

Cycle de formation  
La Réhabilitation Psychiatrique en 9 leçons  
Année académique 2016-2017

---



## 8<sup>ème</sup> leçon

# Le case-management et les équipes mobiles de psychiatrie

---

Guy M. Deleu, Socrate-Réhabilitation  
Charleroi, Mai 2017

# Plan

---

- Les besoins en services
- Le case-management
  - Historique
  - Définition
  - Les modèles
- Les équipes mobiles, les modèles
  - Assertive Community Treatment (Suivi Intensif dans le Milieu)
  - FACT, *Flexible Assertive Community Treatment*)
- Le Plan de Service Individualisé

# **IDENTIFIER LES BESOINS EN SERVICES**

# Les personnes avec une maladie mentale sévère

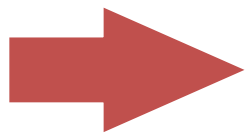
---

- Des besoins complexes et variés
- Une perception différente des besoins (usagers/professionnels)
- La nécessité de services multiples et concomitants dans la communauté
- La difficulté des personnes à demander et à trouver l'aide disponible

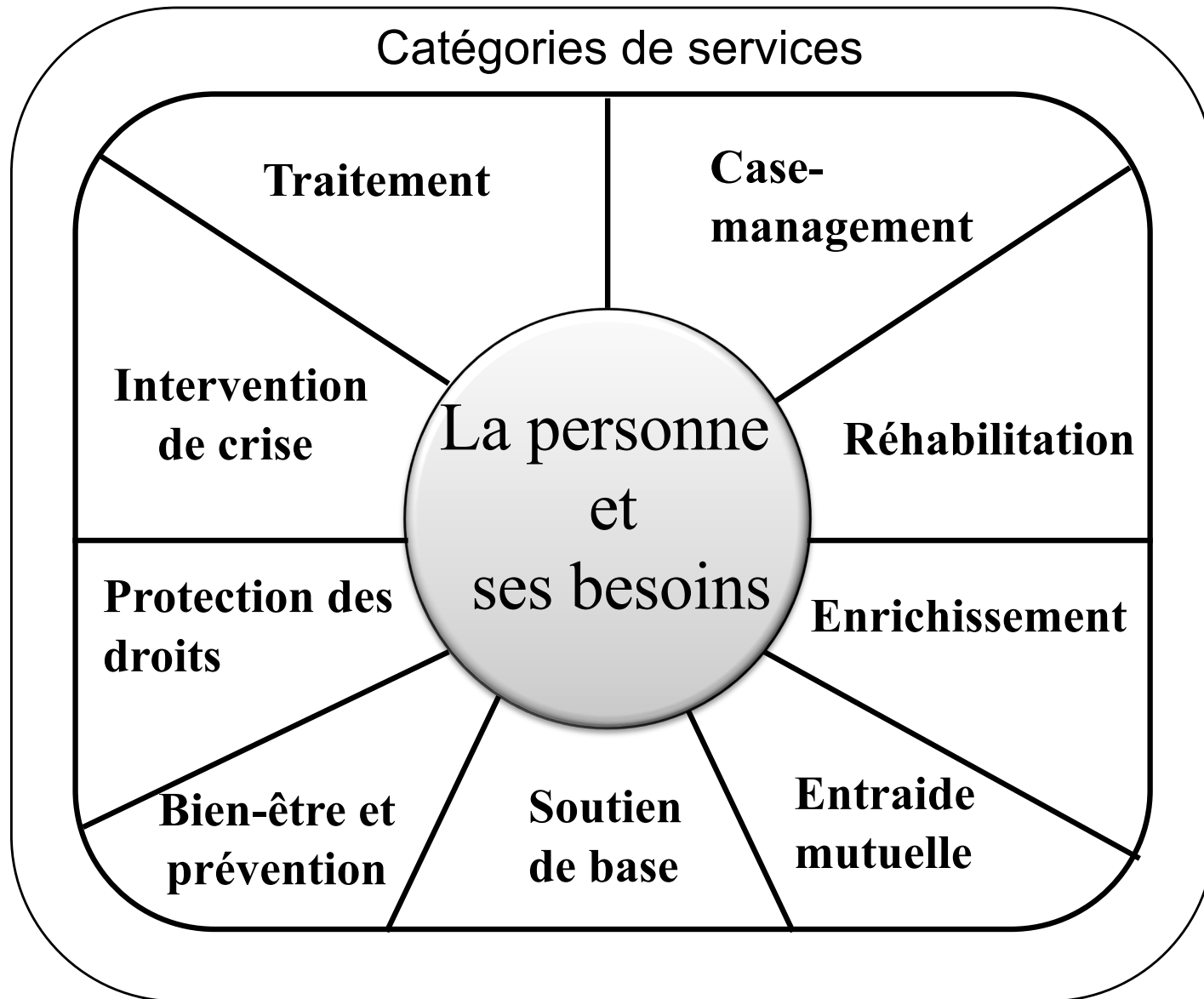
une démarche active vers le patient

une mise en commun des ressources disponibles

une coordination sur le long terme



# Systeme de soutien communautaire



# Les catégories de services

---

## **Traitement**

*Le traitement vise à soulager les symptômes et la détresse émotionnelle liés à la maladie.*

---

## **Case-management**

*Le «case-management» est une stratégie de coordination mise en place dans l'intérêt du bénéficiaire pour qu'il obtienne les services dont il a besoin, quand il en a besoin et pour aussi longtemps qu'il en a besoin.*

---

## **Réhabilitation**

*La réhabilitation vise à aider la personne à améliorer son fonctionnement concret dans les environnements de vie qu'elle préfère et dans des rôles sociaux valorisants.*

---

# Les catégories de services (2)

---

## **Intervention de crise**

*Les interventions de crise permettent la sécurité personnelle en contrôlant et résolvant les problèmes critiques ou dangereux.*

---

## **Soutien de base**

*Il s'agit de fournir au bénéficiaire les personnes, les endroits et les choses dont il a besoin pour sa survie.*

---

## **Enrichissement**

*Il s'agit de permettre l'engagement des bénéficiaires dans des activités constructives, épanouissantes et/ou de développement personnel.*

---

# Les catégories de services (3)

---

## **Protection des droits**

*Il s'agit de défendre l'égalité des chances par un plaidoyer pour le respect des droits de chacun.*

---

## **Entraide mutuelle**

*Il s'agit de permettre aux personnes avec une incapacité psychiatrique sévère et persistante de se soutenir mutuellement, de faire entendre leur voix et de récupérer une emprise sur leur propre vie.*

---

## **Bien-être et prévention**

*Il s'agit de promouvoir auprès de la personne des modes de vie sains afin d'améliorer sa santé et son bien être.*

---

# Les types d'aide

Différents  
types d'aide  
se  
retrouvent  
dans chaque  
catégorie de  
service :

Evaluation

Information

Intervention

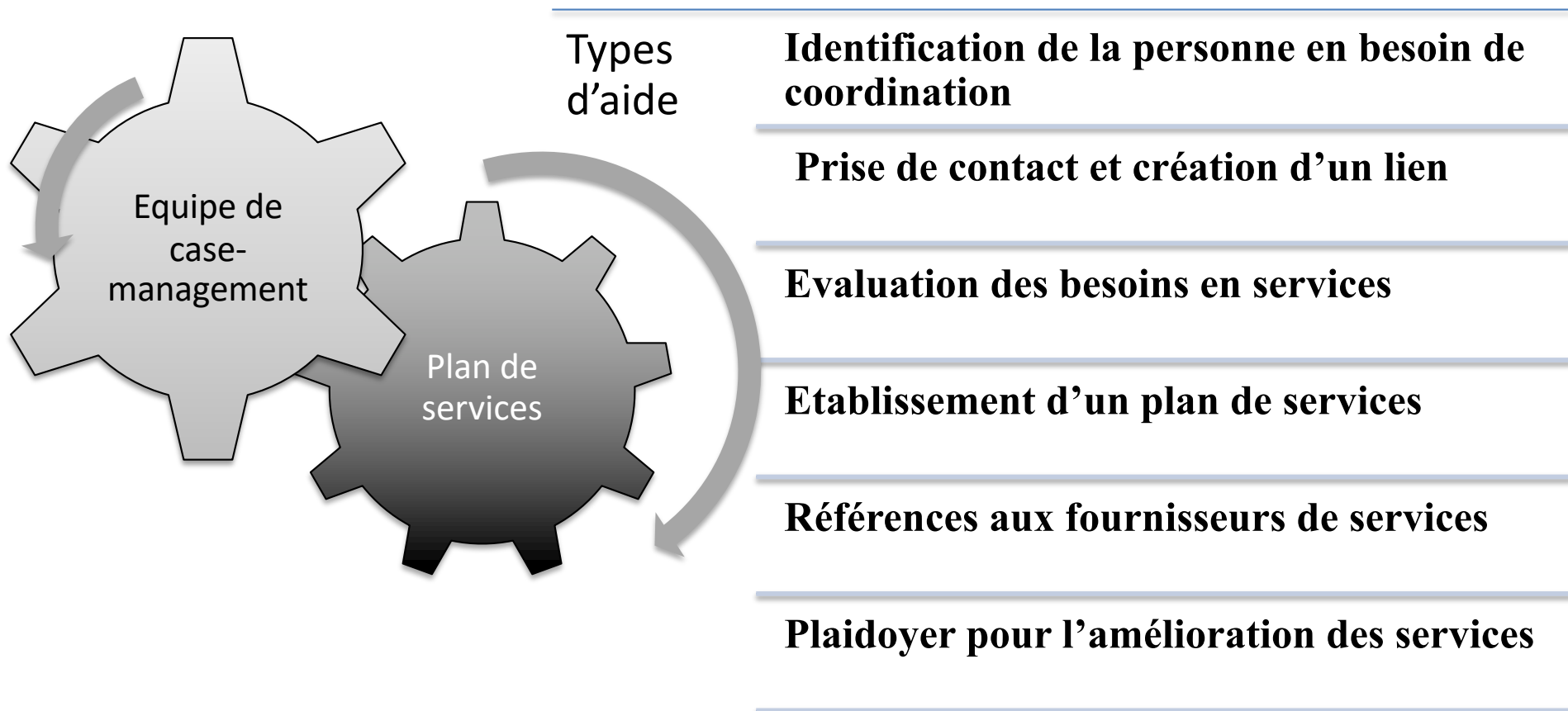
Matériel

Placement

Planification

# Un service de case-management

- *Le case-management vise à aider la personne à obtenir les services dont elle a besoin, quand elle en a besoin et pour aussi longtemps qu'elle en a besoin*



# Les services

---

- Les catégories de services
- Les types d'aide
- Fournisseurs de services

# Les ressources de la communauté

---

Les différents services décrits plus hauts peuvent se retrouver dans ce qui est proposé par le système de santé mentale.

