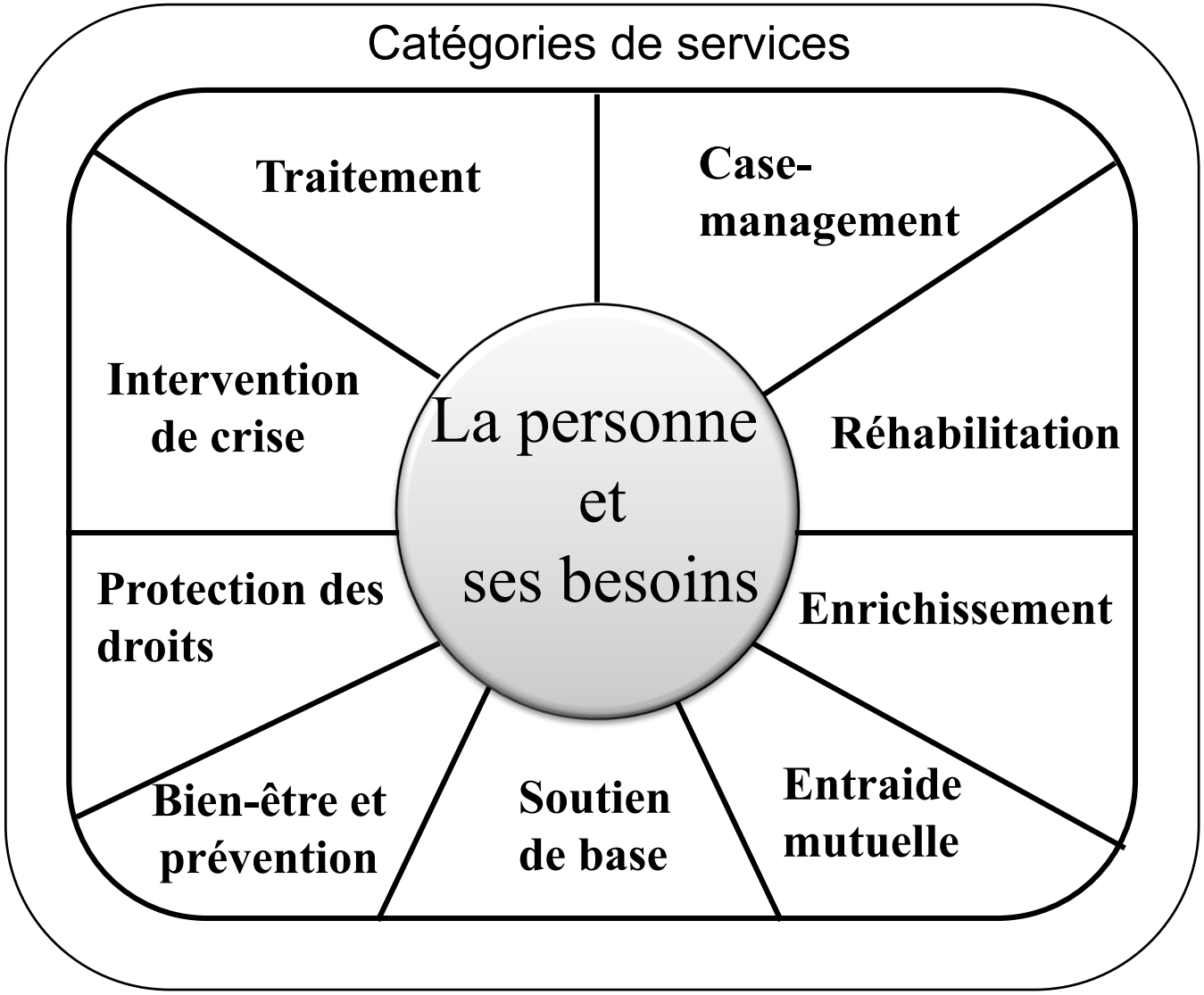
Cycle de formation
La Réhabilitation Psychiatrique en 9 leçons
Année académique 2021-2022

8ème leçon
Le case-management et les équipes mobiles de psychiatrie

Guy M. Deleu, Socrate-Réhabilitation

Charleroi, le 2 mai 2022

Système de soutien communautaire



(Stroul, 1989)

Équipe Mobile 2B Hainaut Est

- Bénédicte Van Smevoorde, gestionnaire
- Elle répondait à mes questions fin avril 2021
- Vidéo : https://youtu.be/4z09ccV_oc4

