

# Connaitre le mandat, le rôle et les responsabilités de la travailleuse sociale en GMF

## Usagers avec troubles neurocognitifs et leurs proches aidants

Conférence présentée dans le cadre du colloque  
*Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer*

### Par

- Mireille Cliche travailleuse sociale, GMF Loretteville et Val-Bélair, personne-ressource territoriale CIUSSS de la Capitale-Nationale
- Josée Tremblay travailleuse sociale, coordonnatrice clinique GMF CIUSSS de la Capitale-Nationale

Date : 5 mai 2017, révisé le 9 février 2018

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

Québec 

# Plan de présentation

- Expliquer le rôle de la travailleuse sociale (TS) en groupe de médecine de famille (GMF) en lien avec les usagers ayant des troubles neurocognitifs et leurs proches aidants.
- Cibler les principales interventions dans le cadre du suivi psychosocial.
- Expliquer les modalités de transfert de suivi psychosocial pour les usagers ayant des troubles neurocognitifs du GMF vers le soutien à domicile (SAD).

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

**Québec** 



# VOS ATTENTES, QUESTIONS, PRÉOCCUPATIONS ?

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

Québec 



# QUIZ

Suivi GMF ou SAD ?

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

Québec 

# Vignette 1

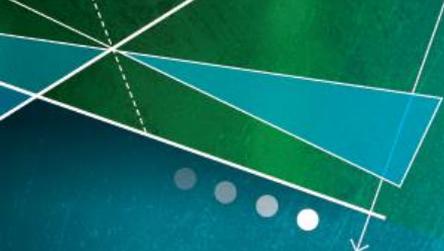
Mme Martel, 76 ans, vient de recevoir un diagnostic de maladie d'Alzheimer par son médecin de famille, Dr Mémoire. Elle vit dans sa maison depuis 55 ans avec son mari, M. Turmel, connu comme étant un homme en très bonne santé physique et mentale. Le couple a trois enfants qui demeurent à proximité, lesquels offrent du soutien occasionnel, mais limité, par manque de temps, car ceux-ci doivent jongler avec la conciliation travail, famille et activités.

Depuis quelques mois, Mme présente des signes de désorganisation, d'apathie, d'anxiété et de déprime. Mme ne veut plus sortir de chez elle pour aller jouer aux cartes au Regroupement des aînés et ne cuisine plus les bons petits plats qu'elle aimait tant faire. Quant à lui, M. Turmel n'ose plus participer à son Club de marche vu son inquiétude à laisser Mme Martel seule.

Dr Mémoire prescrit une médication à Mme Martel pour diminuer les nouveaux symptômes et offre au couple la possibilité d'avoir un suivi social pour les soutenir.

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

**Québec** 



# QUELLES SONT VOS PREMIÈRES INTERVENTIONS?

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

**Québec** 

## Vignette 2

M. Laliberté, 72 ans, est veuf et ses 2 enfants demeurent à Toronto. Il vit seul à domicile et a reçu un diagnostic de démence mixte, il y a 2 ans. Récemment, son ami Robert, lequel venait le visiter et l'aider dans son quotidien, est décédé d'un grave accident de voiture.

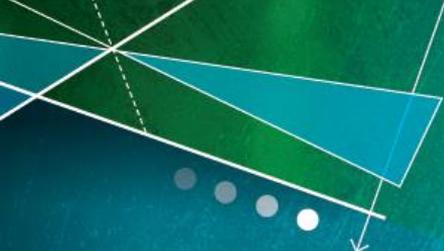
M. Laliberté vient consulter son médecin pour des problèmes de sommeil. Depuis le décès de son ami, il déprime et a des étourdissements. Dr Mémoire lui prescrit une médication et des analyses sanguines. Quelques semaines plus tard, Dr Mémoire analyse les résultats et constate une dénutrition probable.

Dr Mémoire appelle M. Laliberté pour l'aviser des résultats et lui faire part de son inquiétude. Il lui suggère de le référer vers les services psychosociaux pour évaluer ses besoins et lui offrir du soutien dans ses difficultés actuelles.

Monsieur accepte malgré son timbre de voix méfiant.