Cependant, des services similaires ou des composants de ces services peuvent être fournis par des personnes ou des organismes en dehors du système de santé mentale :

---

La famille et les amis

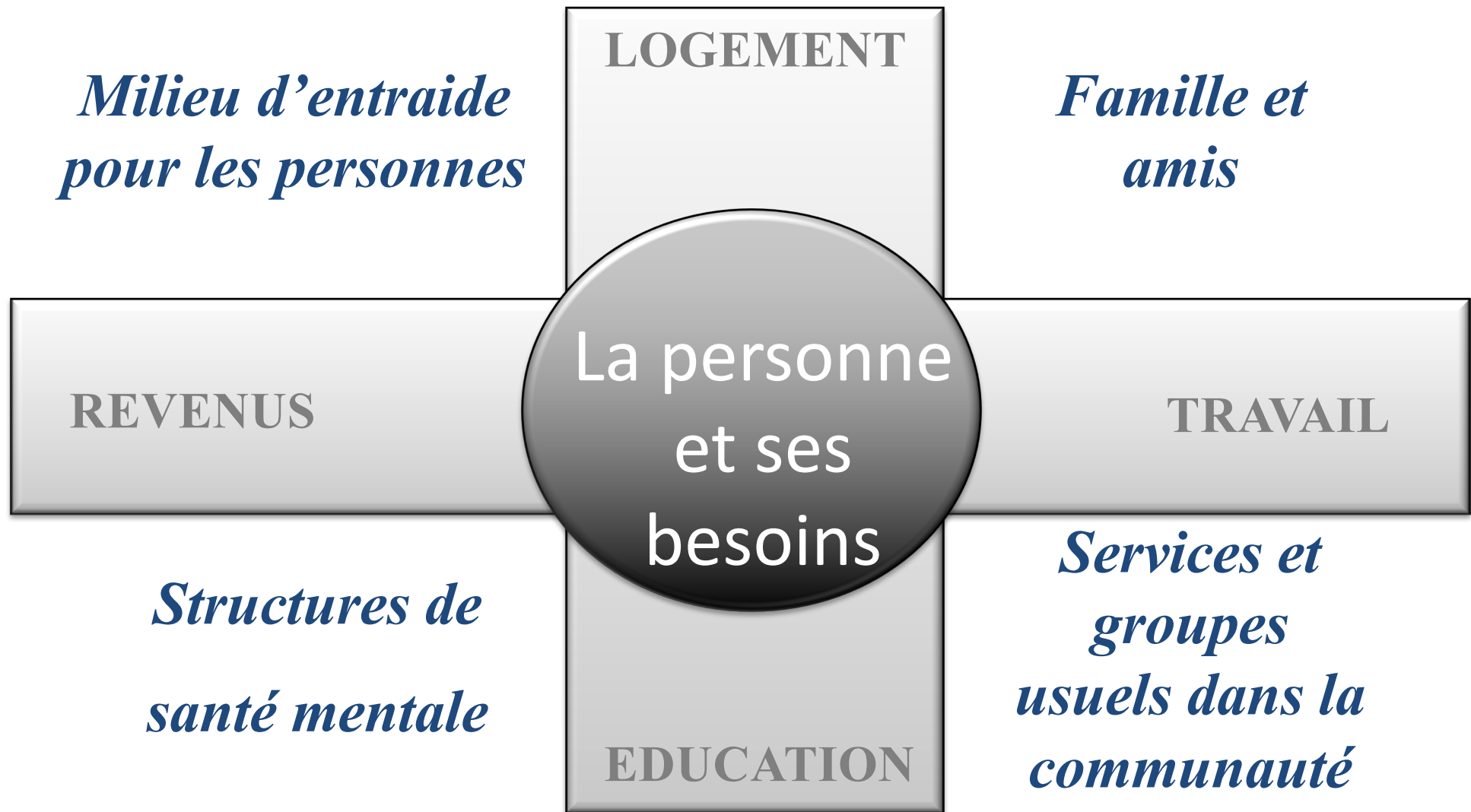
---

Les services et groupes usuels dans la communauté

---

Le milieu d'entraide pour les personnes

---



---

Les champs d'intervention de base et de ressources dans la communauté: le logement, le travail, l'éducation, le revenu et les autres composantes de base de la citoyenneté (*adapté de Rosanne EMARD*)

# **LE CASE-MANAGEMENT**

# Questions

---

- Qu'est-ce qu'un case-manager?
- Existe-t-il d'autres termes pour désigner la fonction de case-manager?
- Vous considérez-vous comme un case-manager?
- Quelles sont les compétences d'un bon case-manager?

# Le case-management



- Le «case-management» est une stratégie de coordination mise en place dans l'intérêt des patients pour qu'ils obtiennent les services dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin et pour aussi longtemps qu'ils en ont besoin.

( Solomon, 1992 )

Le Case-Management

# **HISTORIQUE**

# Évolution de la prise en charge: USA (1)

---

## Les années 60

- mouvement de désinstitutionalisation
  - avènement des neuroleptiques
  - critiques des grands asiles
- développement des "Community Mental Health Centers » (1963):
  - région géographique (75.000 à 200.000 hab.)
  - services de soins, de prévention, de soutien et de réadaptation
  - maintien dans la collectivité et réinsertion sociale

# Évolution de la prise en charge: USA (2)

---

20 ans après: constat (BELLACK, 1989)

– hospitalisations:

- durée moyenne des hospitalisations a diminué
- nombre d'admissions a augmenté: "Revolving Door Syndrome"
- 50% des lits psychiatriques sont occupés par des patients schizophrènes

– les "Community Mental Health Centers":

- moins de 1/4 des schizophrènes bénéficient de leurs services ( peu adaptés et peu accessibles)
- intérêts pour d'autres pathologies
- mauvaises coordinations avec les autres structures

# Évolution de la prise en charge: USA (3)

---

## 20 ans après: suite

### – conséquences pour les patients:

- rechutes et ré-hospitalisations répétées pour de courts séjours
- retour dans la collectivité
  - lourde charge pour leur famille, réclusion à domicile
  - seul, isolé, sans soins, en mauvais état de santé physique, extrêmement dépendant, dans des logements de bas niveau, dans des quartiers pauvres
  - 2/3 des sans-abri et des vagabonds sont des schizophrènes

### – coût pour la société américaine:

- 2% du produit national brut, dont
  - 20% pour les soins et réhabilitation psychiatriques
  - 80% pour allocations diverses et hospitalisations

# Évolution de la prise en charge: USA (4)

---

## Dans les années 80

- Recherche de solution et développement de programmes complets de soins et de soutien dans la communauté
- ces programmes nécessitent
  - collaboration étroite entre différentes structures et les ressources communautaires existantes
  - une démarche active vers le patient dans son lieu de vie
  - la prise en compte de la globalité de ses besoins
  - la continuité des soins et du soutien

# Évolution de la prise en charge: USA (80-90)

---

## Les systèmes de soutien communautaire

- ✓ Case management
  - Dans le champs de la psychiatrie, les premières législations exigeant d'inclure le «case-management» dans la planification en santé mentale datent de novembre 86 et les premières applications de 1989. En 1992, des subsides supplémentaires ont été octroyés par le gouvernement fédéral et celui des Etats.
- ✓ *Assertive Community Treatment Model* de Leonard I. Stein, Wisconsin
- ✓ *The Strengths Model* de Charles A. Rapp, Université du Kansas
- ✓ *The Choose-Get-Keep Model* de William Anthony de l'Université de Boston