Les patients dits difficiles

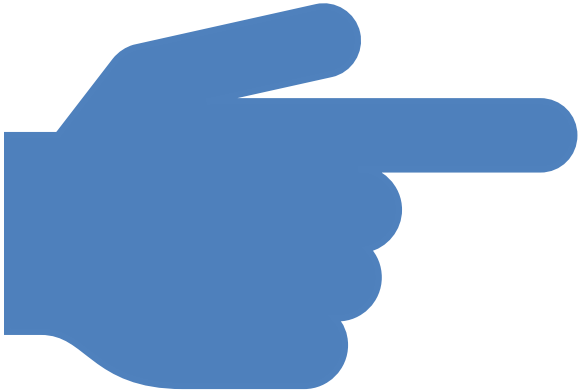
- Maladie mentale sévère et persistante
- Peu ou pas de conscience morbide
- Comorbidité, assuétudes, drogues dures
- Multiples besoins
- Multiples hospitalisations, hospitalisations de longues durées, mises en observations
- Inefficacité des prises en charge ambulatoires traditionnelles, non-compliance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

Illustration

- La situation de Hervé,
- Guide Pratique page 3-4

Plan

- Le case-management
  - Historique
  - Définition
  - Les modèles
- Le Plan de Service Individualisé
- Les équipes mobiles de suivi intensif dans la communauté, les modèles
  - Assertive Community Treatment (Suivi Intensif dans le Milieu)
  - FACT, *Flexible Assertive Community Treatment*)
- Les équipes mobiles de psychiatrie en Belgique



1ère PARTIE

Le Case-management

Définition

Origines

Description

LE CASE-MANAGEMENT

Questions

- Qu’est-ce que le Case-management ?
- Qu’est-ce qu’un plan de service ?
- Dans votre travail exercez-vous des fonctions de 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

LES ORIGINES

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 communautaure

- ✓ 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

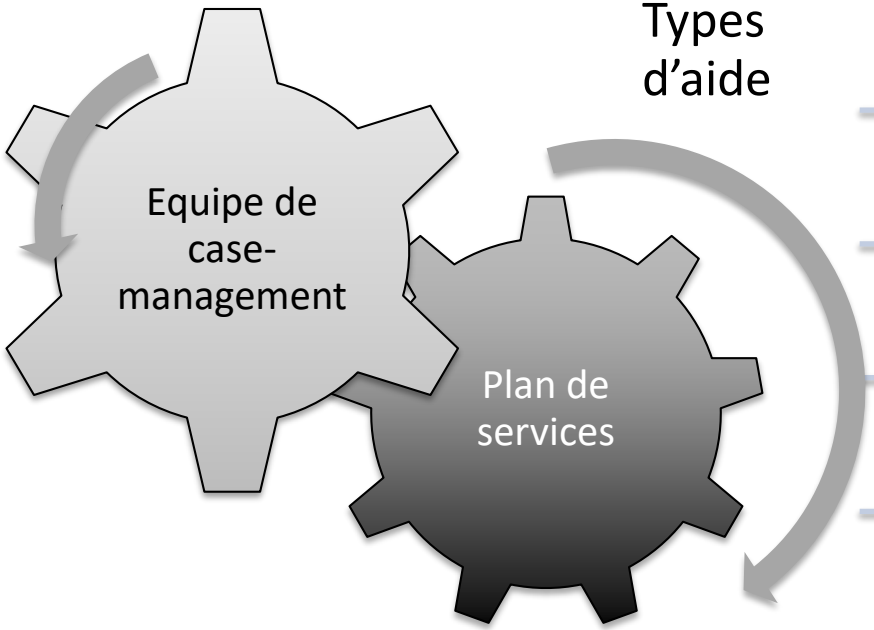
- Le case management n'est pas seulement une réponse aux dysfonctionnement du système.
- Il est un service nécessaire peu importe comment le système est coordonné et intégré.
- Le case management permet d'offrir une réponse personnalisée unique aux besoins spécifiques de services d'une personne.