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

**Québec** 



# QUELLES SONT VOS PREMIÈRES INTERVENTIONS?

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

**Québec** 

# Vignette 3

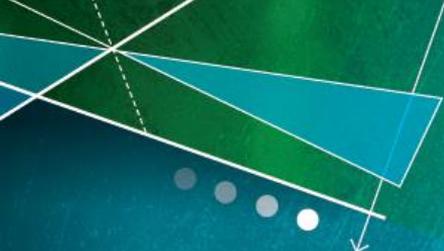
M. Tanguay, 83 ans vit seul dans sa vieille maison du rang des Boulots à Saint-Prospère. M. est connu pour troubles cognitifs légers associés à une intelligence limite possible, HTA et diabète non contrôlé. Il y a 2 ans sa femme est décédée d'un cancer et un conflit familial est survenu en lien avec l'héritage et la séparation de la terre. Depuis, M. est déprimé parce que le lien avec ses enfants est le plus en plus effrité en raison des conflits du passé. À sa rencontre de suivi M. raconte à l'infirmière qu'il s'est fait une nouvelle amie qui s'appelle Nancy et qui a 32 ans. M. dit qu'elle est vraiment fine avec lui, elle vient faire de la popote, du ménage chaque semaine et lui fait des petits extras pour pas cher. M. explique que sa nouvelle amie demeure à Sherbrooke depuis 2 ans mais qu'il la connaît depuis plus de 10 ans car anciennement elle faisait des spectacles de danse érotique au bar du village que M. fréquentait .

M. explique à l'infirmière qu'il aimerait modifier son testament afin que son amie soit l'héritière de sa fortune à son décès. M. demande à l'infirmière qu'elle avise son médecin pour qu'il lui signe un papier attestant qu'il est apte à faire ce genre de démarche. L'infirmière est perplexe et se questionne si elle doit effectuer une référence à la TS GMF ou CLSC/ SAD.

Deux, jours plus tard la fille de M. contacte la TS GMF pour soulever ses inquiétudes face à la nouvelles conquête de son père et à ses intentions.

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

**Québec** 



# QUELLES SONT VOS RÉFLEXIONS CLINIQUES ?

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

**Québec** 

# Vignette 4

Mme Grenier 85 ans connue du GMF pour HTA, TAG , antécédent de dépression et de psychose vient rencontrer son médecin de famille pour lui dire qu'elle est vraiment triste en lien avec les comportements de son conjoint. Celui-ci aurait reçu le diagnostic de la démence fronto-temporal en 2016 et depuis 1 mois, il se masturberait 5 à 10 fois par jour dans la salle de bain de leur appartement.

Mme dit qu'elle est ambivalente entre le placement et le maintien à domicile . De plus, elle affirme que malgré tous ses comportements qui selon elle sont inacceptables, elle l'aime beaucoup.

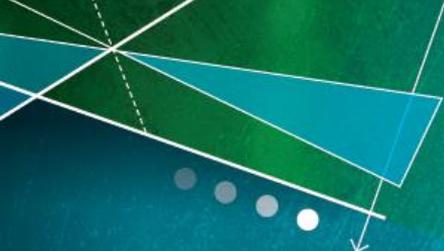
Le fils du couple est démuni face à la situation de ses parents.

D'ailleurs, il a communiqué avec l'infirmière à 3 reprises au cours du dernier mois pour lui partager ses préoccupations.

L'infirmière nous demande de l'aide.

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

**Québec** 



# QUELLES SONT VOS PREMIÈRES INTERVENTIONS?

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

**Québec** 

# Continuum des soins de santé et des services sociaux pour aînés Schéma Hollander (2008)



**TS GMF:**  
suivi de type préventif ayant  
l'arrivée de l'équipe de  
1<sup>re</sup> ligne CLSC



Echelle globale de détérioration (Global Deterioration Scale-GDS)  
pour la maladie d'Alzheimer et les désordres cognitifs liés à l'âge