# Aujourd'hui

---

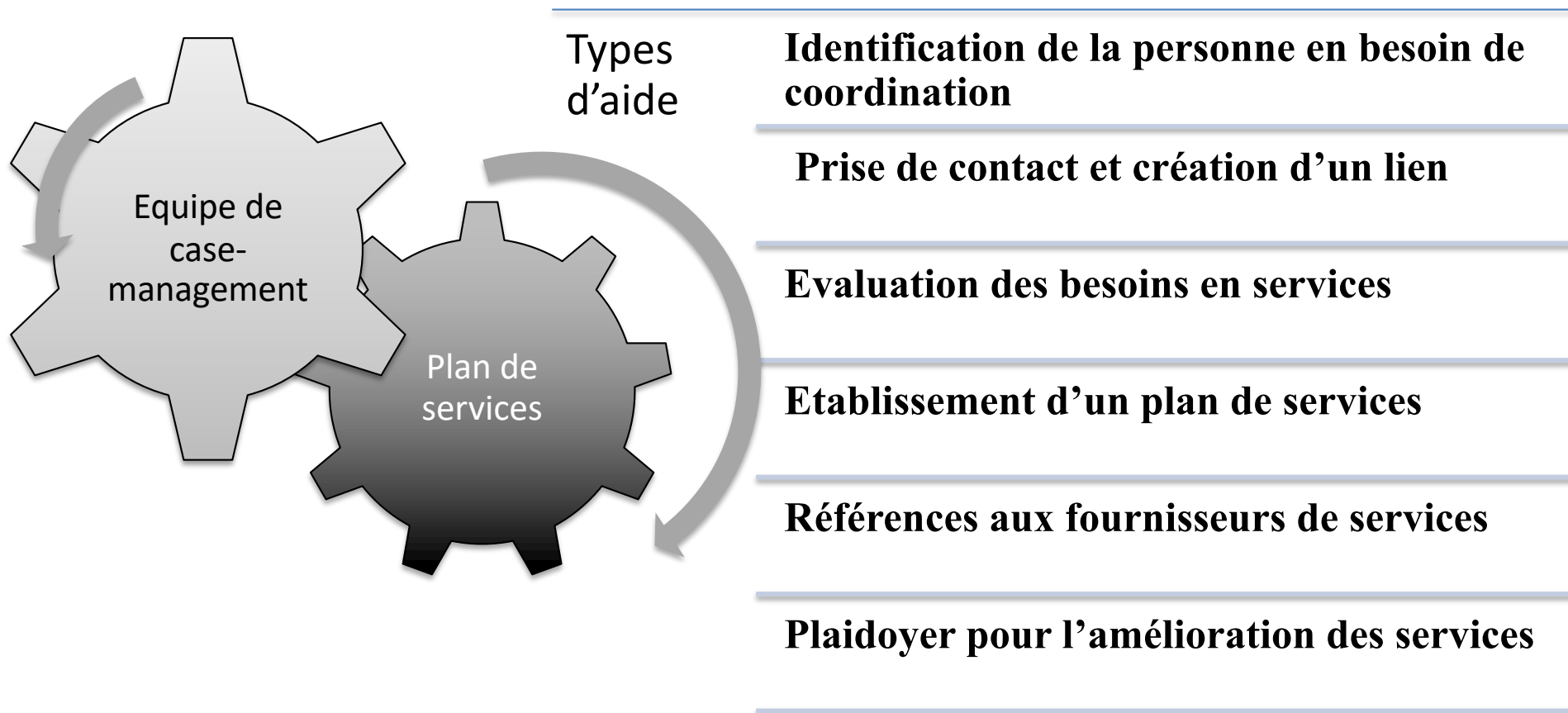
- Le case management n'est pas seulement une réponse aux dysfonctionnement du système.
- Il est un service nécessaire peu importe comment le système est coordonné et intégré.
- Le case management permet d'offrir une réponse personnalisée unique aux besoins spécifiques de services d'une personne.

Le Case-Management

# **DESCRIPTION**

# Un service de case-management

- *Le case-management vise à aider la personne à obtenir les services dont elle a besoin, quand elle en a besoin et pour aussi longtemps qu'elle en a besoin*



# Case-Management, les types d'aide minimales

---

- L'identification de la personne et la prise de contact
- L'évaluation de la personne
- La planification des services
- La référence aux fournisseurs de services
- Le plaidoyer pour l'amélioration des services

# CM, les types d'aide élargies

---

- L'identification du patient et la prise de contact
- L'évaluation de la personne
- La planification de services
- La référence aux fournisseurs de services
- La plaidoyer pour l'amélioration des services
  
- Le contrôle des prestations de services
- Le soutien de la famille et des personnes significatives de l'environnement immédiat
- Le développement d'un réseau de soutien social
- Le développement des compétences sociales
- Le soutien aux études et à l'emploi
- La gestion de la médication et des symptômes
- Le traitement des abus de substances et toxicomanies
- L'intervention de crises

# Case-Management, la coordination

---

- un coordinateur
- une équipe de coordinateur
- une équipe pluridisciplinaire



# Case-Management, des modèles

---

- Expanded Broker Model: modèle de courtier de services appelé aussi « generalist model ».
- PACT Model: (*Assertive Community Treatment, Stein*) Encore appelé *Full Support Model*, ou en français *Suivi Intensif dans le Milieu*
- FACT Model (*Flexible Assertive Community Treatment*)

# *Expanded Broker Model, courtier de services*

---

- l'objectif principal est de mettre la personne en rapport avec les ressources communautaires
- les fonctions minimales de coordination:
  - l'identification du patient et la prise de contact
  - l'évaluation de la personne
  - la planification de services
  - la référence aux fournisseurs de services
  - la plaidoyer pour l'amélioration des services
- un coordinateur
- ratio personnel/personne: 1/30 à 1/50

# *Expanded Broker Model, courtier de services*

---

- ne se concentre pas sur la relation
- réfère le sujet à d'autres lieux de soins ou de suivi
- il n'y a en général peu (ou pas) de surveillance des symptômes et du traitement
- effectué par des professionnels peu formés

# Agent ou compagnon de voyage

---

- **Case management de courtage**

- ne se concentre pas sur la relation
- réfère le sujet à d' autres lieux de soins ou de suivi
- il n' y a en général peu (ou pas) de surveillance des symptômes et du traitement
- effectué par des professionnels peu formés

- **Case management clinique**

- intègre le traitement psychiatrique et le coordonne avec les autres services
- constitue un lien humain entre un patient et un système
- délivre un traitement individualisé et des soins basés sur une relation thérapeutique
- repose sur une équipe pluridisciplinaire

# Suivi communautaire au Québec

---

- « Le suivi communautaire a fait ses preuves comme intervention par excellence. Cet accompagnement individualisé dans la vie quotidienne et communautaire offre à la personne de développer des rôles valorisants, une vie active et satisfaisante, à gérer les crises et même à éviter les hospitalisations. »
- Le modèle québécois se base sur des années d'expérience et intègre des éléments de différentes approches (PSI, approche de Boston, ACT, approche centrée sur les forces,...)
- La notion d'intervenant en suivi communautaire avec une formation spécifique adaptée à ce nouveau type de travail en santé mentale (les 12 compétences). L'intervenant est intégré dans une équipe pluridisciplinaire.

# Le suivi communautaire en santé mentale

Une invitation à bâtir sa vie

Sous la direction de

Rosanne Emard  
et Tim Aubry



Ψ PSYCHOLOGIE

Les Presses de  
l'Université d'Ottawa

- **Rosanne EMARD**, M. Ed., poursuit sa carrière comme consultante-formatrice dans le domaine de la santé mentale auprès d'organismes communautaires, publics et gouvernementaux. Elle détient une maîtrise en counselling de l'Université d'Ottawa. En plus d'un certificat comme formatrice-praticienne en réadaptation psychosociale de l'Université de Boston, elle a également un certificat en gestion de changement organisationnel de l'Université du Québec en Outaouais.

# LES ÉQUIPES MOBILES DE PSYCHIATRIE

# Plan

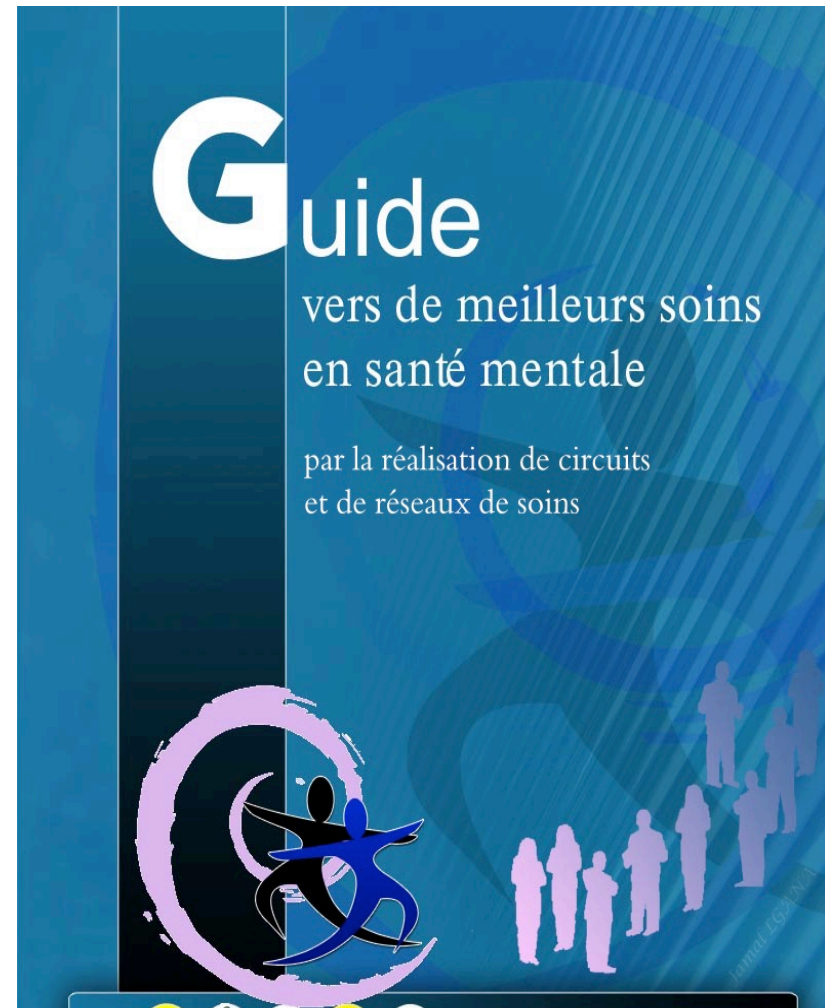
---

- Le contexte de la Réforme belge des soins de santé mentale
- Les équipes mobiles en Belgique
- La littérature scientifique et les modèles de bonnes pratiques
- Les équipes mobiles pour les personnes avec difficultés psychiatriques chroniques
  - Le modèle *ACT*
  - Le modèle *FACT*
- Réflexions (Paul De Bock)
- Conclusion

