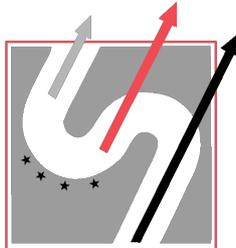


# LA REHABILITATION PSYCHIATRIQUE EN 9 LEÇONS



GUIDE PRATIQUE POUR LE CONSEILLER

## Le Case-management et les équipes mobiles de psychiatrie

Version du 4 mai 2021

Guy M. DELEU - Socrate-Réhabilitation

[www.rehabilitation-psychiatrique.com](http://www.rehabilitation-psychiatrique.com)

# Sommaire

	Pages
<b>Sommaire</b>	2
<b>Première partie : Les patients dits difficiles</b>	2
<input type="checkbox"/> Qu'est-ce qu'un patient dit difficile ?	2
<input type="checkbox"/> La situation de Hervé	2
<input type="checkbox"/> La situation de Fabrizio	4
<b>Deuxième partie : Le case-management</b>	
<input type="checkbox"/> Qu'est-ce que le case-management	6
<input type="checkbox"/> L'approche axée sur les forces	8
<input type="checkbox"/> Le modèle Assertive Community Treatment (ACT)	16
<input type="checkbox"/> Le modèle Flexible Assertive Community Treatment (FACT)	20

# Première partie : Les patients dits difficiles

## Qu'est-ce qu'un patient dit difficile ?

Les patients dits difficiles ont en général les caractéristiques suivantes :

- Maladie mentale sévère et persistante
- Peu ou pas de conscience morbide
- Comorbidité, assuétudes, drogues dures
- Multiples besoins
- Multiples hospitalisations, hospitalisations de longues durées, mises en observations
- Inefficacité des prises en charge ambulatoires traditionnelles, non-compliance
- Désinsertion sociale, itinérance

Le case-management est-il une réponse à la difficulté de prise en charge de ces patients ? Si oui, quel type de case-management ?

Ces patients oscillent entre des états stables et instables. Comment adapter le suivi à ces changements d'état ?

## La situation de Hervé, 48 ans, célibataire, fin 2019

Hervé réside dans un immeuble d'appartements sociaux dans une cité à Charleroi. Il vit seul dans le même appartement depuis une quinzaine d'années. Il sort chaque jour de chez lui pour traîner en solitaire dans le parc qui entoure la cité, ou pour aller faire ses courses dans un supermarché à proximité. Malgré ses comportements bizarres dans le parc, sa façon de s'agenouiller les mains jointes le regard dans les nuages, sa tenue négligée, le fait qu'il parle tout seul et qu'il fait la manche devant la porte du supermarché, il est bien accepté par son voisinage. En fait Hervé est un gentil, pas agressif, simplement un peu fou.

Il souffre de schizophrénie depuis une vingtaine d'années et qui ne répond que partiellement aux traitements antipsychotiques. Il consomme de l'alcool, du cannabis et occasionnellement de la cocaïne. Depuis 2001, il a connu pas moins de 16 hospitalisations en psychiatrie à chaque fois sous contrainte et suivies de maintien avec traitement obligatoire, sous forme d'injection mensuelle, en ambulatoire. Jamais d'hospitalisation volontaire, refus de toute prise de médicament per os. En fait Hervé ne s'estime pas malade. Il développe un délire mystique. Dieu lui parle et lui demande de rechercher le pardon par rapport à sa vie dissolue d'avant la maladie.

Hervé est invalide de mutuelle depuis 2001. Il a un administrateur de biens.

Son père a quitté le foyer familiale alors qu'il avait 6 ans. Il a été élevé par sa mère et ses grands-parents maternels dans un milieu où la religion protestante tenait une place importante. Il a vécu avec sa mère jusqu'à l'âge de 25 ans. Il a terminé ses études primaires à

14 ans. Il a fait des secondaires professionnelles. Il a quitté l'école en 4<sup>ème</sup>, sans diplôme. De 20 à 28 ans, il a travaillé en tant que vendeur d'abonnements de magazines pour une société hollandaise (Burda). Ce travail l'amenait à voyager en France. En petite équipe, lui et des collègues descendaient dans une ville, logeaient à l'hôtel et faisaient la journée du porte à porte pour vendre des abonnements. C'est à cette période qu'il a mené, selon lui, une vie dissolue consommant alcool, drogues et femmes.

Sa mère et une amie de sa mère ont la clé de son appartement et chaque semaine vont y faire le nettoyage, la mise en ordre et la lessive. La mère est épuisée et résignée devant l'évolution de son fils. Elle est très critique à l'égard de la psychiatrie et écrit régulièrement des lettres alarmistes et culpabilisantes au psychiatre pour dire qu'est-ce que vous attendez pour réagir, il va se passer un malheur et vous serez responsables.

Sa dernière hospitalisation date de 2017. Il a ensuite été suivi en ambulatoire, sous contrainte, au niveau du Dispensaire avec une relative amélioration de son état parce qu'il avait un traitement antipsychotique obligatoire sous forme d'une injection mensuelle. La seule chose qui le motivait à consulter le psychiatre, c'était de le convaincre d'arrêter l'injection mensuelle, de le libérer de son administrateur de biens afin qu'il puisse retrouver sa liberté et ses droits civiques.

En fait son rêve est de racheter le chalet dans les bois de son grand-père. Ce chalet a été vendu il y a des années mais il est convaincu que s'il se présentait au propriétaire actuel avec l'argent, ce dernier serait obligé de le lui vendre.

