner les services qu'il peut ET \OU coordonner et accompagner le jeune pour les services spécialisés ou démarches sociales externes
- Coordonne le suivi du patient, horaire des RV, choix des groupes, Plan d'intervention
- Rôle de contact entre le patient, la famille et la clinique
- Attribution des patients par chef d'équipe ou en équipe
 - Selon disponibilité (caseload total, caseload actif, etc)
 - Intérêts et compétences spécifiques du CM correspondent aux besoins du pt
 - Si changement d'intervenant – celui qui connaît déjà le pt à travers groupes ou autre (ex. infirmière)

Suivi individuel (case management)

- Case managers ont un rôle principal dans la prise en charge du patient

A — Réduction de l'impact de la maladie sur l'environnement psychosocial du patient

- Accompagnement dans les démarches sociales : sécurité du revenu, assurance-emploi, aide juridique, etc.
- Aide à la gestion du budget, fiducie
- Orientation et suivi pour hébergement
- Supporter les proches
- Réduire le traumatisme et l'anxiété liés à l'hospitalisation et à la stigmatisation (continuité des soins interne-externe)

Suivi individuel (case management)

B — Promotion de la rémission et favoriser le rétablissement

- Informer patients et proches de la nature de la maladie et du traitement (psychoéducation)
- Approches éclectiques et intégratives visant à favoriser une alliance thérapeutique, à améliorer le sens du moi, l'estime de soi et l'intégration de l'expérience psychotique;
- Support et encadrement quant à la prise de médication
- Aide et support à l'élaboration du projet de vie

Suivi individuel (case management)

C - Traitement des problèmes comorbides ou secondaires

(Toxicomanie, judiciarisation...)

- Psychoéducation et réduction des méfaits quant à l'abus de substances;
- Approche motivationnelle;
- Accompagnement pour démarches judiciaires

D - Réintégration dans la communauté, reprise de trajectoire du développement normal

- Évaluation globale de l'évolution du fonctionnement (sphère relationnelle, sociale, occupationnelle, etc)
- Support, aide et suivi conjoint pour la réintégration études/travail
- Accompagnement dans les ressources socio-communautaires

Éléments importants dans la relation entre le case manager et son patient

(Edwards et al [1999])

- **Accessibilité** : le patient et sa famille doivent savoir qu'ils peuvent contacter le CM si une crise survient.
- **Flexibilité** : le CM doit s'adapter aux besoins changeants du patient et de sa famille.
- **Maintien de l'optimisme** : Promouvoir la rémission et considérer le patient comme un partenaire dans le processus de récupération.
- **Compétence** : le CM doit avoir la formation, les connaissances et les capacités nécessaires pour accomplir son rôle.

L'alliance thérapeutique : la clé

- **Comment faire?**

- Prise de contact avec le jeune et la famille
- Établir un lien de confiance à tout prix: savoir être créatif!
- Comprendre la façon dont le jeune perçoit son problème
- Résoudre les problèmes du jeune en le considérant comme seul expert de sa situation
- Travailler à partir de l'idée d'un projet de vie (concept rétablissement).
 - Viser l'acquisition des habiletés nécessaires
 - Apprendre à maîtriser la maladie

Modèle d'intervention basé sur les principes de TCC

- Favoriser la discussion sociale et la conversation plutôt qu'un style « enquête » ou questionnaire et ne pas sauter aux conclusions, considérer les commentaires comme pertinents et les examiner avec le patient.
- Persévérer dans le questionnement afin de mieux comprendre, mais prendre du recul lorsque la détresse devient trop intense.
- Ne pas être trop pressé, ne pas essayer de trop en faire, garder le rythme d'une conversation.
- Tenter de faire de chaque session une expérience positive peut être même plaisante [terminer avec conversation décontractée].
- Révéler des choses à propos de soi lorsqu'approprié, pouvant servir de modèle pour le patient ou pour normaliser.