# LES ÉQUIPES MOBILES EN BELGIQUE

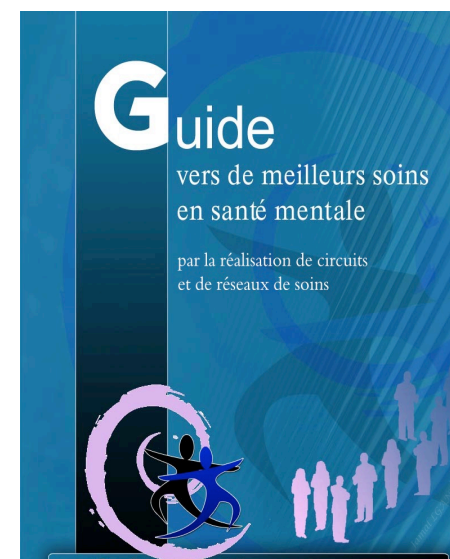
# Contexte

- Depuis 2010, le système belge de soins en santé mentale s'est doté d'un nouveau type de service: *les équipes mobiles de traitement intensif*



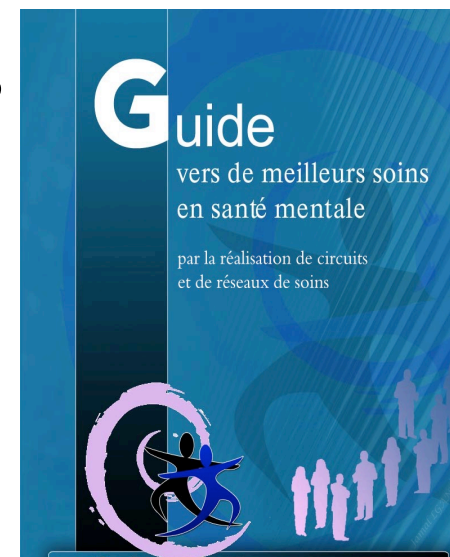
# Contexte

- Equipes mobiles de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques
  - EM2A: personnes en situation de crise
  - EM2B: personnes avec des difficultés psychiatriques chroniques



# Contexte

- Autres équipes mobiles non-intensifs
  - EM-TSI, équipe mobile trajet de soins internés
  - EM-Double Diagnostic (maladie mentale/handicap mental), Cellule Mobile d'Intervention (CMI)
  - *SPAD, Soins Psychiatriques à Domicile*
  - *Équipes d'accompagnement des Habitations Protégées*



# Des équipes mobiles 2A et 2B

---

- Cahier des charges ?
- La mise en place des équipes mobiles s'est faite sans un parti pris des pouvoirs publiques pour l'un ou l'autre modèle de service décrit dans la littérature scientifique, mais plutôt à partir d'un ensemble de caractéristiques définissant et indiquant un ensemble de bonnes pratiques (Nicaise, 2014)

# Des équipes mobiles EM2A et EM2B

---

- La réforme se veut « bottom-up » et non « top-down », à savoir qu'elle entend modéliser des processus à partir des projets pilotes expérimentés sur le terrain.
- La réforme a des « contours indéterminés » et s'inscrit dans un principe de co-construction.
- Le guide décrit un ensemble de pensées plutôt qu'un ensemble d'actions.

(Thunus S., 2012), De Riemaecker, 2012,  
L'Observation, n° 72

# Des équipes mobiles EM2A et EM2B

---

- La réforme est expérimentée de différentes manières, à différents endroits du pays.
- Des grandes variations dans les équipes mobiles des différents projets pilotes.
- Souplesse voulue pour que ces équipes puissent s'adapter aux différents contextes (rural ou urbain), aux réseaux de services déjà en place, aux moyens disponibles.

Roman Fiona, Hugo Zanelli,

Mémoires Master en sciences de la santé publique

Des équipes mobiles de traitement intensif

# **LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE ET LES MODÈLES DE BONNES PRATIQUES**

# Des équipes mobiles de traitement intensif, indications du Guide



## Situation de crise

- Toute personne expérimentant une situation de crise au sein de la communauté dont l'intensité empêche le recours à l'offre de soins ambulatoires conventionnelle
- Une intervention immédiate et intensive
- Des soins rapidement accessibles et des soins adaptés là où les personnes vivent
- Une alternative à l'hospitalisation

## Pathologie chroniques

- Personnes avec une maladie mentale sévère et chronique
- Le maintien et l'intégration dans la communauté
- Une intervention variable en intensité et en durée
- Des soins rapidement accessibles et des soins adaptés là où les personnes vivent
- Une alternative à l'hospitalisation

# Des équipes mobiles de traitement intensif, les modèles

---

## Situation de crise

- *Crisis Resolution Team* (UK)

## Pathologie chroniques

- *Assertive Community Treatment Team* (USA, UK, Pays Bas)
- *Flexible Assertive Community Treatment Team* (Pays Bas)
- *Ressource-group Assertive Community Treatment* (RACT) (Falloon, Nouvelle Zélande)

# Des équipes mobiles, des modèles de bonnes pratiques

---

- Pourquoi s'intéresser aux modèles de bonnes pratiques
  - Ces modèles se sont confrontés aux études cliniques systématiques et ont démontré des résultats probants.
  - Ces modèles ont développé des échelles de fidélité qui permettent d'évaluer à quel point la pratique d'une équipe mobile est proche du modèle.
    - Cela donne une base pour l'amélioration des pratiques.
    - Cela donne des garanties quant aux résultats attendus.
    - Cela permet de faire des études comparatives.
  - Même l'OMS et le Guide belge font référence aux succès de ces modèles pour démontrer le bien fondé du développement d'équipes mobiles de traitement intensif.

Des équipes mobiles de traitement intensif

# **ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT**

# Équipe mobile type ACT

---

- Le modèle ACT d'équipe mobile est celui qui s'est imposé comme le modèle optimal de suivi intensif dans la communauté. C'est celui qui a été le plus évalué et pour lequel les données de preuves sont les plus importantes.
- <https://youtu.be/NfC6QKm4iTc>
- <http://www.douglas.qc.ca/page/suivi-intensif-en-equipe>

# Une équipe mobile type ACT

---

Une équipe mobile ACT est un « véhicule » pour dispenser les services à une population bien définie. Plutôt que de tenter de mettre en lien les personnes avec une variété disparate de pourvoyeurs de services, l'équipe est le coordinateur et le principal pourvoyeur des services dont a besoin chaque bénéficiaire (Lieberman, 2008).

## Les services:

Services de traitement

Services de réhabilitation, y compris insertion professionnelle

Services sociaux

Services pour de bonnes conditions de vie et de logement

Services d'urgence 24h/24

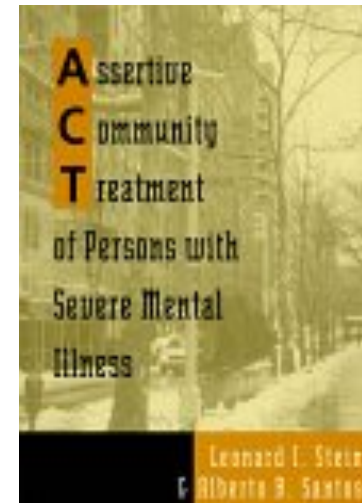
# Équipe mobile type ACT

## Origine

Equipe  
multidisciplinaire  
de l'Hôpital de  
Madison au  
Wisconsin

Training in Community  
Living (TCL), Stein et al.,  
1975

Assertive Community  
Treatment (ACT), Test et  
al, 1985



Le livre de référence, 1998

Dissémination au travers des  
USA, années '80 et 90'

# Une équipe mobile type ACT

Pour  
quel  
type de  
patients

Maladie mentale sévère et persistante

Co-morbidité, assuétudes

Multiples besoins

Multiples hospitalisations, hospitalisations de longues durées

Inefficacité des prises en charge ambulatoires traditionnelles

Désinsertion sociale, itinérance

# Équipe mobile type ACT

Pour  
quel  
type de  
patients

Sélection des patients selon des critères rigoureux

Un même groupe de patients suivi sur le long terme

Un turn-over bas

Contrer le manque de continuité des soins

D'instable à stable

Le processus de rétablissement

# Équipe mobile type ACT

Résultats  
(Phillips,  
2001)

Réduction du nombre des hospitalisations et de leur durée

Amélioration de leur qualité de vie et de leur autonomie

Diminution des symptômes

Réduction de l'évolution vers l'itinérance, de l'usage de drogues et d'alcool et des problèmes judiciaires

Augmentation du taux de retour à l'emploi dans le milieu ordinaire du travail

# Équipe mobile type ACT

---

Une  
pratique  
basée  
sur les  
preuves

Reconnue officiellement, par la communauté scientifique, comme une pratique basée sur les preuves en 2001