Depuis 6 mois, il n'est plus sous contrainte, le maintien de 2 ans à expirer. A nouveau il refuse tout traitement et tout suivi et n'est plus revenu au Dispensaire. Il refuse toute intervention même à domicile. Un infirmier du SPAD s'est présenté à son domicile mais il n'a pas ouvert. L'équipe mobile 2B ne voit pas comment l'aider parce qu'il n'est pas demandeur.

Sur base des informations que nous avons de son entourage, l'état de Hervé s'est fortement dégradé et sont de nouveau apparus des troubles du comportement à caractère dangereux (il ne se lave plus, il défèque dans sa baignoire, il crie, il brûle des papiers chez lui, brûle ses draps avec ses mégots de cigarette. La semaine passée, il a balancé une armoire par sa fenêtre du 4<sup>ème</sup> étage. La Société de logement sociaux est intervenue pour évacuer les débris mais n'a pas porté plainte contre lui.

Devant une telle situation, les conditions d'une nouvelle mise en observation sont bien présentes. Il faudrait que le patient soit amené aux urgences psychiatriques pour qu'il puisse être examiné par un psychiatre qui jugera de son état psychiatrique et de sa dangerosité et décidera de son hospitalisation forcée dans un hôpital psychiatrique.

## **La situation de Fabrizio, 37 ans**

Fabrizio est suivi par l'équipe d'accompagnement des Habitations Protégées de Charleroi depuis 2016. Sa référente est Letizia. Il a vécu en communautaire pendant 2 ans et demi et depuis 2019, il vit seul dans un appartement à Charleroi, tout en bénéficiant de l'accompagnement individuel de Letizia.

Il souffre de schizophrénie depuis la fin de l'adolescence et a connu au moins une dizaine d'hospitalisations en psychiatrie. Il consommait de l'alcool, du cannabis ainsi que de la cocaïne. Avant d'entrée aux Habitations Protégées de Charleroi, il avait séjourné plus d'une année au Centre Psychiatrique St Bernard de Manage à l'Unité 29.

Il n'a pas terminé ses études secondaires et a fait quelques formations qui n'ont pas abouti. Il a travaillé dans un emploi interim de préparateur de commande. C'est sa seule expérience professionnelle. Il perçoit depuis des années des allocations pour personne handicapé.

Avant d'entrer aux Habitations Protégées de Charleroi, il avait toujours vécu avec ses parents, sauf pendant ses nombreuses hospitalisations. Son projet était d'apprendre à vivre en autonomie et si possible reprendre une formation au CEFA en plomberie.

Dans cette vidéo, Letizia décrit le Plan de Services individualisés qu'elle a établi avec Fabrizio au moment où il commençait à vivre seul dans un appartement.

<https://youtu.be/tAYj4spYM9g>

# Deuxième partie : Le case-management

Chapitre 1, pages 43-46

Où nous mène la Réhabilitation Psychiatrique, Guy M. Deleu, Socrate Edition 2012

## A. Qu'est-ce que le case-management ?

### Définition

Le **case-management** est une stratégie de coordination mise en place dans l'intérêt de la personne pour qu'elle obtienne les services dont elle a besoin, quand elle en a besoin et pour aussi longtemps qu'elle en a besoin.

Le **case-management** correspond à ce que l'on appelle dans les milieux francophones la **coordination des plans de services**.



## Un plan de service individualisé

« 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 avec un handicap ». (9)

Les étapes pour la constitution d'un plan de services regroupent les différents types d'aide que l'on retrouve dans la **fonction de case-management** (9 et 30):

- Identification de la personne en besoin de coordination ;
- Prise de contact et création d'un lien ;
- Évaluations des besoins en services ;
- Établissement d'un plan de services (avec plans d'intervention) ;
- Références aux fournisseurs de services ;
- Plaidoyer pour l'amélioration des services.

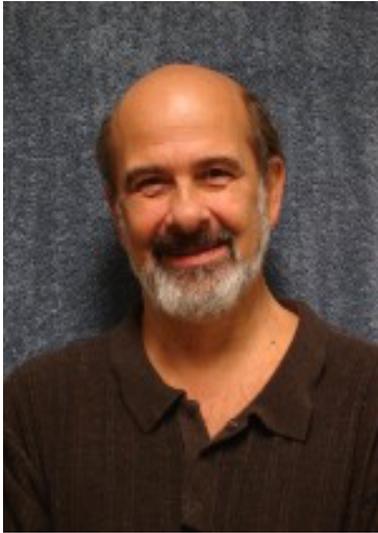
## La fonction de case-management

Le besoin de coordination des services est variable d'une personne à l'autre et évolue aussi dans le temps. Certaines personnes, seules ou avec l'aide de leur entourage, sont tout-à-fait capables d'assumer cette fonction, sans l'aide de professionnels.

Pour les personnes nécessitant cette aide de coordination, il existe quelques options de services. La **fonction de case-management** est souvent assurée par les membres de l'**équipe clinique** ou par les membres de l'**équipe de réhabilitation**. Cependant, il existe des services spécialisés dans le case-management appelés justement **équipe de coordination** ou encore **équipe de suivi communautaire**. En Belgique, on voit se développer des SPAD (Soins Psychiatriques à domicile et des équipes mobiles pour des patients psychiatrique. Dans ce type de service, la personne bénéficie d'un accompagnement individualisé dans la réalisation d'objectifs dans différentes sphères de sa vie. Mais l'**équipe de coordination** n'offre d'habitude pas elle-même les différents services dont aurait besoin la personne. Elle met la personne en lien avec les services, structures ou ressources qui pourront aider la personne.