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*



Types d'aide	
	Identification de la personne en besoin de coordination
	Prise de contact et création d'un lien
	Evaluation des besoins en services
	Etablissement d'un plan de services
	Références aux fournisseurs de services
	Plaidoyer pour l'amélioration des services

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

Plan de 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 des plans de services

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

Case-Management, des modèles

- Generalist Model: modèle de courtier de services
- The Strengths Model, modèle basée sur les forces
- 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*)

Generalist 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 du plan de services
- ratio personnel/personne: 1/30 à 1/50

Generalist 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 gérér 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 Psychiatrie, sous la direction de Rosane Emard et Tim Aubry, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2004)

Les 12 compétences clés en Suivi communautaire (1)

1. Considérer les adultes aux prises avec des troubles mentaux comme des personnes dignes et compétentes et les engager comme des collaborateurs à part entière dans la planification et la prestation des services ;
2. Impliquer la famille et les autres personnes significatives dans la planification, la prestation et l'évaluation des services, lorsque c'est pertinent ;
3. Connaître les enjeux actuels face à la maladie mentale ;
4. Connaître les aspects biologiques de la maladie mentale ;

Les 12 compétences clés en Suivi communautaire (2)

5. Connaître et utiliser les « meilleures pratiques » d'intervention et de soutien ;
6. Développer, fournir et documenter des services et soutiens individualisés ;
7. Accéder aux ressources dans la communauté et les utiliser ;
8. Démontrer son savoir en matière d'enjeux juridiques et de droits civils ;

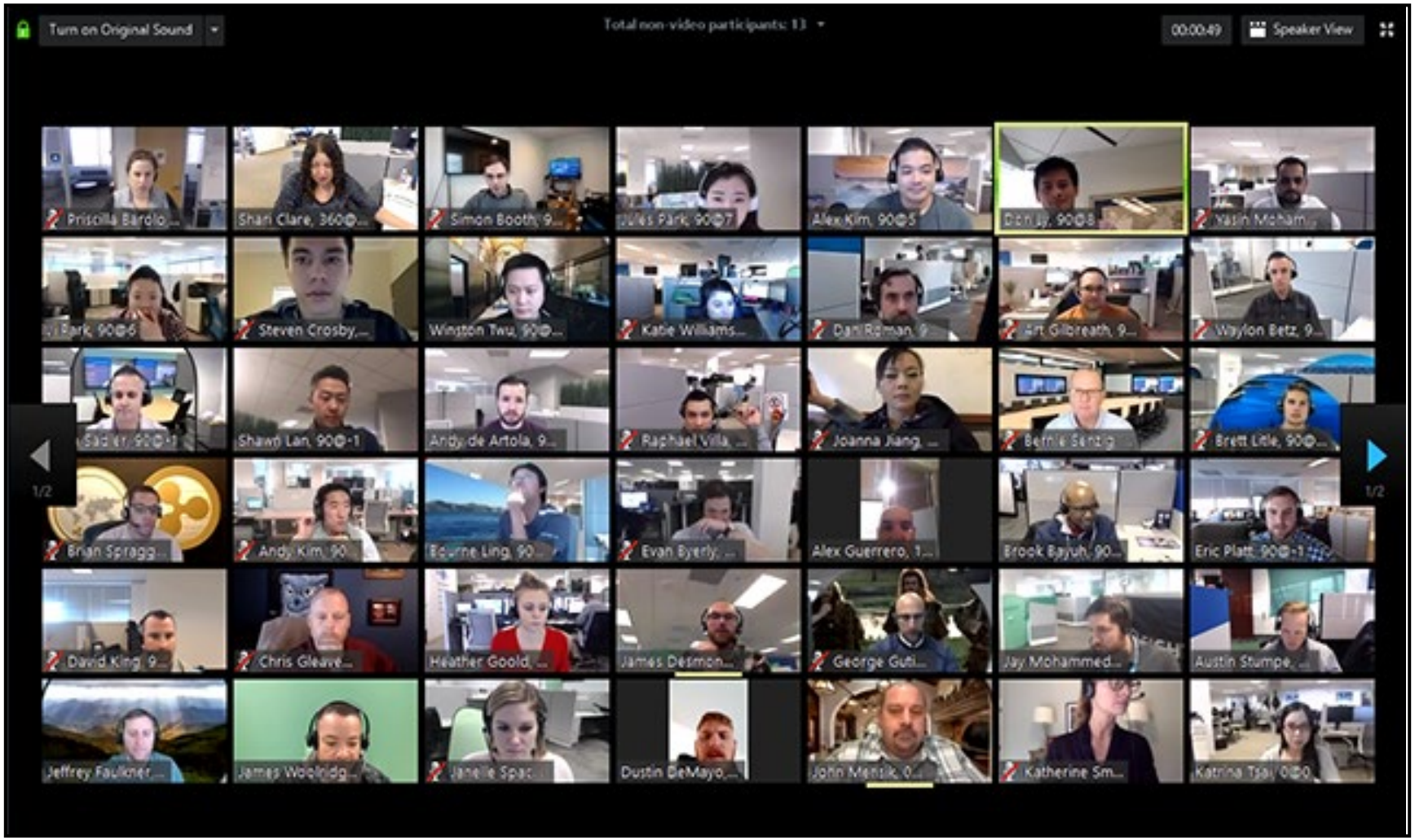
Les 12 compétences clés en Suivi communautaire (3)