---

En 2001, une échelle de fidélité au modèle ACT (*Dartmouth ACT Fidelity Scale*)

---

En 2003, mise à disposition par les services fédéraux américains, d'un kit complet de manuels, de vidéos et d'outils divers pour encourager les services traditionnels à se réformer et à adopter le modèle ACT

---

# Équipe mobile type ACT

---

Échelle de  
fidélité au  
modèle  
ACT

Ressources humaines, structure  
et composition

---

Critères d'organisation

---

Nature des services

---

# ACT, Ressources humaines, structure et composition (1)

---

- **Un ratio bénéficiaire/staff bas**  
*10 ou moins de bénéficiaires par membre de l'équipe*
- **Une approche d'équipe**  
*90% ou plus des bénéficiaires ont un contact avec plus d'un membre de l'équipe par semaine*
- **Le responsable de l'équipe**  
*Un leader/coordonateur, temps plein, fournit lui aussi des services de première ligne aux bénéficiaires, 50% de son temps.*
- **Une équipe stable**  
*Moins de 20% de turn-over dans l'équipe par an.*
- **Une équipe complète**  
*Le programme a fonctionné avec une équipe complète à 95% dans les douze derniers mois.*
- **Un psychiatre dans l'équipe**  
*Par 100 bénéficiaires, au moins un psychiatre à temps plein est affecté au programme.*

# ACT, Ressources humaines, structure et composition (2)

---

- **Une infirmière dans l'équipe**  
*Au moins deux infirmières à temps plein sont affectées au programme par 100 bénéficiaires.*
- **Un spécialiste en abus de substance dans l'équipe**  
*Au moins deux membres de l'équipe avec au moins un an de formation ou d'expérience clinique dans le traitement des abus de substance, par 100 bénéficiaires.*
- **Un spécialiste en emploi dans l'équipe**  
*Le programme inclut au moins deux membres du personnel avec au moins un an de formation/expérience dans la réadaptation professionnelle et le soutien en emploi.*
- **La taille du programme**  
*Le programme est de la taille suffisante pour pouvoir offrir invariablement la couverture et la diversité en personnel nécessaire (10 ETP pour 100 bénéficiaires).*

# ACT, Critères d'organisation (1)

---

- **Des critères d'admission explicites**

*Le programme recrute activement une population spécifique et tous les bénéficiaires admis répondent aux critères d'admission explicites*

- **Taux d'admission bas**

*Le taux d'admission de maximum six par mois dans les six derniers mois.*

- **Pleine responsabilité pour le traitement**

*Case-management, soins psychiatriques, psychothérapie, soutien au logement, traitement des abus de substances, service de réhabilitation y compris l'emploi.*

# ACT, Critères d'organisation (2)

---

- **Responsabilité pour un service de crises**

*Service de crise 24h/24 couvrant les urgences psychiatriques*

- **Responsabilité pour les admissions à l'hôpital**

*L'équipe du programme reste impliquée dans les admissions à l'hôpital dans 95% des cas.*

- **Responsabilité pour les sorties de l'hôpital**

*Les sorties de l'hôpital sont planifiées en concertation avec l'équipe du programme dans 95% des cas.*

- **Des services non-limités dans le temps**

Tous les bénéficiaires sont desservis sans limite de temps. Moins de 5% des bénéficiaires par année sortent définitivement du programme.

# ACT, Nature des services (1)

---

- **Des services in vivo**

*Au moins 80% du temps consacré aux services a lieu dans la communauté elle-même.*

- **Pas de politique d'exclusion**

*95% des bénéficiaires sont toujours dans le programme au delà de douze mois*

- **Des mécanismes d'un engagement affirmé de l'équipe**

*Des stratégies pro-active, y compris les contacts dans la rue*

- **Intensité du service**

*Une moyenne de deux heures par semaine ou plus par bénéficiaire*

- **Fréquence des contacts**

*Une moyenne de quatre ou plus de contact par semaine et par bénéficiaire*

# ACT, Nature des services (2)

---

- **Travail avec le réseau de soutien du bénéficiaire**  
*Chaque mois, les membres de l'équipe ont au moins quatre contacts avec des personnes significatives du bénéficiaire*
- **Traitement individualisé des abus de substances**  
*Les bénéficiaires avec problème d'abus de substances reçoivent au moins 24' par semaine de traitement spécifique*
- **Modèle du traitement des troubles concomitants**  
*Le programme adopte pleinement les principes de l'approche « traitement intégré des doubles diagnostics » (MMS et toxicomanie)*
- **Usagers au sein de l'équipe**  
*Des usagers sont employés comme membres de l'équipe avec un vrai statut professionnel.*

# ACT, évolution

---

- Le modèle ACT convient bien au milieu urbain, mais ne convient pas à un milieu rural.
- Après un certain temps de suivi ACT (3-4 ans), quand le patient devient stable et suffisamment autonome et intégré, il est référé à une autre équipe pour un accompagnement individuel moins intensif.
- A partir de 2000, implantation du modèle en Europe avec des résultats plus modestes qu'aux USA.
- Ces dernières années, aux USA et en Europe une certaine désaffection par rapport au modèle ACT, en raison notamment de la difficulté de satisfaire aux exigences de l'échelle de fidélité.
- Apparition d'adaptations au modèle ACT.

Des équipes mobiles de traitement intensif

# **FLEXIBLE ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT**

# Évolution récente : du ACT au FACT



- *Flexible Assertive Community Treatment* ou FACT
  - Au Pays-Bas, développement à partir de 2007
  - Il consiste en des soins délivrés au sein d'une équipe unique multidisciplinaire qui propose des soins flexibles en fonction de l'intensité de soins nécessaires, c'est-à-dire un case-management individuel pour les patients actuellement stables et pour les instables un suivi intensif type ACT.

# Équipe ACT et équipe FACT

---

## Équipe ACT

- 10 ETP pour 100 clients
- Public cible: Les instables soit 20 % des personnes avec une MMS
  - Un suivi intensif dans la communauté
  - Un caseload partagé

## Équipe FACT

- 11-12 ETP pour 200 clients
- Public cible : 100 % des personnes avec une MMS
  - Les 20 % dits instables
    - Suivi intensif dans la communauté
    - Un caseload partagé
  - Les 80 % restants, dits stables
    - Un case-management individuel moins intensif



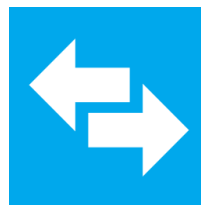
# FACT : Un système de commutation souple

## Clients instables (20 %)

- Suivi intensif dans le milieu type ACT
- Ces cas sont discutés en réunion quotidiennement et pour ce groupe l'équipe adopte une approche de partage du caseload
- Quand un client devient stable...

## Clients stables (80 %)

- Suivi plus léger de type Case-Management individuel
- Pour ce groupe un case-manager individuel est proposé pour un accompagnement une fois par semaine et une collaboration avec d'autres services
- Quand un client connaît un risque de rechute et d'hospitalisation...



Digital FACTbord v2.0 LdeMooij																	
<span>GGZ</span> <span>26:04</span> <span>aantal regels 1 2 alles</span> <span>huidige rij bovenaan</span> <span>huidige client 1 van 15</span> <span>gamen anoniem</span> <span>jaar overzicht aan</span> <span>snel naar:</span> <span>GGZ.nl</span> <span>BackUp Afsluiten</span>																	
cat	personal identification data	start & evaluation date	diagnose & abuse	juridical state	reason for FACT	patient current goals & wishes	FACT team interventions	individual social network	visit planner					(temporary) adres	D K		
									m	t	w	t	f			s	s
1. Crisistvoork. / Toename	Adriaanse, L. Lia 19-04-75 (Mrs.)	fr 19-02-10 evaluation: fr 02-04-10	schizofrenic psychosis and alcohol abuse	none	Patient thinks neighbours are after her. Complains from neighbours about hindrance. Housing company threaten to give notice. Patient deals with her fear by drinking more alcohol, she refuses medication. Husband left with kids.	Wants to move to another home with her husband and kids.	Daily contact. Subject: - the pro's and cons of drinking. - medication. Talk with neighbours. Contact housing company. Inquiry with police about possible other complains. Help with house keeping.	Husband lives with kids at family in Amsterdam. Marianne tries to contact him	Leo	Pauline	Wilma	Pauline	Leo	visitFACT	Call FACT	Heiloo	Wilma & leo
1. Cr	Benthuizen, B. Ben	di 13-10-09 evaluatie:	Schizofrenie		Risico op impulsdoorbraak bij terugval alcoholgebruik	Wil niet "uit zijn dak gaan"	afspraken maken over dagbesteding. Dhr	moeder		Pauli	Lotty				thuis	Paulir	
2. Inl	Blaazer, G. Gerard	vr 28-08-09 evaluatie:	bipolaire stoornis en		Sinds een paar dagen vergeetachtig,	alcoholgebruik stoppen	intensiveren contact motiveren tot	dochters en zoon	noud	Marl	noud	noud			thuis	Marl	
2. Inl	Bosman, M. Michael	do 01-10-09 evaluatie:	schizofrenie Diabetes	geen	Herstel na darm operatie	Wil van het angstige gevoel herstellen	Dagelijks contact Medicatie onder	huisgenoten.	Carrel	noud	Lotty	noud			Thuis	noud	
2. Inl	Brieffies, A. Alida	ma 12-10-09 evaluatie:	schizofrenie	geen	15 okt ontslag MCA. Rookverbod. Huisarts	verbeteren van lichamelijke wil opname	Motiveren en helpen om te stoppen met	Loes (schoonzus)	Wb		Wb				Buitenzorg	rose	
3. Inl	Been, S. Silvia	do 01-10-09 evaluatie:	schizofrenie	geen	toename van rouw klachten. Stop	verbeteren van lichamelijke wil opname	Regelmatig contact om stop droperidol goed	familie	Cees		Marl				BZ	Marl	
3. Inl	Broersen, P. Pieter	vr 24-07-09 evaluatie:	Bipolaire I stoornis	voorwaardel.	dhr heeft woning toegewezen gekregen.	Zelfstandig wonen	opstarten cm contact in ambulante situatie.	ouders		Anja	Lotty	Pauli			thuis	anj	
3. Inl	Prinsen, A. Alex	di 06-10-09 evaluatie:	Persoonlijkheids-	voortgezette	Toename van alcoholgebruik.	Zelfstandige woonvorm	regelmatig contact en goed monitoren op			Peter	Pauli		Marl		Buitenzorg / ouders. Per	Peter	
3. Inl	Stadhouder, E. Els	di 15-09-09 evaluatie:	diagnose bijgesteld nu		Na overlijden moeder, wegvallen van werk en	wil zich gelukkiger	intensieve begeleiding ivm depressiviteit en	geen	lotti	Leo			Bel	Dezo	thuis	Frédés	
5. Op	Wijkoper, T. Thea	di 05-05-09 evaluatie:	Persoonlijkheids-		Toename van impulsdoorbraken, life	grip op zijn leven, meer zelf	medicamenteuze behandeling, 16 okt	Moeder en vriendin		Lotty					proefverlof vanuit	Marl	