Il existe cependant des modèles particuliers de case-management qui offrent d'autres types d'aide en plus de ce qui est offert habituellement. Ces modèles sont très bien conceptualisés et internationalement reconnus depuis longtemps (8). Il s'agit de l'**approche axée sur les forces** et du modèle **Assertive Community Treatment** (Suivi Intensif dans le Milieu). Le modèle FACT (**Flexible Assertive Community Treatment**) est une adaptation hollandaise récente du modèle ACT.

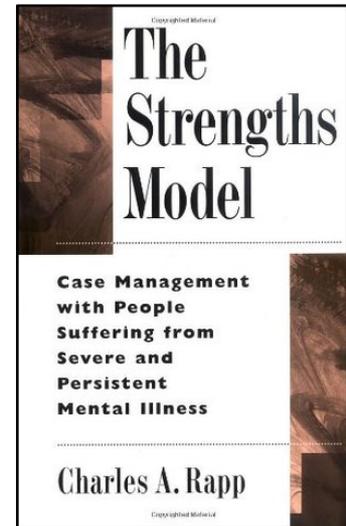
## B. L'approche axée sur les forces



### Une approche développée par Charles A. RAPP

L'**approche axée sur les forces** est une approche du case-management appelée **Developmental-acquisition model**. Elle a été conçue par Charles A. RAPP et son équipe du *School of Social Welfare, Kansas University, USA*.

Le modèle de case-management axé sur les forces a pour objet d'aider les personnes atteintes de troubles mentaux graves à identifier, à situer et à assurer la gamme de ressources, tant personnelles que du milieu, dont il a besoin pour vivre, se socialiser et travailler de façon autonome dans la communauté.



### Les postulats de l'approche

## L'approche axée sur les forces, postulats

Les  
personnes  
qui  
réussissent

ont des buts et des rêves ;

utilisent leurs forces pour combler leurs aspirations ;

ont le courage de faire un pas de plus pour atteindre leur but ;

possèdent en tout temps au moins un but, une habileté ou un talent et le courage de faire un pas de plus ;

ont accès aux ressources qu'il leur faut pour atteindre leurs buts ;

ont une relation significative avec au moins une personne ;

ont accès à des occasions qui favorisent l'atteinte de leurs buts ;

ont accès à des ressources et des possibilités ainsi qu'à des relations significatives.

## **Philosophie de l'approche :**

- L'objectif premier est d'aider la personne à découvrir ses buts et ses désirs.
- Les personnes qui vivent avec une maladie mentale ont les mêmes buts et objectifs que n'importe qui.
- Les buts se regroupent en thèmes :
  - Un endroit décent pour vivre
  - Un emploi ou une activité significative
  - Des amis ou proches qui l'entourent
- Elles vivent une détresse psychologique et souhaitent diminuer cette détresse.
- Peut-être que la meilleure façon de réduire cette détresse psychologique est de les aider à se construire une vie satisfaisante.
- Les personnes souhaitent pouvoir faire des choix sur ce qui les concerne.
- La satisfaction des personnes sera liée à la qualité de ses domaines de vie.

## **Les 6 principes de base :**

1. Toute personne a la capacité de se rétablir et de reprendre le contrôle et le pouvoir sur sa vie.
2. L'accent est mis sur les forces de la personne et non sur ses déficits ou difficultés.
3. La personne est en charge de la direction que prendra les services qui lui sont offerts. Elle est le maître d'œuvre.
4. L'alliance thérapeutique repose sur une relation de confiance, absente de coercition, et l'intervenant encourage l'appropriation du pouvoir de la personne.
5. Le lieu privilégié d'intervention est dans la communauté (in-vivo).
6. La communauté est une oasis de ressources et de services (faire la promotion et l'utilisation optimale des ressources de la communauté).

## **Les forces de la personne et les forces du milieu**

« Être simplement gentil avec le client et ajouter deux lignes sur les forces du client à côté d'une évaluation qui par ailleurs est basée sur ses déficits et ses difficultés, ce n'est pas cela l'approche axée sur les forces », Charles A. RAPP.

Il s'agit pour le conseiller d'identifier les forces de la personne et de créer activement des situations (personnelles et environnementales) où elle pourra expérimenter une certaine forme de succès et ainsi augmenter l'importance de ses forces personnelles.

Le conseiller s'appuie autant sur les forces de la personne que sur celles de son milieu.