Degré de détérioration	Stade clinique	Caractéristiques cliniques
1. Pas de déficit cognitif	Normal	Pas de plaintes subjectives Pas de déficit évident lors de l'interrogatoire
2. Déficit cognitif très léger	Léger déficit mnésique	Plaintes subjectives de troubles de la mémoire particulièrement fréquentes dans les domaines suivants : a) oubli de la place des objets familiers b) oubli de noms propres auparavant bien connus Pas de troubles objectifs lors de l'interrogatoire Pas de modifications de la vie sociale et professionnelle
3. Déclin cognitif léger	Troubles de la mémoire évidents, baisse de l'attention et de la concentration	Premiers signes déficitaires apparents. Manifestations dans au moins 2 des domaines suivants : a) le patient peut s'être perdu quand il se déplace dans un endroit inconnu b) les collègues de travail suppriment d'une baisse de l'efficacité professionnelle c) la difficulté à trouver des mots et des noms devient évidente pour l'entourage d) le patient peut lire un chapitre sur un livre mais non retenir que peu de choses e) le patient a moins de facilité à retenir les noms des personnes qui lui sont présentes pour la première fois f) le patient peut perdre ou mal ranger un objet de valeur g) Les difficultés de concentration sont évidentes à l'examen clinique La mise en évidence d'un déficit mnésique "objectif" ne peut s'obtenir que par un entretien poussé réalisé avec des épreuves psychométriques. Diminution des performances dans les situations professionnelles ou sociales difficiles. La négation du trouble par le patient devient manifeste. Une anxiété légère ou modérée accompagne les symptômes.
4. Déficit cognitif modéré	Déficit prononcé des trois items ci-dessus	Déficit net lors d'un interrogatoire soigné qui se manifeste dans les domaines suivants : a) le malade est moins au courant de l'actualité b) peut manifester des lacunes dans le souvenir de son propre passé c) trouble de la concentration évident sur le test des soustractions en série d) diminution de la capacité de voyager, gérer son budget  Habituellement pas de déficit dans les domaines suivants : a) orientation dans le temps et vis-à-vis des personnes b) reconnaissance des visages et des personnes familières c) capacité de se déplacer dans des endroits connus  Incapacité à réaliser des tâches complexes. La négation des troubles ou leur non-conscience est fréquemment rencontrée. Emoussement de l'activité et évitement des situations de concurrence

5. Déficit cognitif modérément sévère	Démence débutante	Le patient ne peut pas survivre sans aide. Il est incapable lors de l'entretien de rappeler une caractéristique importante de sa vie courante (par ex. : adresse, numéro de téléphone datant de plusieurs années, nom des membres proches de sa famille comme les petits-enfants, nom du lycée ou de l'université où il a suivi ses études)  Fréquemment il existe une désorientation temporo-spatiale. Une personne cultivée pourra avoir des difficultés à compter de 4 en 4 à l'envers à partir de 40 ou de 2 en 2 à partir de 20  Les personnes à ce stade gardent la notion des faits majeurs qui les intéressent ou intéressent les autres. Elles connaissent toujours bien leur propre nom et généralement le nom de leurs enfants. Elles n'ont pas besoin d'aide pour se laver ou manger mais elles peuvent avoir quelques difficultés à choisir leurs vêtements et occasionnellement s'habiller de manières inadéquates (par ex. : mettre la chaussure droite au pied gauche...)
6. Déficit cognitif sévère	Démence avancée	Le patient peut occasionnellement oublier le nom de son conjoint (dont il dépend entièrement pour sa survie). Il est totalement inconscient de tous les événements et expériences récents de sa vie. Il retient quelques éléments de son passé mais de façon très imprécise  En général, il ignore son environnement (année, saison). Il peut avoir des difficultés compter de 10 à 1 et parfois même de 1 à 10. Il a besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (par ex. : il peut devenir incontinent). Il a besoin d'aide pour se déplacer mais quelquefois il se montre capable d'aller dans des lieux familiers. Le rythme nyctéméral est fréquemment perturbé. Il se souvient presque toujours de son propre nom. Habituellement, il reste capable de distinguer les familiers des étrangers dans son entourage. A ce stade, survenant des modifications de la personnalité et de l'humeur. Elles sont très variables et associées : a) des hallucinations (par ex. : le patient peut accuser son conjoint d'être un imposteur il peut parler à des personnages imaginaires ou à sa propre image dans un miroir) b) des manifestations obsessionnelles (par ex. le malade peut répéter continuellement des gestes de nettoyage) c) des signes d'anxiété, une agitation et même un comportement violent, jusqu'à l'inconscience, peuvent survenir d) une aboulie cognitive c'est-à-dire une perte de la volonté car l'individu ne peut pas poursuivre une pensée suffisamment longtemps pour dégager une ligne de conduite déterminée
7. Déficit cognitif très sévère	Démence avancée	Toutes les capacités verbales sont perdues et fréquemment il n'y a pas de langage du tout, seulement des grognements. Incontinence urinaire. Le patient a besoin d'aide pour la toilette et le repas. Apparaissent des déficits psychomoteurs fondamentaux touchant par ex. : la marche. Le cerveau paraît ne plus être capable de signifier au corps que faire. Toutes les fonctions corticales sont touchées