# Le modèle Flexible ACT

---

- Le public cible est le large groupe de tous les individus avec une maladie mentale sévère dans une zone géographique.
- Quand un client avec suivi ACT devient stable, il n'a pas besoin d'être référé à une autre équipe, il reste avec la même équipe FACT.
- Cette flexibilité de pouvoir switcher d'un mode de suivi ACT à un mode de suivi case-management individuel, tout en restant avec la même équipe augmente selon les concepteurs, la continuité des soins et diminue les perdus de vue (drop-out).

# Le modèle Flexible ACT

---

- Si un client suivi en mode case-management individuel devient à risque de rechute, la même équipe FACT switches en mode suivi ACT.
- Cette combinaison de flexibilité et de continuité correspond bien à l'évolution naturelle des maladies mentales sévères et leurs épisodes aigus récurrents.

# Le modèle Flexible ACT

---

- Une équipe FACT s'adresse à tout les individus avec une maladie mentale sévère dépendant d'un district (40 à 50.000 habitants).
- L'équipe a un rôle de *gatekeeper* par rapport aux hospitalisations et elle maintient un contact pendant l'hospitalisation.
- L'équipe collabore avec les services de 1ères lignes et les autres services de santé mentale.
- Ce système offrirait davantage d'opportunités de réhabilitation et de soutien au rétablissement.

# Le modèle Flexible ACT

- Les concepteurs:
  - Remmers van Veldhuizen, psychiatre
  - Michiel Bähler, psychologue
- La première équipe, créée en 2003 à Alkmaar dans le Nord des Pays-Bas



# Le modèle Flexible ACT

---

- Manuel d'implantation et échelle de fidélité mis au point en 2007-2008
- The CCAF: Certification Centre for ACT and Flexible ACT, depuis 2009, Utrecht
  - En 2013, 150 équipes FACT certifiés aux Pays-Bas
- Manual Flexible Assertive Community Treatment, 2013



# Le modèle Flexible ACT, résultats

---

- Deux études hollandaises avec des résultats encourageants (diminution des admissions en hôpital, augmentation du fonctionnement social, amélioration de la qualité de vie, ...)
- Elles suggèrent que la flexibilité du modèle FACT permet de mieux adapter les soins aux besoins des patients.
- Une étude britannique montre que le passage pour une équipe mobile du modèle ACT vers le modèle FACT n'a pas d'effet négatif en terme d'admission à l'hôpital ou de recours à une équipe mobile de crise (*Crisis Resolution Team*).
- Elle montre aussi que les patients auparavant suivis par une équipe ambulatoire traditionnel de santé mentale tirent clairement bénéfice d'un suivi par une équipe mobile type FACT.

# ÉQUIPE MOBILE 2B RÉFLEXIONS

# Le modèle ACT

---

- Pour les patients avec une maladie mentale sévère, instables, avec des besoins multiples, le modèle ACT est le modèle dominant qui a largement fait ses preuves.
- Nous assistons depuis une dizaine d'années, après un engouement, à une relative désaffection à l'égard du modèle ACT.
- Une des raisons est la difficulté à atteindre un niveau optimal à l'échelle de fidélité au modèle, avec comme conséquence, une faiblesse des résultats attendus.

# Le modèle Flexible ACT

---

- Le modèle Flexible ACT permet le suivi d'un public cible plus large que celui du modèle ACT (patients instables et patients stables), tout en restant bénéfique pour les patients instables.
- Chaque membre d'une équipe FACT assure des suivis de case management individuel tout en étant capable de travailler en équipe sur un mode ACT quand la situation le nécessite.
- Les 5 équipes 2B de l'arrondissement de Leuven utilisent une adaptation du modèle FACT.

# Le modèle CRT, Paul De Bock

---

- La Réforme belge n'a jamais eu comme objectif d'augmenter « la fidélité aux modèles de bonnes pratiques (CRT et ACT).
- Aucune allusion au modèle FACT.
- « Le concept du « *Assertive Community Treatment* », dans le modèle belge, est réparti sur plusieurs fonctions : F1, première ligne et soins à domicile, F2, équipes mobiles pour soins chroniques, F3, réhabilitation et même F5, habitats spécifique » .
- « Est-il réaliste de dire qu'un problème complexe, tels que les soins de santé mentale (aspect médical, diverses formes de soins, l'assuétude, l'emploi, le logement, la pauvreté) devrait être suivi par un même service? La nécessité d'une coordination n'est pas le problème mais la solution pour la cohérence entre les services »
- La fonction de « *gatekeeper* » n'est pas l'option de la réforme belge.

Paul De Bock  
Chef de Service Soins de Santé Psychosociaux  
DG Soins de Santé  
Fin août 2016

# Bibliographie

---

- Anthony W. et al. , *La Réhabilitation psychiatrique*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, Socrate-Promarex Editions, Charleroi 2004
- Baronet A-M et al., Psychiatric Rehabilitation: Efficacy of Four Models, *Clinical Psychology Review*, Vol.18, N°2, pp. 189-228, 1998
- Bonsack Charles, L'avenir de la psychiatrie est dans la communauté, *Santé mentale au Québec*, vol. 30, n°1, 2005, p. 139-148
- Bond Gary, Drake Robert, The critical ingredients of assertive community treatment, *World Psychiatry* 14:2 – June 2015
- Burns T. et al., Case Management and Assertive Community Treatment in Europe, *Psychiatric Services*, May 2001, vol. 52, n°5
- Deleu G., *Où nous mène la Réhabilitation Psychiatrique* (2012), Socrate Editions Promarex
- Johnson Sonia: Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model, *Advances in psychiatric treatment* (2013), vol. 19, 115-123
- Liberman R.P.: *Recovery from Disability, manuel of Psychiatric Rehabilitation*, American Psychiatric Publishing Inc., 2008
- Loopinder Sood er al., Flexible assertive community treatment (FACT) model in specialist psychosis team: a evaluation, *BJPsych Bulletin*, 1-5, doi: 101192/pb.bp.116.053967, original paper, 2017
- Nugter M.A., Engelsbel F., Bähler M., Keet R., van Veldhuizen R., Outcomes of Flexible Assertive Community Treatment (FACT) Implementation : A Prospective Real Life Study, *Community Ment. Health J.*, 2015 fev 4
- Phillips, S., Burn, B., Edgar, E., Mueser, K., Linkins, K., Rosenheck, R., Drake, R., and McDonel Herr, E., (2001). Moving Assertive Community Treatment into standard practice, *Psychiatric Services*, 52 (6), 771-779.
- Ramonet M. et Roelandt J-L: Soins intensifs à domicile: modèles internationaux et niveau de preuve, *Annales Médico-Psychologiques* 171 (2013) 524-530
- Wheeler C. et al.: Implementation of Crisis Resolutation Team model in adult mental health settings: a systematic review, *BMC Psychiatry* (2015) 15:74

# Année académique 2015-2016

---

Chers collègues,

En tant que responsable académique de l'option « Community Mental Health » du master en santé publique, mes collègues et moi-même avons le plaisir de vous communiquer deux mémoires portant sur les équipes mobiles liées à la réforme « Vers de Meilleurs Soins de Santé Mentale ». Le premier, par Fiona Roman, s'intéresse à la contribution des EM à la continuité de soins des patients ; le deuxième, par Hugo Zanelli, compare le modèle belge des EM aux modèles des ACT/CRT. Je vous en souhaite bonne lecture et en profite pour vous remercier chaleureusement pour votre soutien.