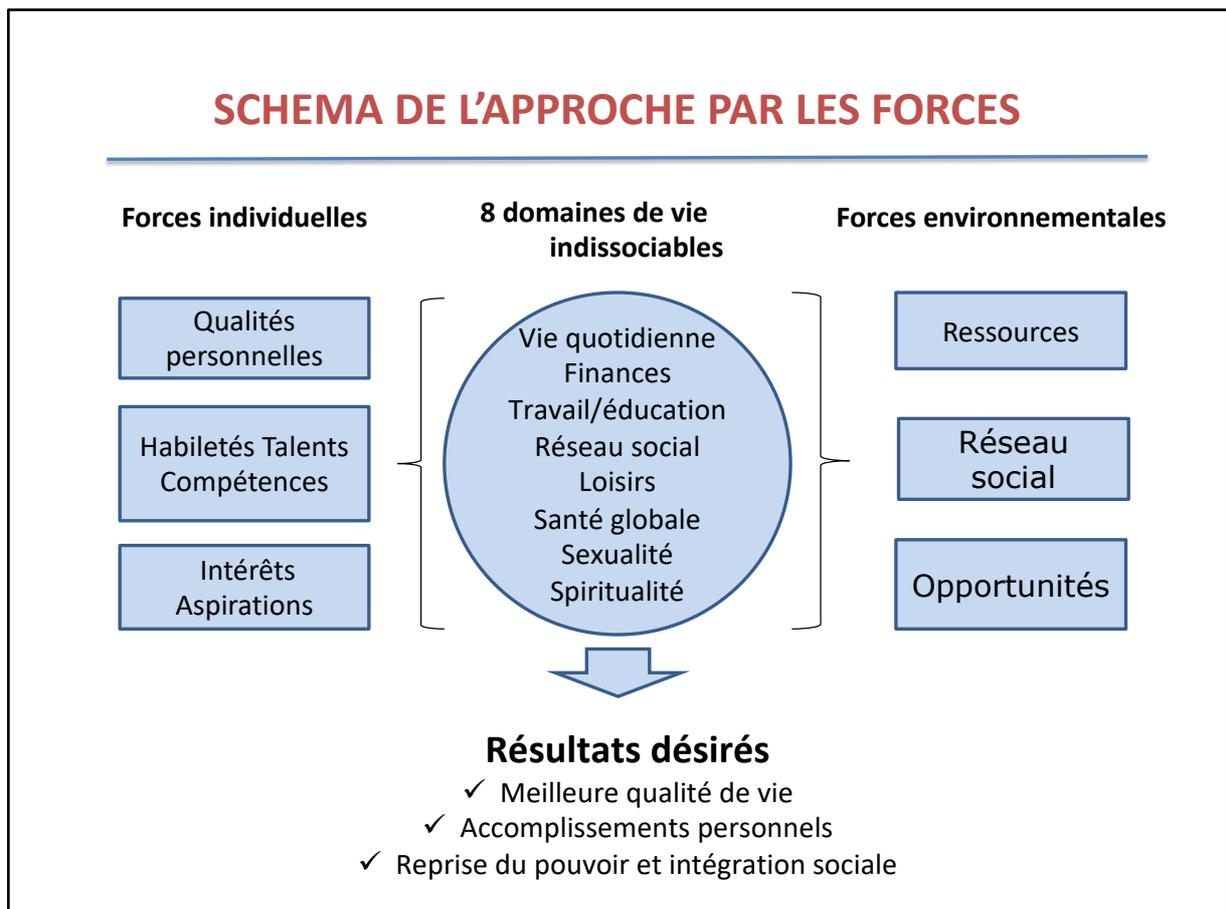
### **Les forces individuelles**

- Les aspirations: les êtres humains sont des « êtres de résolution », ils ont des désirs, des buts, des ambitions, des espoirs et des rêves ;
- Les compétences: connaissances, habiletés, aptitudes, domaines d'excellence, savoir, facultés et talents ;
- La confiance en soi: elle englobe le pouvoir, l'influence, le fait de croire en soi et l'auto-efficacité.

### Les forces du milieu

- Les ressources: la qualité des créneaux sont fonctions des ressources que le milieu a à offrir (les biens matériels, les services) ;
- Les relations sociales: la famille, les amis, les connaissances, les collègues de travail, les membres de la paroisse, l'épicier du coin... ;
- Les possibilités: un appartement vacant, une équipe qui a besoin d'un joueur, une dame âgée qui recherche une dame de compagnie, une association qui a besoin d'un bénévole...

### Schéma de l'approche



### Le processus d'intervention

- Engagement et développement de la relation
- Identification des forces : un inventaire personnel complet
- Planification personnelle
- Acquisition de ressources
- Collaboration continue et désengagement progressif

## 1. Engagement et développement de la relation

L'objectif est de créer une relation réciproque de confiance entre l'intervenant et la personne comme base du travail à faire ensemble

Les éléments de base sont l'empathie et un regard positif inconditionnel afin que la personne puisse se sentir comprise et acceptée.

L'établissement d'une relation professionnelle mais égalitaire afin que la personne sente que l'aide offerte ne sera pas sous forme dominante (l'intervenant ne se présente pas comme un expert).

Chacun développe son identité en grande partie suite aux « feedbacks » que nous recevons des autres.

Plusieurs personnes ayant une maladie mentale ont reçu des commentaires qui ont exacerbé leurs faiblesses et leurs déficits. Nous devons donc nous assurer de rétablir un équilibre en les aidant à découvrir ou redécouvrir leurs habiletés, talents et accomplissements.

Mettre les effets de la maladie en contexte, accompagner et renforcer, laisser du temps aux personnes pour créer un lien de confiance.

## 2. L'identification des forces

L'objectif est de recueillir chez la personne de l'information en lien avec les qualités présentes et passées, les connaissances accumulées à travers ses expériences de vie et les ressources qu'elle possède.

Les différents types de forces :

- Qualités personnelles : Honnête, sensible, leader...
- Aptitudes et talents: Joue de la musique, connaît la mécanique, bon en maths...
- Forces environnementales: Famille soutenante, bons revenus, membre d'un groupe de cuisines collectives...
- Intérêts et aspirations: Aime cuisiner, veut s'inscrire à des cours de danse, voudrait retrouver son père...