9. Travailler en collaboration dans le système et en inter-sectorialité ;
10. Intervenir de façon professionnelle et éthique ;
11. Intervenir de façon à respecter la culture des personnes desservies ;
12. Connaître et appliquer des méthodes évaluatives pour sa propre pratique.

Coursey et al. (2000a, 2000b) dans *Le Suivi communautaire en Santé Mentale, Une invitation à bâtir sa vie*, Rosanne Emard et Tim Aubry, 2004

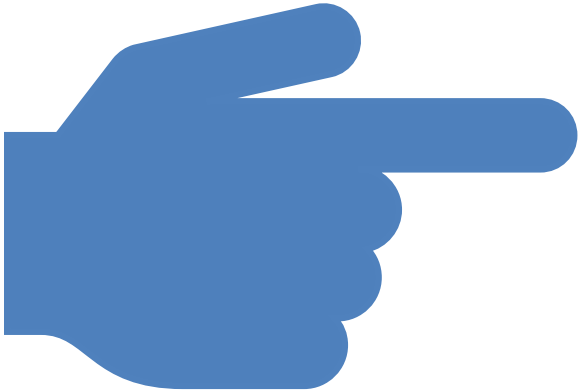
Illustration

- La situation de Fabrizio, Plan de Services Individualisé
- L'équipe d'accompagnement des Habitations Protégées de Charleroi
- Référente : Letizia
- Guide Pratique page 5
- https://youtu.be/tAYj4spYM9g



C’est le moment pour poser une question !

Pause



2ÈME PARTIE

Le Plan de Services Individualisé

Le Case-management

LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI)

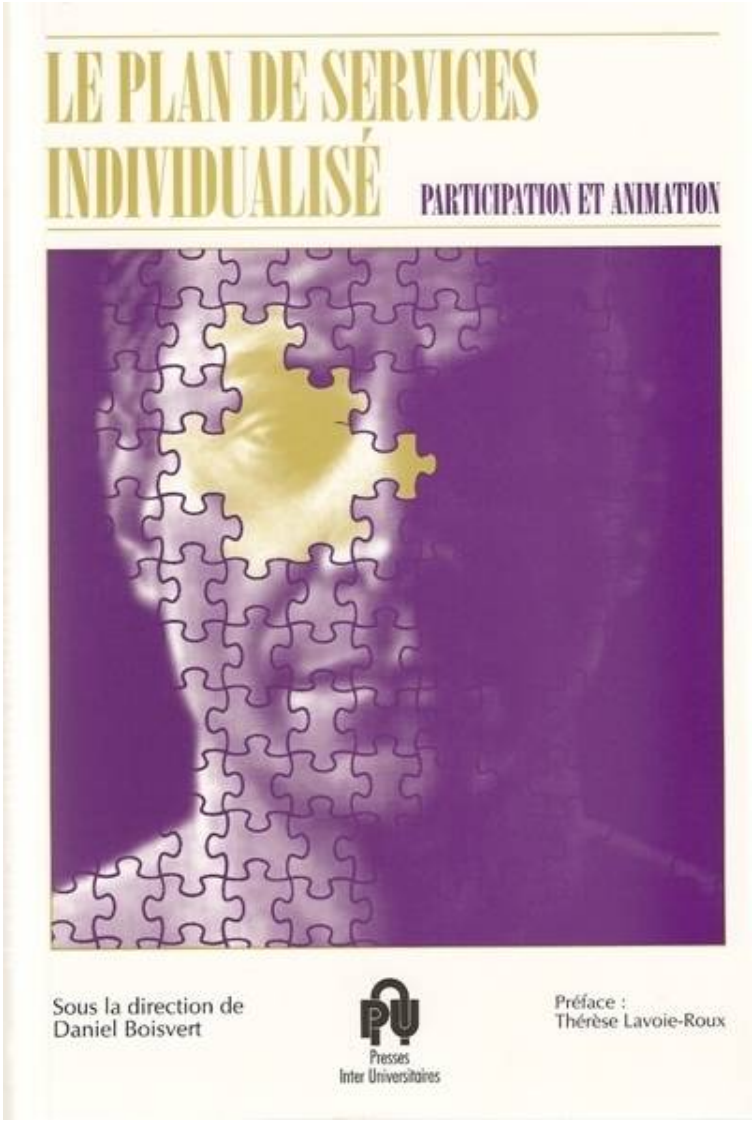
Daniel BOISVERT Ph.D.