Pr Vincent Lorant  
Institute for Health and Society & Faculty of Public Health  
Université Catholique de Louvain  
Clos chapelle aux champs 30 /B1.30.15.05  
B- 1200 Bruxelles

Septembre 2016

# **LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI)**

## Daniel BOISVERT Ph.D.

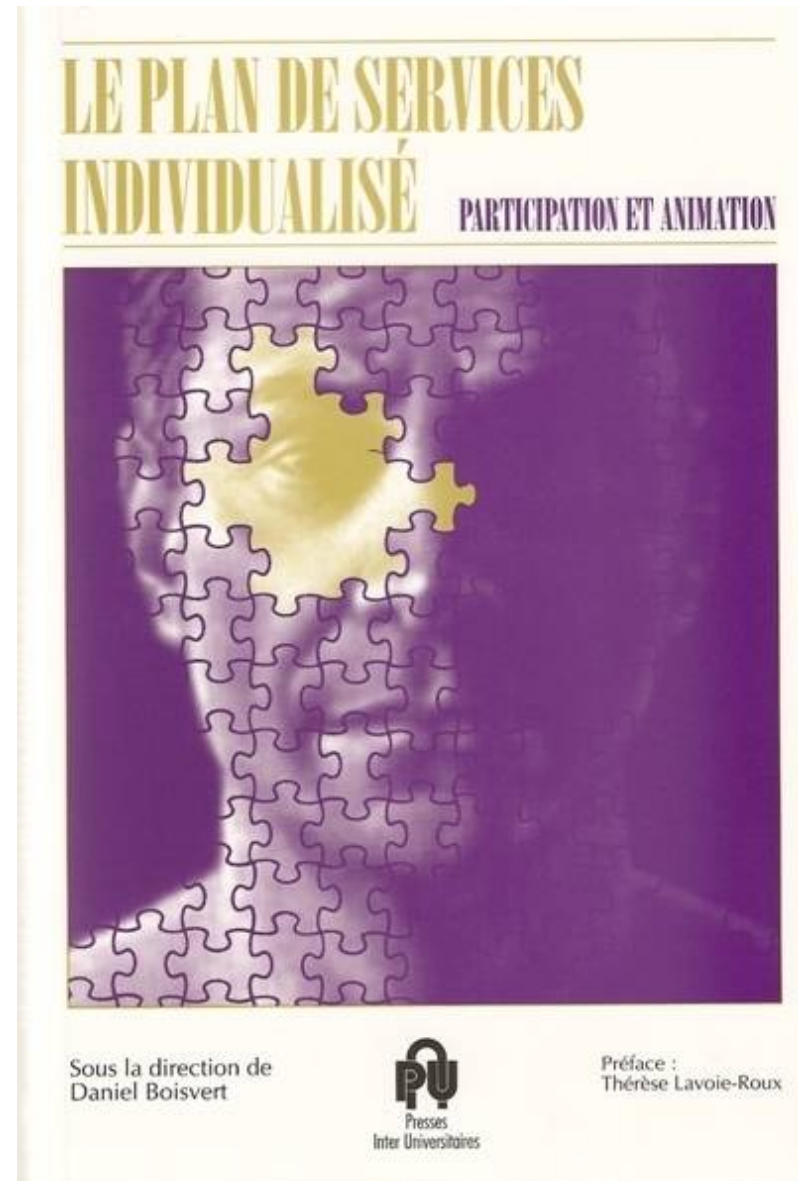
- Docteur en sciences de l'éducation
- Professeur de communication sociale à l'université du Québec à Trois-Rivières



# Daniel BOISVERT

Auteur du livre :

**« *Le plan de services individualisé, participation et animation* » 1996**



# Plan de Services Individualisé, définition

---

- Un Plan de Services Individualisé est un outil de planification et de coordination des services individuels nécessaires à la réalisation et au maintien de l'intégration sociale d'une personne *souffrant de déficiences liées à une maladie mentale chronique*.

Boisvert, 1990

# Plan de Services Individualisé, philosophie

---

- « Le Plan de Services Individualisé se veut le reflet ou l'opérationnalisation d'attitudes et de volontés qui tendent à reconnaître le droit, le pouvoir et la compétence des requérants à participer aux décisions qui les concernent et, ultérieurement, à influencer la planification et la coordination de leurs propres services... »

Boisvert, 1990

# Plan de Services Individualisé, sa nature (1)

---

- **Le PSI est d'abord une action**
  - Pour responsabiliser la personne, ses proches et les intervenants qui lui sont significatifs
- **Le PSI est aussi une association**
  - Où un groupe de proches et d'alliés professionnels s'associent à une personne pour l'aider à voir plus nettement sa situation personnelle et pour l'aider à prendre sa vie en main; il s'agit de l'équipe PSI

(Habitations Protégées de Charleroi)

# Plan de Services Individualisé, sa nature (2)

---

- Le PSI est un processus
  - Dans lequel l'équipe travaille à évaluer les forces et les besoins de la personne, à mettre en priorité ses besoins, à élaborer des buts et des objectifs et à développer des moyens pour répondre aux besoins identifiés
- Le PSI constitue une coordination
  - Des efforts des membres de l'équipe et des ressources communautaires qui sont nécessaires à son intégration sociale

(Habitations Protégées de Charleroi)

# Plan de Services Individualisé (PSI): cinq étapes

---

- la référence
- l'évaluation globale des besoins individuels
- l'élaboration du plan de services
- l'actualisation du plan de services via les plans d'intervention
- la coordination et le suivi du plan de services

# PSI, la référence

---

- une personne en besoin de services
- un centre de coordination?
- l'initiative d'une structure (équipe d'accompagnement d'une IHP, Centre de Santé Mentale, Hôpital Psychiatrique,...)
- la nomination d'un professionnel qui assumera la responsabilité de réaliser l'évaluation fonctionnelle globale, de préparer la réunion et de convoquer l'équipe du plan de services

Idéalement, la personne ou son représentant agit comme maître d'œuvre du plan de services

# PSI, l'évaluation globale des besoins individuels

---

- évaluation globale des besoins de la personne
  - évaluation fonctionnelle
  - globale: l'ensemble des domaines de la vie de la personne
  - besoins: distinction entre problème, force et besoin
- évaluation de l' environnement social actuel et des ressources naturelles disponibles

faire ressortir clairement  
les forces et les besoins de la personne

# L'ÉVALUATION DES FORCES ET DES BESOINS

## BESOINS

On les identifie en mesurant l'écart entre

<b>Ce qui est</b>	<b>Ce qui devrait être</b>
Je vis dans la rue	Je désire avoir un logement décent
Je n'ai pas de revenus	Je devrais avoir des ressources financières
Je souffre de solitude	J'aimerais avoir des amis

### BESOIN

On peut donc déterminer les besoins en identifiant les rôles sociaux ou les compétences qu'il est important que la personne exerce pour favoriser sa participation, son Intégration sociale, professionnelle, dans les loisirs, ...



*Les besoins des personnes que nous suivons sont globalement similaires à nos propres besoins ...*

### FORCES

« Ce que la personne aime faire et peut faire »

Il s'agit de ses capacités, compétences, habiletés, habitudes de vie, intérêts, préférences, les personnes sur qui elle peut compter...

Ex : Mme P. cuisine tous les jours des plats équilibrés, Mr S. possède le permis de conduire, Melle V. adore son activité bénévole à l'hôpital, Mr B. vit avec son frère qui est professeur, ... etc...

# L'ÉVALUATION DES FORCES ET DES BESOINS



**Mr J. souffre de troubles auditifs**

**Porter une prothèse auditive**

**Mr J. aimerait converser avec son fils quand il vient le voir chez lui**

**Mme H. sait gérer l'argent de poche qu'elle reçoit chaque semaine de son A.P.**

**Apprendre à gérer son budget de façon autonome**

**Mme H. voudrait mettre fin à la mesure d'administration provisoire des biens.**

## Champs d'interventions concernés

- ➔ Santé, Développement et bien-être physique
- ➔ Milieu de vie, domicile, hébergement
- ➔ Relations familiales et conjugales
- ➔ Relations interpersonnelles et sociales
- ➔ Milieu scolaire, formation
- ➔ Gestion des finances et des biens
- ➔ Travail et occupation
- ➔ Loisirs
- ➔ Communauté

# PSI, la préparation du plan de services

---

- Le professionnel aide la personne à organiser les éléments de son évaluation et à préparer sa présentation
- Le professionnel aide la personne à choisir les personnes significatives pour la réunion du plan de services
- La personne invite les personnes significatives