Fiches de travail « évaluation par les forces »

- L'information qui se trouve sur cet outil est le produit d'un ensemble de conversation.
- Nous parlons des qualités, talents, ressources de la personne.

Les difficultés de la personne...

- Elles ne sont pas niées

- Elles sont abordées lorsqu'elles interfèrent avec la réalisation d'un des buts de la personne.

Les composantes essentielles de l'évaluation par les forces

- Elle est introduite dans un contexte qui a du sens pour la personne
- Elle suit le rythme de la personne
- Elle est continuellement mise à jour
- Elle se complète à partir d'un ensemble de conversation où l'on s'intéresse à l'autre
- Elle est inscrite dans le langage de la personne
- Elle est complète et spécifique

### 3. La planification personnelle

L'objectif est d'établir un agenda commun entre l'intervenant et la personne, orienté sur l'atteinte de buts que la personne a fixés. Cet agenda est élaboré en fonction des objectifs que se fixe la personne et non pas en fonction de ceux de l'intervenant.

Les objectifs à long terme sont le reflet de ce que la personne souhaite, désire, rêve, espère.

Les objectifs et les tâches sont spécifiques, mesurables, observables et définis selon le vocabulaire de la personne.

Les objectifs sont décortiqués en petites étapes, augmentant les probabilités de succès  
Un échéancier est établi pour chacun des objectifs et tâches.

Les objectifs et les tâches sont élaborées dans des termes positifs (ce que la personne va faire et non ce qu'elle ne fera pas).

Les forces qui ont été évaluées doivent se traduire en objectifs, actions et ressources.

L'intervenant privilégie des ressources naturelles / et complète par l'utilisation des ressources de la communauté pour favoriser l'atteinte des objectifs fixés.

L'intervenant implique les amis, les membres de la famille et les membres de la communauté pour favoriser l'atteinte des objectifs fixés.

Les objectifs à court terme sont révisés, augmentés, changés de façon régulière. Les accomplissements sont valorisés à toutes les rencontres de suivi.

Une variété de moyens est utilisée pour que la personne s'approprie son plan de rétablissement.

#### 4. Acquisition des ressources

L'objectif est d'acquérir les ressources désirées par la personne pour atteindre ses buts et assurer le respect de ses droits, afin d'augmenter les atouts de chaque individu.

Les ingrédients essentiels...

- L'intervenant et la personne font des activités conçues pour augmenter les contacts de la personne avec les ressources existant dans la communauté.
- La personne et l'intervenant travaillent afin d'obtenir l'accès aux ressources et aux prestations voulues dans la communauté.
- La personne et l'intervenant élaborent une stratégie spécifique qui accroît la probabilité de s'assurer ce service et de se procurer cette ressource.
- L'intervenant développe des relations avec les détenteurs des ressources dans la communauté.
- Les contacts avec la personne vont principalement avoir lieu dans la communauté.

#### 5. Collaboration continue et désengagement progressif

Permet d'établir dans quelle mesure les personnes peuvent s'engager dans les activités figurant dans le plan personnel.

Permet de vérifier la capacité des personnes à utiliser de façon créative les ressources personnelles et environnementales, afin d'augmenter leur autonomie et intégration sociale.

Désengagement = libérer le client de sa dépendance vis-à-vis du programme et de l'intervenant.

### **L'efficacité de l'approche axée sur les forces**

- Diminution des hospitalisations
- Augmentations de l'autonomie dans la vie quotidienne
- Meilleure santé physique et mentale
- Réduction des symptômes
- Diminution du fardeau familial
- Retour au travail
- Stabilité résidentielle

## La fidélité au modèle axé sur les forces

<b>Caractéristiques d'un programme de case-management axé sur les forces qui auraient un score parfait à l'échelle de fidélité</b> Source : Rapp, C. A. et Goscha, R.J. (2006). The Strengths Model. Case Management with People with Psychiatric Disabilities. Seconde édition. pp.231-232.)			
<b>1. Les responsabilités du travail de case-manager :</b> l'entièreté du travail du case-manager est consacrée à des tâches de case-management	<i>Les case-managers consacrent 100% de leur temps à des tâches en lien avec le case-management.</i>	<b>7. Orientation et qualité de la supervision de groupe :</b> le temps est utilisé à la discussion en profondeur de cas)	<i>90 à 100% du temps de la réunion est consacrée à la discussion en profondeur de cas spécifique.</i>
<b>2. Charge de travail :</b> Ratio bénéficiaire/intervenant bas	<i>Les case-managers desservent chacun 15 ou moins de 15 bénéficiaires</i>	<b>8. Évaluation des forces :</b> l'outil <i>Évaluation des Forces</i> est un outil distinct appliqué selon l'approche par les forces; non utilisé avec d'autres types d'outils d'évaluation)	<i>90% ou plus des évaluations des forces rencontrent ce critère.</i>
<b>3. Taille de l'équipe :</b> les case-managers font partie d'une petite équipe avec un leader/coordonateur	<i>L'équipe consiste en 5 case-managers.</i>	<b>9. Plan personnel :</b> le Plan Personnel est un outil distinct appliqué selon l'approche par les forces; non utilisé avec d'autres types d'évaluation	<i>90% ou plus des évaluations des forces rencontrent ce critère.</i>
<b>4. Services intégrés :</b> Un spécialiste en soutien à l'emploi et un spécialiste en traitement des doubles diagnostics font partie de l'équipe des case-managers.	<i>Le spécialiste en emploi et le spécialiste en traitement des doubles diagnostics participent aux réunions d'équipe comme des membres de l'équipe.</i>	<b>10. Localisation des contacts client :</b> la majorité des contacts se font dans la communauté	<i>85% ou plus du temps des case-managers avec leurs bénéficiaires se passent dans la communauté.</i>
<b>5. Responsabilité du leader/coordonateur :</b> L'essentiel de son temps est consacré à des activités qui soutiennent directement les case-managers	<i>21 heures ou davantage par semaine.</i>	<b>11. Utilisation des ressources :</b> une plus grande proportion de ressources naturelles que celles des services en santé mentale	<i>Plus de 75% des ressources utilisées ou obtenues étaient des ressources naturelles.</i>
<b>6. Fréquence et durée de la supervision de groupe :</b> l'équipe se rencontre une fois par semaine pour au moins 2 heures	<i>L'équipe se rencontre une fois par semaine pour au moins 2 heures.</i>	<b>12. Comportements porteurs d'espoir :</b> les case-managers font preuve de comportements qui induisent l'espoir avec les bénéficiaires et les autres membres de l'équipe	<i>Quatre sources indiquent une prédominance des comportements induisant l'espoir.</i>