- 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'EVALUATION DES FORCES ET DES BESOINS

BESOINS

On les identifie en mesurant l'écart entre

Ce qui est	Ce qui devrait être
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 …

L'EVALUATION DES FORCES ET DES 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'EVALUATION DES FORCES ET DES BESOINS

FONCTIONNENT ACTUEL

FONCTIONNEMENT DESIRE

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

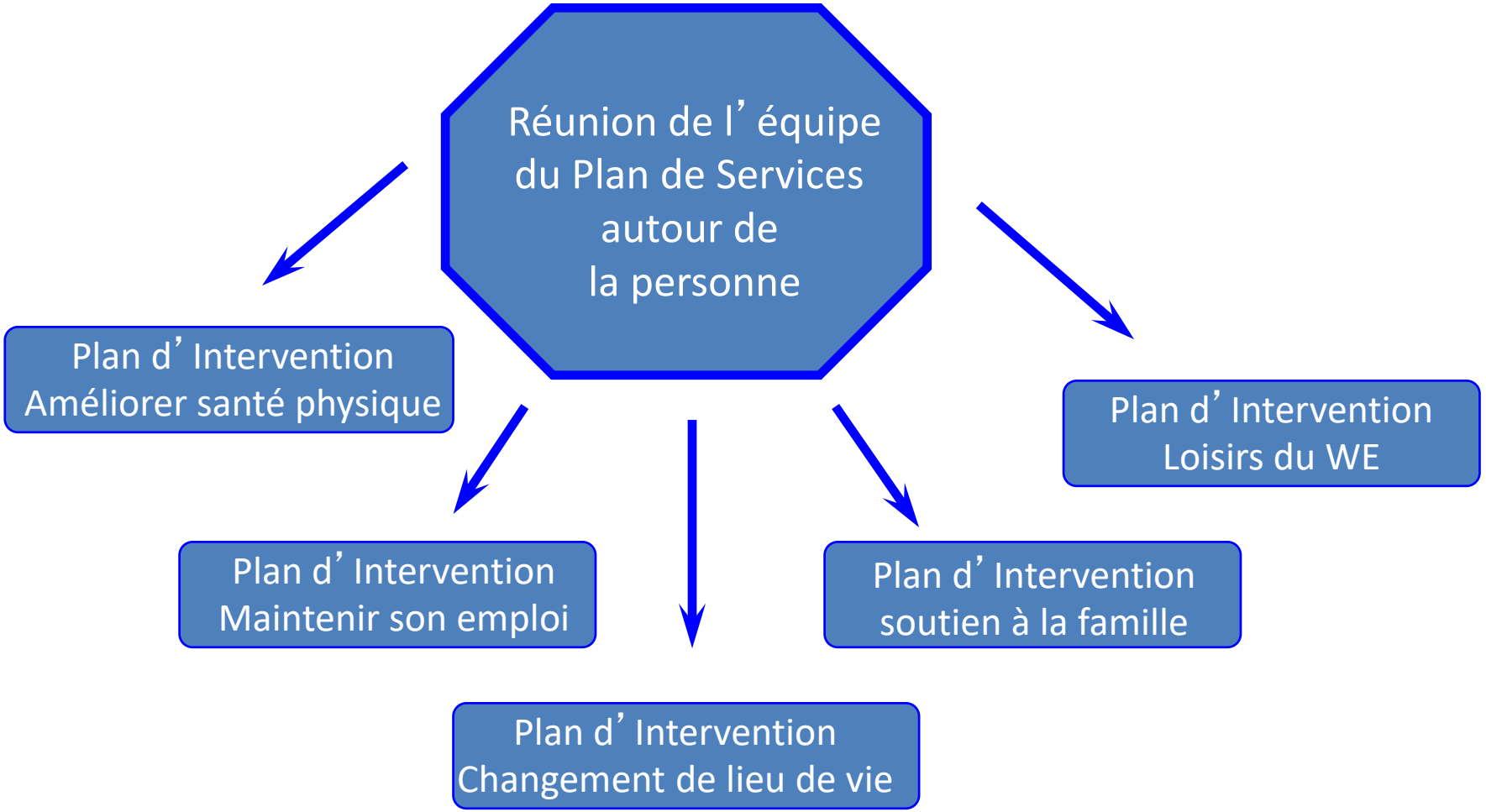
- Le professionnel aide la personne à choisir les personnes significatives pour la réunion du plan de services