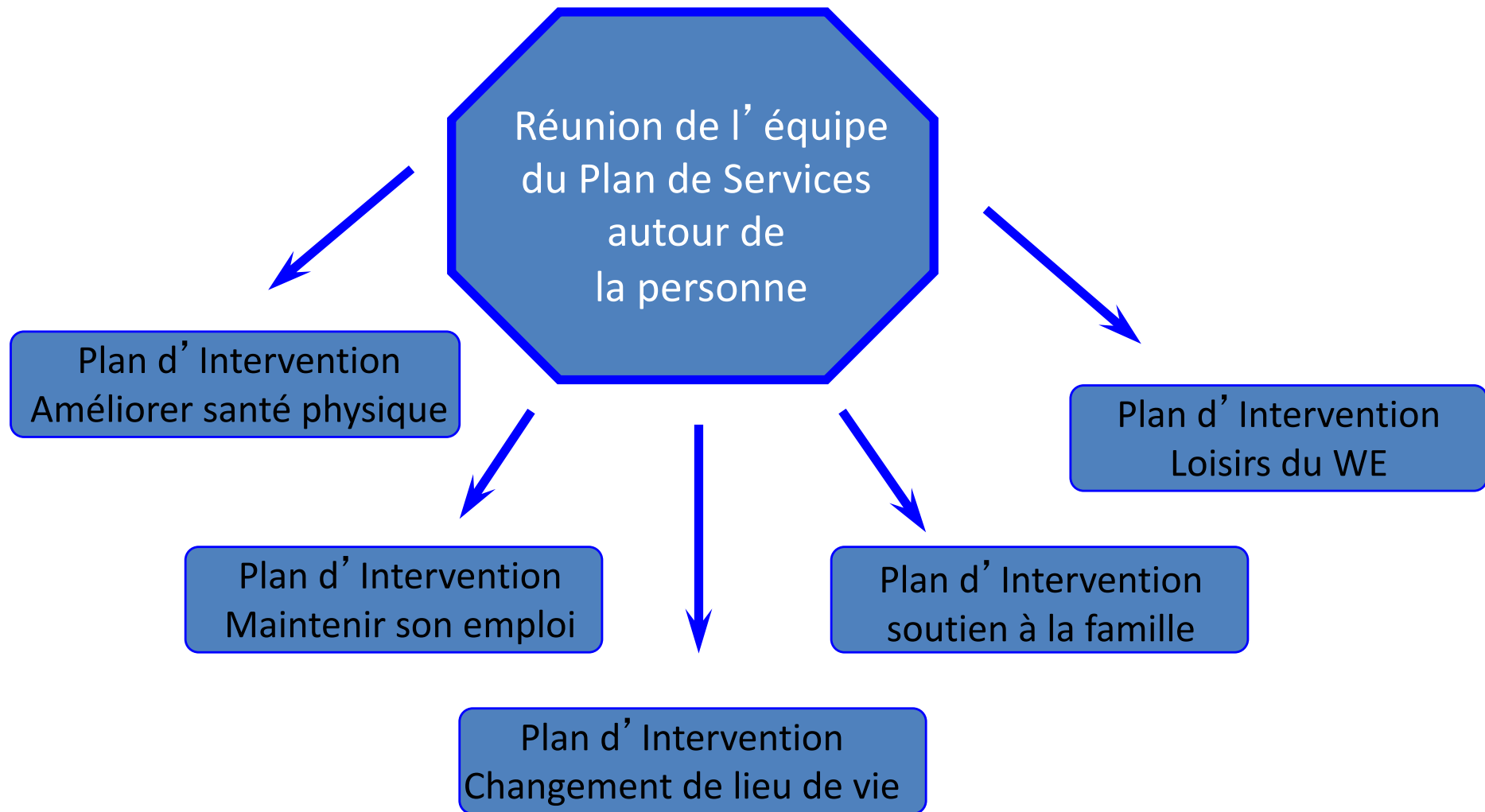
# PSI, l'élaboration du plan de services

---

- L' équipe du plan de services
- L' animateur de la réunion
- L' identification des besoins de la personne
- A partir de la liste des besoins identifiés:
  - définir objectifs, priorités, responsabilités de chacun
  - identifier les fournisseurs de services potentiels
- Le plan de service s'actualise au travers de plans d'intervention

# Elaboration du Plan de Services Individualisé

---



C'est la mise en application (par chaque partenaire désigné lors de la réunion PSI) des actions et des interventions pour répondre aux besoins de la personne.

Le P.I est un outil précis qui sert à décrire méthodiquement et **concrètement** les stratégies d'interventions et d'apprentissage :

« ce que l'intervenant doit faire et la tâche que la personne doit exécuter pour atteindre l'objectif visé »

# PLANS D'INTERVENTIONS SELON LES BUTS VISES

P.I 1 **SANTE**

Objectifs	Stratégies	Evaluations
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

P.I 2 **TRAVAIL**

Objectifs	Stratégies	Evaluations
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

P.I 3 **RELATIONNEL**

Objectifs	Stratégies	Evaluations
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

P.I 4 **MILIEU DE VIE**

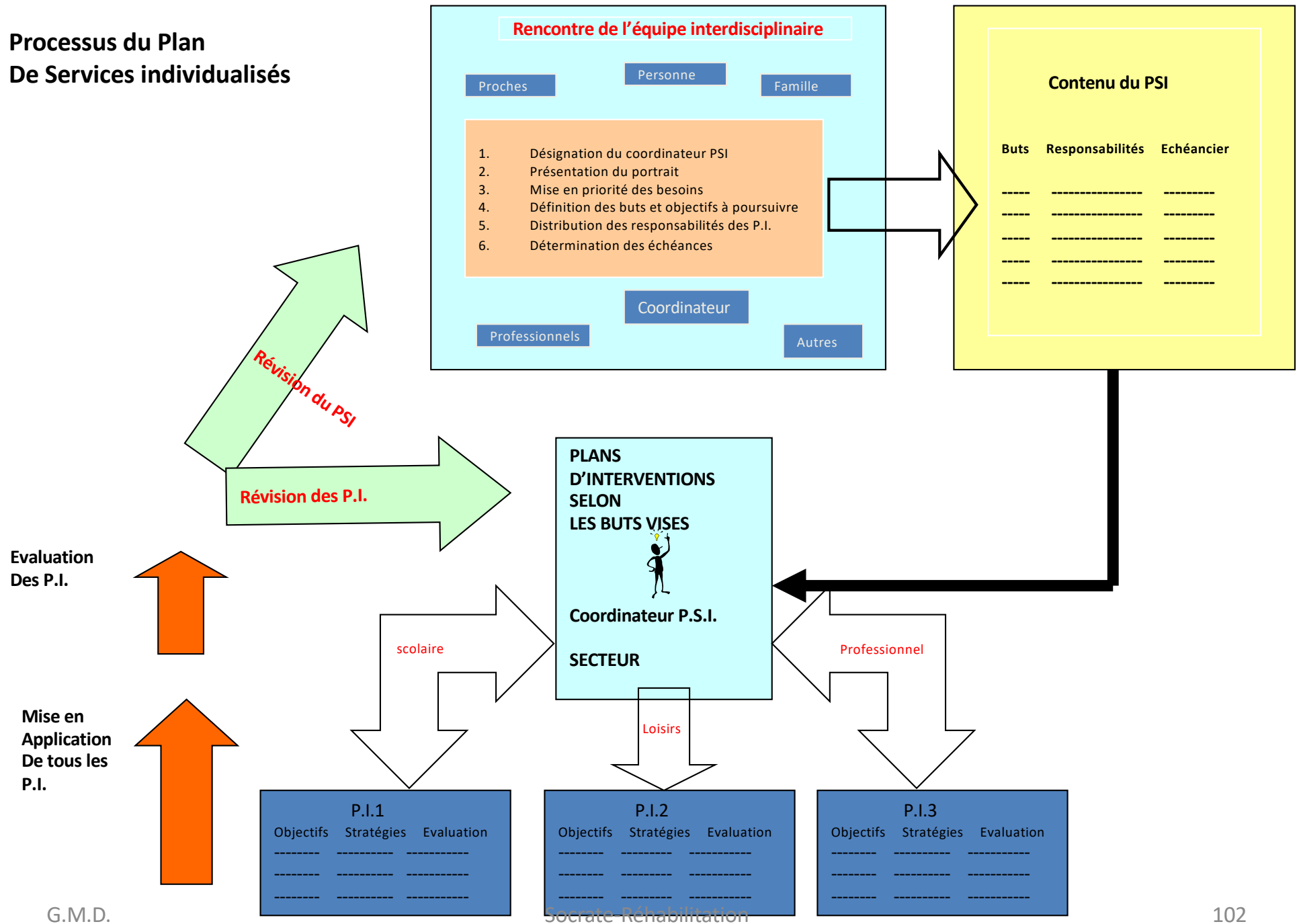
Objectifs	Stratégies	Evaluations
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

# PSI, la coordination et le suivi du plan de services

---

- Assurer une cohérence des interventions et des plans d'intervention
- Eviter les dédoublements ou les carences de services
- Informer la personne sur ses droits et l'aider à les défendre au besoin
- Demeurer en relation avec la personne pour une meilleure compréhension de son plan de services
- Accomplir les tâches relatives à la préparation du plan de services individualisé
- Ajuster la programmation et, s'il le faut, convoquer de nouveau une réunion sur un ou des aspects du dernier plan de services

# Processus du Plan De Services individualisés





# RACT

---

- Le « Ressource-group Assertive Community Treatment ou RACT » est une variante du modèle ACT qui met l'accent sur le rétablissement et la réhabilitation du patient.
- L'équipe est ici constituée avant tout du patient, entouré du psychiatre, du gestionnaire de cas et de 3 ou 4 personnes choisies par le patient (souvent parmi sa famille ou ses amis). C'est le New Zélandais Ian Falloon qui a présenté en 1999 cette approche résolument centrée sur le patient, sa capacité à décider (« empowerment ») et le rétablissement (Falloon, 1999).
- Il décrit une approche thérapeutique basée sur des stratégies thérapeutiques fondées sur des données de preuves (Evidence based treatment strategies) issue d'un projet de recherche international (plus de 80 centres sur plus de 20 pays), nommé Optimal Treatment Project ou Integrated Mental Health Care.
- 5 stratégies sont listées : a) la dose de traitement antipsychotique minimale efficace pour agir sur les symptômes, b) l'enseignement des méthodes de gestion du stress aux patients et aux proches, c) le rapprochement des soins des lieux de vie des patients (assertive case management), d) des actions orientées vers le social, l'occupationnel et le soutien à l'emploi et e) des stratégies pharmaceutiques et psychologiques pour les symptômes émergents et les rechutes débutantes.

Marie-Christine Hardy-Bayle, 2013

**MERCI DE VOTRE ATTENTION**