## Conclusions

L'approches axées sur les forces donne l'opportunité à la personne de pouvoir explorer davantage « sa partie saine » et d'être guidée à travers cette réflexion qui lui permettra de trouver un nouveau sens à sa vie, à travers des projets qui la motivent et qui lui permettront de prendre la voie du rétablissement.

## Bibliographie

- Emard R., Aubry T., : *Le suivi communautaire en santé mentale, une invitation à bâtir sa vie*, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2004
- Rapp Ch., Sullivan W. : The Strengths Model: Birth to Toddlerhood, *Advances in Social Work, Vol. 15 (Spring 2014), 129-142*
- Beaumont Nancy et Leclerc Christiane, présentation powerpoint du 11 mai 2012, inspirée du *Basic Strengths Model Training Manuel* écrit par Rick Goscha, Paul Liddy et Ally Mabry de l'Ecole de travail social de l'Université du Kansas

## C. Le modèle **Assertive Community Treatment (ACT)**

Chapitre 4 du livre Où nous mène la Réhabilitation Psychiatrique

Le modèle **Assertive Community Treatment** (31 et 27) (Suivi Intensif dans le Milieu) a aussi été appelé le **Full Support Model of Case-Management** (8). Ce modèle repose sur une équipe multidisciplinaire (psychiatre, infirmier (ère)s, conseillers en réhabilitation, spécialistes en emploi, spécialistes des doubles diagnostics) qui dispense l'ensemble des services à un groupe de bénéficiaires bien identifiés. Plutôt que de tenter de mettre en lien les personnes avec une variété disparates de pourvoyeurs de services, l'**équipe mobile type ACT** est le coordinateur et le principal pourvoyeur des services dont a besoin chaque bénéficiaire (voir description du modèle au chapitre 4).

### Situation de Gary

Il est 17h30. Gary revient à pied du centre ville, comme chaque soir à la même heure pour rejoindre le SASS (*Structure d'Accueil Socio-Sanitaire*), structure créée par le CPAS pour accueillir des SDF qui ne peuvent pas être accueillis dans des abris de nuit dit « classique ». Il sait qu'au matin, il devra quitter le SASS à 10h pour retrouver la rue.

Maigre, le regard perdu, marmonnant sous sa capuche des bribes de phrases, la marche trainante dans des tennis usés, sa liquette dépassant de son sweet, un jeans baggy trop large qu'il soutient d'une main, et dans l'autre un sac plastique contenant quelques provisions de cigarettes et de joints, Gary sonne à la porte familière de ce qui est devenu depuis six mois le seul endroit où on veut encore bien de lui.

Depuis 10 ans, Gary est connu par l'ensemble des services psychiatriques de la région pour sa schizophrénie désorganisée, sa consommation excessive d'alcool et de cannabis, son côté réfractaire à tout traitement, tout cadre, toute structure. Sa famille a fini par jeter l'éponge. Les soignants, les uns après les autres, aussi.

Pourtant l'équipe éducative du SASS retrouve un peu d'espoir. Gary a accepté de rencontrer avec un des éducateurs un psychiatre dans une policlinique voisine. Depuis trois mois, il accepte qu'on lui fasse une injection antipsychotique dépôt tous les quinze jours. Le discours de Gary devient plus cohérent et il exprime clairement le souhait de pouvoir avoir un chez lui stable.

Le modèle **Assertive Community Treatment** (Suivi Intensif dans le Milieu, pour les Québécois) a aussi été appelé le **Full Support Model of Case-Management** (voir plus haut Service de case-management).

Historiquement, le modèle ACT est né dans le Wisconsin aux USA à l'initiative de l'Hôpital de Madison. Appelé d'abord *Training in Community Living* par Stein et ses collègues, ce n'est qu'à partir de 1985 que Stein en collaboration avec Test adoptent le nom de *Assertive Community Treatment*. Le mouvement brutal de désinstitutionalisation aux USA avait jeté à la rue un grand nombre de patients psychiatriques avec des maladies mentales graves. Les services

existants dans la communauté étaient rares et mal adaptés à ce type de patients. L'Hôpital de Madison et un Centre Communautaire de Santé Mentale ont chacun mis dans le projet des professionnels pour constituer la première **équipe mobile type ACT**.