# Échelle de Riesberg

## Les 7 stades de la maladie d'Alzheimer

# Problématiques sociales rencontrées auprès des aînés

- Deuils (maladie, décès, perte d'autonomie)
- Isolement social
- Dynamique de violence conjugale et familiale
- Problèmes de santé mentale : anxiété, stress et éléments dépressifs
- Négligence, maltraitance et abus
- Surconsommation de substances
- Idées suicidaires et homicidaires

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

Québec 



# Le mandat des TS en GMF

avec la clientèle ayant des troubles neurocognitifs et avec  
les proches aidants

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

Québec 

# Rôle

- **Accueil** à la suite d'une référence d'un médecin, d'une infirmière du GMF ou d'un autre professionnel en GMF ou en CLSC
- **Analyse** et clarification de la demande du référant et questionnement de ses attentes.
- **Évaluation** du fonctionnement social et documenter les besoins de l'aidant
- **Liaison** avec les partenaires selon la situation rencontrée
- **Suivi à court terme** avec la personne atteinte ou l'aidant
- **Types de rencontre** : individuelle, de couple, de famille, médicale et avec les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau communautaire.

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

Québec 

# Rôle

- **Durée des rencontres et du suivi** : cas par cas selon le jugement professionnel
- **Lieux des rencontres** : au GMF, à domicile ou ailleurs au besoin, ex. : centre de jour, résidence privée, etc.
- **Orientation** : équipe CLSC - SAD, équipe de mentorat du Centre d'excellence de vieillissement de Québec (CEVQ) et organismes communautaires

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

Québec 

# Accueil : pistes d'action possibles à la première rencontre

- Explication du mandat
- Faire signer l'entente de suivi conjoint avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale
- Réalisation du génogramme et de l'histoire biographique
- Cueillette de données dans le but de procéder à l'évaluation du fonctionnement social et rédaction de celle-ci
- Offrir la possibilité d'évaluer les besoins de l'aidant
- Vérification de la sécurité à domicile et observation de l'aîné dans son environnement (cas par cas)

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

Québec 

# Suivi en consultation sociale

- Aider dans le maintien de l'autonomie, la préservation des capacités résiduelles et la lutte contre l'isolement social
- Accompagner dans la mise en place de services à domicile
- Travailler la disposition au changement face à leur réflexion à demeurer à domicile ou à changer de milieu de vie
- Soutenir les aînés dans les étapes du deuil
- Évaluer la vulnérabilité de l'aidé ou l'aidant
- Évaluer et prévenir l'épuisement de l'aidant principal et du réseau
- Enseigner les mesures légales (testament, mandat, régime de protection, procuration).

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

Québec



- 
- Présenter les ressources du secteur qui pourraient répondre à leurs besoins à court, moyen et long terme
  - Enseigner les approches de bases, les techniques de communication et les symptômes possibles de la maladie
  - Actualiser le plan d'intervention effectué à partir de la troisième rencontre
  - Coordonner un plan de soutien avec le proche aidant, si nécessaire
  - Organiser un plan d'urgence si nécessaire
  - Assurer les transferts de suivi interétablissement

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

**Québec** 



# Modalités de transfert et référence du GMF au SAD

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

Québec 

# Facteurs de risque à considérer

## Le risque pour la sécurité et l'intégrité de la personne

- Milieu de vie non adapté et sécurité compromise à court et moyen terme
- Relocation à venir en hébergement
- Mesure de protection à venir (homologation de mandat ou évaluation dans le cadre de l'ouverture d'un régime de protection chez le majeur inapte)

## La détresse et l'intensité de la souffrance psychologique

- Faits documentés associés à de la maltraitance, de l'abus, de la négligence, de l'isolement et de la marginalité

## La complexité de la problématique

- Maladies physiques, mentales et neurocognitives modérées à avancées et comorbidité .

**Marqueurs Fried: perte de poids non intentionnelle, faible niveau d'endurance, diminution de la force, faible taux d'activités, mobilité: vitesse de marche, cognition et humeur dépressive.**

## La vulnérabilité (ressources internes)

- Détresse psychologique ou incapacité de l'aidant et du réseau.
- Problèmes concernant les ressources financières

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

**Québec** 

# Transfert du GMF vers le CIUSSS

## Si connu du SAD

- Le transfert personnalisé se fait par l'intermédiaire du professionnel au dossier ou leader de cellule
- Exposition des faits et des facteurs de risque entourant la situation
- La demande sera alors orientée au bon professionnel selon la priorité accordée
- Poursuite des interventions psychosociales GMF en attendant la mise en place des services du CLSC.
- **Particularité: épisode de services au-delà de 3 ou 6 mois selon secteur.**