Stratégies pour développer un modèle explicatif commun de l'expérience psychotique

- Laissez la personne mener
- Explorer leur modèle explicatif de leur problème de santé mentale d'abord
- Normaliser, mais ne pas minimiser
- Utiliser le modèle vulnérabilité stress pour expliquer la maladie
- Identifier les vulnérabilités et les stressseurs qu'ils soient biologiques, psychologiques ou sociaux
- Faire ressortir les forces du patient et les efforts qu'il fait

Les aspects légaux: stratégies d'intervention du CM

- Bien les connaître afin de pouvoir les expliquer à la famille et au patient, comme nous sommes leur principale ressource = favorise le lien de confiance
- L'impact sur l'alliance thérapeutique...
- Comment se placer par rapport aux décisions médicales... qui ne sont pas de notre ressort? Ex.: ne pas être présent à l'annonce de celle-ci afin de pouvoir l'aborder avec le patient d'un autre angle; ou être présent et pouvoir ensuite mettre en contexte et rassurer le patient sur les étapes à venir et sur les moyens de faire entendre son point, de se faire représenter
- Levier afin d'amener le patient à accepter le traitement [médication, groupes, démarches, etc.]

Pour assurer une prise en charge complète

- **Importance du travail d'équipe!**
 - Se référer aux collègues lors de questions spécifiques d'intervention de case management [différents domaines d'expertises dans l'équipe]
 - Se référer au médecin traitant et psychiatre, si question ou difficulté ponctuelle
 - Si impasse plus importante, discussion en réunion d'équipe
- **Autres moments de réflexion entre professionnels/ médecins**
 - Réunion de cas complexes
 - Évaluation initiale en équipe et discussion de cas
 - Mentorat et formation continue spécifique



Exemples d'intervention faite par le case manager

Exemples d'intervention faite par le case manager

- Support à l'hébergement
- Démarches sociales
- Support au retour à une activité productive
- Interventions familiales
- Advocacy
- Outreach

Support à l'hébergement

- Évaluation des besoins de son client au niveau de l'hébergement
- Lien avec propriétaire, si en appartement
- Aide à la recherche de logement autonome
- Référence vers des hébergements communautaires non spécialisés en santé mentale
- Demande d'hébergement dans le réseau de la santé mentale
- Développer et maintenir des partenariats avec différents types d'hébergement [centre de crise, app. Sup., foyers groupe, auberges du Coeur, etc.]
- Rencontres conjointes et plan d'intervention conjoint avec la ressource d'hébergement (objectifs communs, discours commun, partage des rôles/tâches, etc)

Focus sur le retour à une activité productive

- « Vocationnal case management »
- Approche IPS (individual, placement and support)
- Flexibilité et support continu
 - R-V en dehors des heures de travail-études
 - Ajustement de la fréquence des R-V selon l'emploi-études et l'évolution du patient
 - Fréquents les 1^{eres} semaines ou en période de crise et diminution par la suite pour éviter surcharge et conflits d'horaire
 - Suivi téléphonique soit sur R-V ou selon les besoins du client (toujours répondre rapidement)

Support au retour à une activité productive

- Accompagner le patient dans la définition d'un projet occupationnel ou projet de vie, si pas défini à l'arrivée
- évaluer les capacités, les besoins, les intérêts, les valeurs
- Donner de l'importance aux intérêts des patients dans le choix d'un projet vocationnel
- Accompagner dans toutes les démarches (soit dans la planification ou dans l'exécution des étapes, selon le désir du jeune)
 - Ex. Vérifier offres emplois ou programmes d'études
 - Faire CV ou démarches d'inscription scolaire
 - Applications
 - Démarches pour obtention d'accommodements
 - Démarches pour aviser école ou employeur d'un congé maladie, et.c

Démarches sociales

- Les difficultés cognitives entravent l'initiation des démarches
- L'importance du « faire avec » et non pour le patient
 - Renouvellement de documents d'identité [certificat de naissance, carte d'assurance sociale, RAMQ]
 - Aide au niveau des démarches judiciaires [paiement de contraventions, accompagnement à la cour...]
 - Aide pour les démarches d'immigration
 - Etc.

Interventions familiales

- **Rôles du case manager :**
 - Contact avec la famille dès l'admission
 - Évaluation des besoins et support par le biais de contacts réguliers avec la famille.
 - Contacts variables selon la situation clinique du patient
 - Pivot entre famille, patient et membres de l'équipe interdisciplinaire
 - Si problème avec le patient : on appelle la famille
 - Remise de la pochette d'information
 - Rencontres conjointes avec le psychiatre, la famille et le patient

Advocacy

- **Défense de droit :**
 - Représentation du patient auprès de différentes instances
 - Prise d'entente pour :
 - Paiement de contraventions,
 - Statut scolaire et/ou employeur,
 - Logement,
 - Etc.