## 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

G.M.D.
21
Socrate-Réhabilitation

Ce modèle est différent du modèle **SAMU Psychiatrique**. Ce n'est pas une petite équipe mobile attachée à un service d'urgence psychiatrique qui se rend sur le lieu d'une situation d'urgence qui lui aurait été signalée. Dans le **modèle ACT**, pas d'inconnue concernant la personne en situation d'urgence psychiatrique. L'**équipe mobile ACT** n'intervient que pour les bénéficiaires inscrits dans le programme ACT et donc forcément connus des membres de l'équipe.

Le **modèle ACT** s'adresse à une population psychiatrique en grandes difficultés pour laquelle l'offre de services des structures psychiatriques traditionnelles reste inefficace.

## Une équipe mobile type ACT

Pour quel type de patients	Maladie mentale sévère et persistante
	Double diagnostic
	Multiples besoins
	Multiples hospitalisations, hospitalisations de longues durées
	Inefficacité des prises en charge ambulatoires traditionnelles
	Désinsertion sociale, itinérance

G.M.D.
22
Socrate-Réhabilitation

## Les résultats du *modèle ACT*

Ce modèle est reconnu depuis deux décennies comme une *Evidence-Based Practice* (27). Il est largement répandu aux USA, au Canada et dans de nombreux pays européens.

Les études à l'appui du modèle mettent en évidence pour les bénéficiaires une réduction du nombre des hospitalisations et de leur durée, l'amélioration de leur qualité de vie et de leur autonomie, la diminution des symptômes, la réduction de l'évolution vers l'itinérance, de l'usage de drogues et d'alcool et des problèmes judiciaires, de même que l'augmentation du taux de retour à l'emploi dans le milieu ordinaire du travail.

## Les principes de base du *modèle ACT*

Voici les dix principes de base du *modèle ACT* (r.9):

- Les services ciblent un groupe spécifique et identifié d'individus avec une maladie mentale grave ;
- Plutôt que de référer les bénéficiaires à des pourvoyeurs de services, l'équipe mobile ACT dispense elle-même les services ;
- Les membres de l'équipe partagent la responsabilité pour l'ensemble des bénéficiaires desservis par l'équipe ;
- Le ratio staff/bénéficiaires est petit (1/10) ;
- La gamme des traitements et services offerts est complète et flexible ;
- Les interventions sont réalisées sur le terrain aux endroits où les problèmes se produisent et où le soutien est nécessaire, plutôt qu'à l'hôpital ou dans des structures de soins ;
- Les services ne sont pas limités dans le temps ;
- L'équipe est « assertive » dans son engagement vis-à-vis des bénéficiaires par rapport au traitement et autres services.

Pour Tom Burns, professeur de psychiatrie sociale à l'Université d'Oxford, les ingrédients suivants font la différence dans l'efficacité d'une équipe ACT (Conférence à Bruxelles en décembre 2011) :

- Petits caseloads (1 professionnel pour 10 bénéficiaires);
- Visites régulières à domicile : un haut % de contacts à domicile est déterminant;
- Une équipe multidisciplinaire responsable de gérer tous les aspects cliniques autant que psychosociaux (combinaison de soins cliniques et de soins de réadaptation);
- Un psychiatre intégré à l'équipe qui va sur le terrain comme les autres.

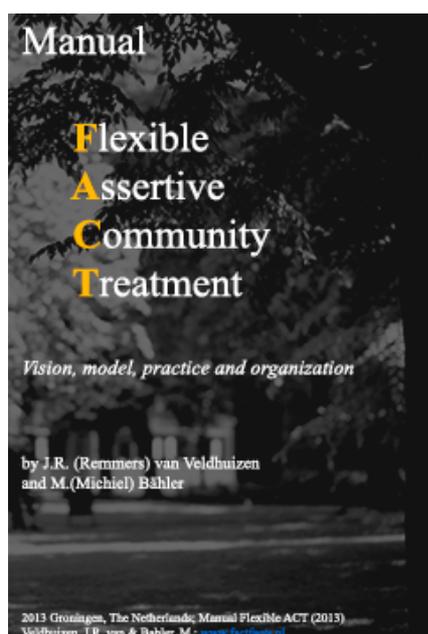
## La fidélité au *modèle ACT*

Le tableau ci-après donne les caractéristiques d'un programme ACT qui aurait un score parfait à l'échelle de fidélité au modèle (r.9).