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

Québec 

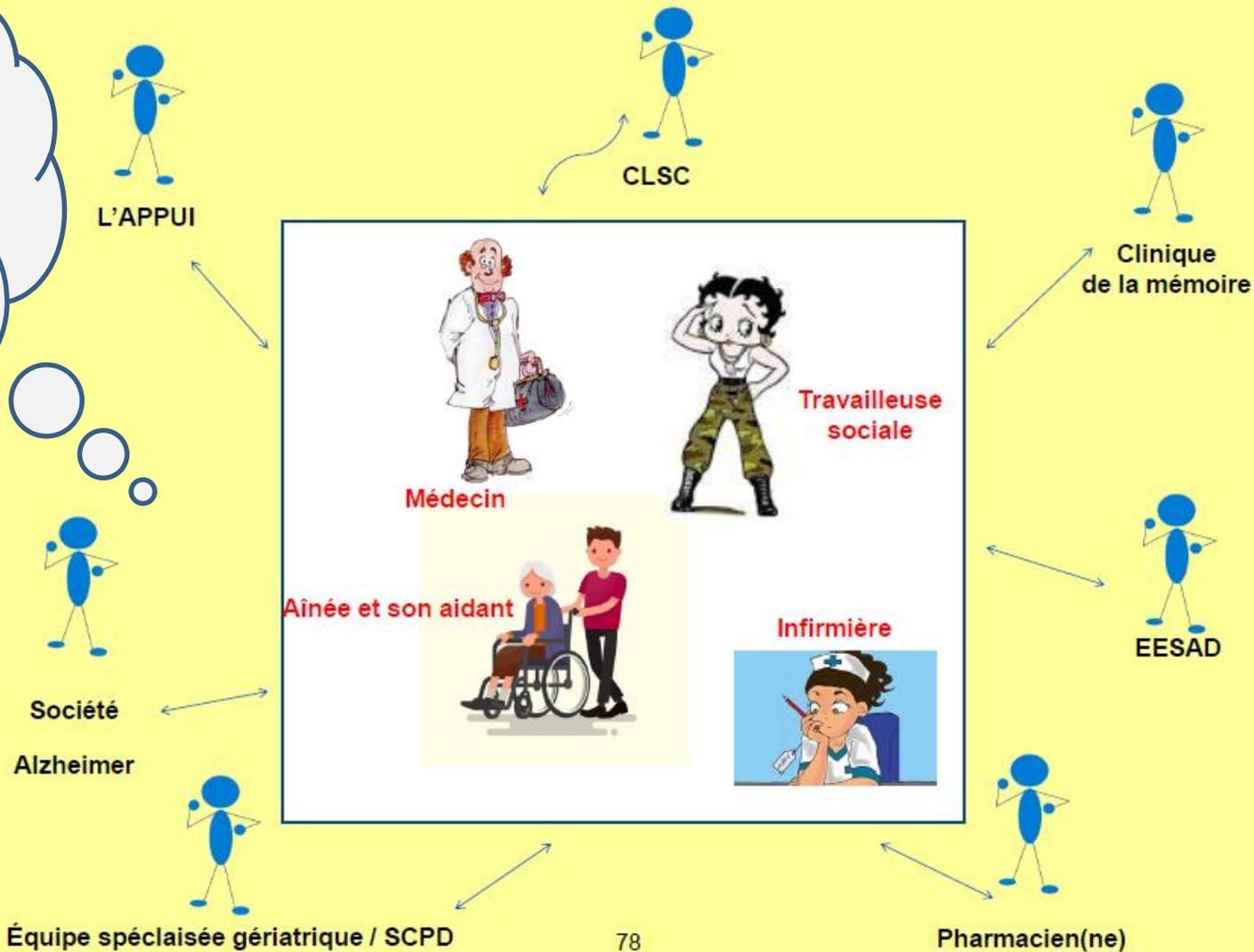
# Si non connu du SAD

- Appréciation des faits et des facteurs de risque; entourant la situation sur le formulaire de référence du guichet d'accès des soins à domicile PALV
- Joindre l'évaluation du fonctionnement social (si disponible) et les documents pertinents contenus au dossier dans le but de bien cibler les besoins et orientation du dossier. (Exemples: tests cognitifs, histoire biographique, grille du fardeau de l'aidant, résumé de dossier, etc.)

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

Québec 

Mobilisation du réseau de la personne et des joueurs clés de son environnement





# Quels seront vos défis ?

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

Québec 