Outreach

- Séances de Formation–Information-Sensibilisation
 - Au près des organismes communautaires et services en santé mentale
 - Au près de ceux qui travaillent avec les jeunes adultes
- Rencontre chez les patients ou dans des ressources communautaires
- Rencontres dans des cafés
- Accompagnement in vivo pour les démarches
- Rencontre conjointe avec des intervenants communautaires

Case management vs rôle du professionnel

- Rôle « professionnel » et des spécialistes dans l'équipe
 - Soutien à l'équipe et aux autres CM en tant que spécialiste – conseils
 - Prise en charge ou suivi conjoint de cas plus complexes
 - Certaines tâches spécifiques sont faites par les professionnels, le patient sera alors référé à l'autre intervenant parallèlement pour ce suivi, rarement changement de case manager (ex. demande curatelle, évaluation fonctionnelle en ergothérapie pour capacité retour travail spécifique ou autonomie hébergement (orientation), psychothérapie spécifique, suivi nursing (injection, clozapine, etc.)

Capsule vidéo : le traitement

Histoire de cas

Histoire de Cédric

- Jeune homme de 21 ans avec détérioration du fonctionnement durant l'adolescence
- Classe spéciale à l'école : lâche l'école à 16 ans avec une scolarité de secondaire 1
- Se réfugie chez lui et ne fait plus rien durant 3 ans : consomme drogues, jeux vidéos, se referme sur lui-même
- Quitte le domicile familial à 19 ans sans explication

Cédric

- Se retrouve SDF.
- Nombreuses contraventions durant cette période.
- Se fait arrêter pour vol et passe quelques mois en prison où il se fait battre par d'autres détenus : début sx psychotique, prescription de risperdal.
- Se retrouve à nouveau dans la rue
- Se fait arrêté en juillet 2011 pour bris de condition : se déplace sur la rue avec des couteaux cachés dans son manteau pour se protéger (voix mandatoires)
- Reconnu non criminellement responsable : mis sous TAQ

Cédric

- Séjour à l'Institut Philippe-Pinel [santé mentale et justice]
- Lors de son arrivée à la Clinique JAP en août 2011 : quasi mutique, nous parle très peu, autocritique faible, accepte toutefois de participer au traitement
- N'a aucune carte d'identité
- Plus de contacts avec la famille
- **Que fera-t-on avec ce jeune homme en tant que casemanager?**

Cédric

- Revenu
 - Obtenir aide sociale
- Démarches sociales
 - Refaire avec lui, toutes ses cartes d'identité en ne partant de rien (certificat naissance)
- Évaluation du fonctionnement à travers les groupes
 - Oriente l'hébergement [vers foyer de groupe]

Cédric

- Fait sortir le “plumitif” pour connaître les ATCD judiciaires
 - Nombreuses contraventions impayées durant les 2 ans d’itinérance
- Advocacy
 - Entente prise pour le règlement de ses contraventions, toujours en cours
- Recherche d’une occupation
 - Participe aux groupes de la clinique JAP durant plusieurs mois
 - Commence un programme pass-action
 - Essai d’un emploi en atelier protégé : sans succès
 - Retour à la Pass-Action

Cédric

- Fiducie
 - Aide à la gestion du budget
 - Paiement de son loyer et argent remis hebdomadairement
- Lien avec la famille
 - Liens difficiles, car aucune nouvelle durant 2 ans
 - Invitation pour les groupes pour les proches
- Pivot entre psychiatre et patient
 - Vu principalement par intervenant

Cédric

- Actuellement :
 - Toujours en foyer de groupe
 - A terminé sa pass-action et a obtenu un emploi avec Arrimage
 - Assidu à ses rendez-vous
 - Stable cliniquement avec supervision de la médication
 - A toujours des difficultés avec la consommation de pot, mais accepte d'en parler et d'y travailler
 - Voit sa famille 1 à 2 fois par an, à Noël et à sa fête. Aimerais plus de contacts, mais famille peu disponible pour lui.

Outils cliniques

- Guide de Orygen en Australie sur le « case management in Early intervention for psychosis »
- Guide du « case management en intervention précoce » traduit en français par l'équipe de Jérôme Favrod en Suisse.