Caractéristiques d'un programme ACT qui aurait un score parfait à l'échelle de fidélité ACT (r.9)		
<p>Ressources humaines, structure et composition</p>	<p><b>Un ratio bénéficiaire/staff bas</b> 10 ou moins de bénéficiaires par membre de l'équipe</p> <p><b>Une approche d'équipe</b> 90% ou plus des bénéficiaires ont un contact avec plus d'un membre de l'équipe par semaine</p> <p><b>Le responsable de l'équipe</b> Un leader/coordonateur, temps plein, fournit lui aussi des services de première ligne aux bénéficiaires, 50% de son temps.</p> <p><b>Une équipe stable</b> Moins de 20% de turn-over dans l'équipe par an.</p> <p><b>Une équipe complète</b> Le programme a fonctionné avec une équipe complète à 95% dans les douze derniers mois.</p> <p><b>Un psychiatre dans l'équipe</b> Par 100 bénéficiaires, au moins un psychiatre à temps plein est affecté au programme.</p>	<p><b>Une infirmière dans l'équipe</b> Au moins deux infirmières à temps plein sont affectées au programme par 100 bénéficiaires.</p> <p><b>Un spécialiste en abus de substance dans l'équipe</b> 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.</p> <p><b>Un spécialiste en emploi dans l'équipe</b> 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.</p> <p><b>La taille du programme</b> Le programme est de la taille suffisante pour pouvoir offrir invariablement la couverture et la diversité en personnel nécessaire (10 ETP pour 100 bénéficiaires).</p>
<p>Critères d'organisation</p>	<p><b>Des critères d'admission explicites</b> Le programme recrute activement une population spécifique et tous les bénéficiaires admis répondent aux critères d'admission explicites</p> <p><b>Taux d'admission bas</b> Un taux d'admission de maximum six par mois dans les six derniers mois.</p> <p><b>Pleine responsabilité pour le traitement</b> Case-management, soins psychiatriques, psychothérapie, soutien au logement, traitement des abus de substances, service de réhabilitation y compris l'emploi.</p>	<p><b>Responsabilité pour un service de crises</b> Service de crise 24h/24 couvrant les urgences psychiatriques</p> <p><b>Responsabilité pour les admissions à l'hôpital</b> L'équipe du programme reste impliquée dans les admissions à l'hôpital dans 95% des cas.</p> <p><b>Responsabilité pour les sorties de l'hôpital</b> Les sorties de l'hôpital sont planifiées en concertation avec l'équipe du programme dans 95% des cas.</p> <p><b>Des services non-limités dans le temps</b> Tous les bénéficiaires sont desservis sans limite de temps. Moins de 5% des bénéficiaires par année sortent définitivement du programme.</p>

Caractéristiques d'un programme ACT qui aurait un score parfait à l'échelle de fidélité ACT (suite)		
Nature des services	<p><b>Des services in vivo</b> <i>Au moins 80% du temps consacrés aux services a lieu dans la communauté elle-même.</i></p> <p><b>Pas de politique d'exclusion</b> <i>95% des bénéficiaires sont toujours dans le programme au delà de douze mois</i></p> <p><b>Des mécanismes d'un engagement affirmé de l'équipe</b> <i>Des stratégies pro-active, y compris les contacts dans la rue</i></p> <p><b>Intensité du service</b> <i>Une moyenne de deux heures par semaine ou plus par bénéficiaire</i></p> <p><b>Fréquence des contacts</b> <i>Une moyenne de quatre ou plus de contact par semaine et par bénéficiaire</i></p>	<p><b>Travail avec le réseau de soutien du bénéficiaire</b> <i>Chaque mois, les membres de l'équipe ont au moins quatre contacts avec des personnes significatives du bénéficiaire</i></p> <p><b>Traitement individualisé des abus de substances</b> <i>Les bénéficiaires avec problème d'abus de substances reçoivent au moins 24' par semaine de traitement spécifique</i></p> <p><b>Modèle du traitement des doubles diagnostics</b> <i>Le programme adapte pleinement les principes de l'approche des doubles diagnostics</i></p> <p><b>Usagers au sein de l'équipe</b> <i>Des usagers sont employés comme membres de l'équipe avec un vrai statut professionnel.</i></p>

## D. Le modèle **Assertive Community Treatment (ACT)**

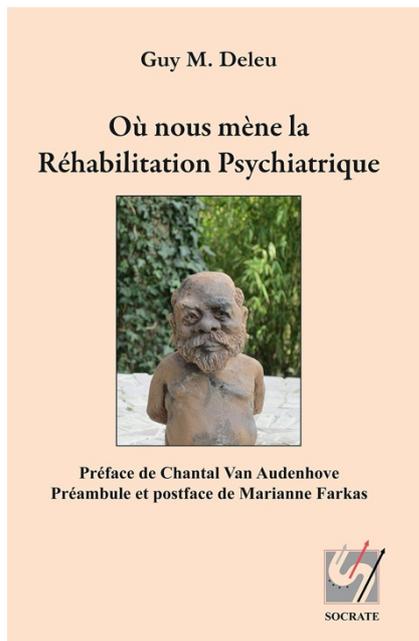


Développé au Pays-Bas à partir de 2007, ce modèle est une adaptation du modèle ACT et consiste en des soins délivrés au sein d'une équipe unique multidisciplinaire qui propose des soins flexibles en fonction de l'intensité de soins nécessaires, c'est-à-dire un case-management individuel pour les patients actuellement stables et pour les instables un suivi intensif type ACT.

Traduction française du manuel

<https://ccaf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2016/02/16-02-Manuel-FACT-Francais-Final.pdf>

N'hésitez pas à acheter sur Amazon :



*« L'ouvrage de Guy M. Deleu, intitulé « Où nous mène la réhabilitation psychiatrique », rassemble les connaissances, les approches et les instruments créés à l'échelle internationale et les rend accessibles au public francophone... En peu de mots, au moyen de schémas clairs et de situations concrètes, l'ouvrage donne au lecteur un cadre de référence. Véritable source d'inspiration, il l'invite à se mettre au travail avec créativité ».*

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove  
KULeuven - LUCAS