- 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

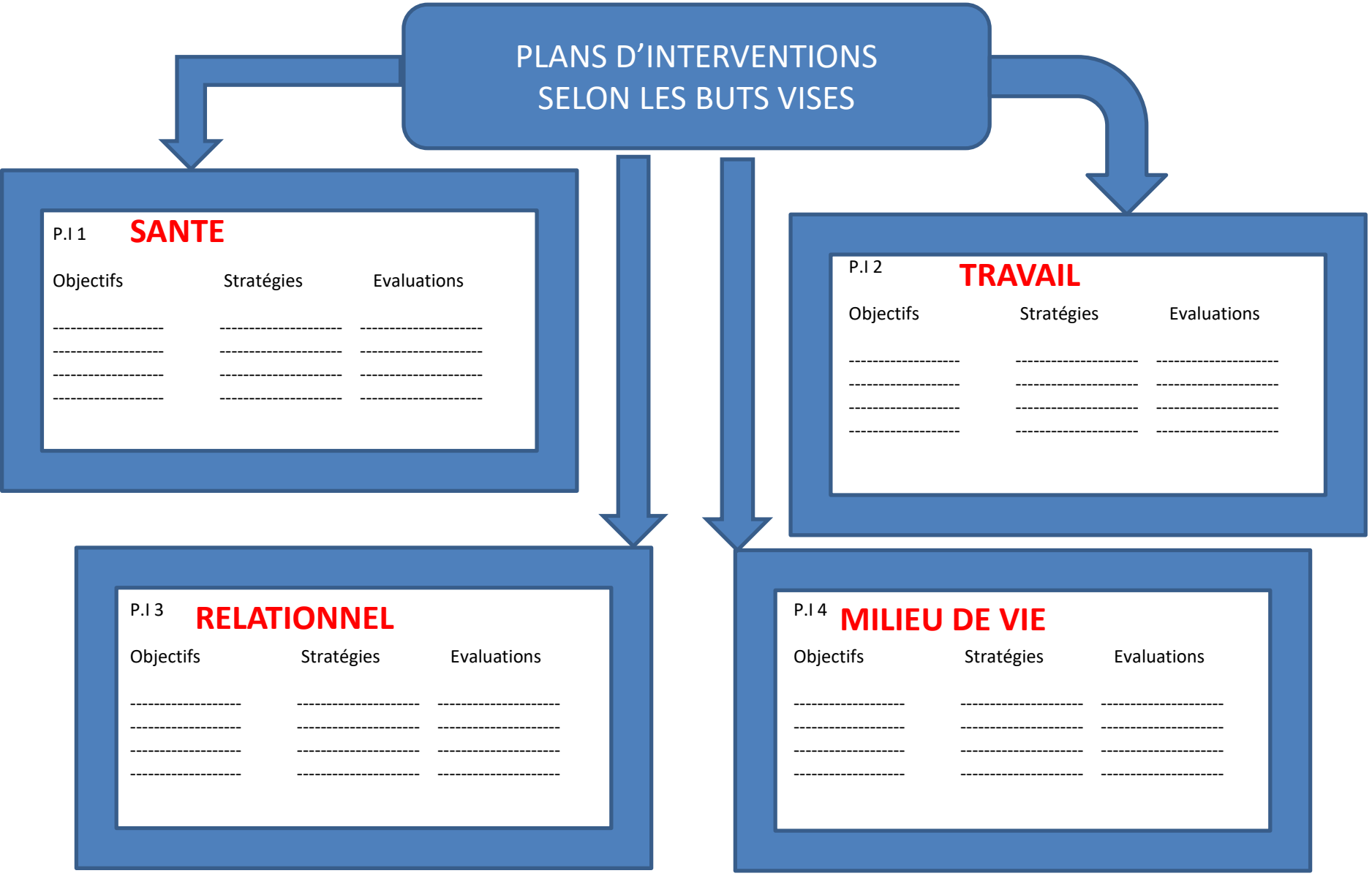


LES PLANS D'INTERVENTIONS

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 :

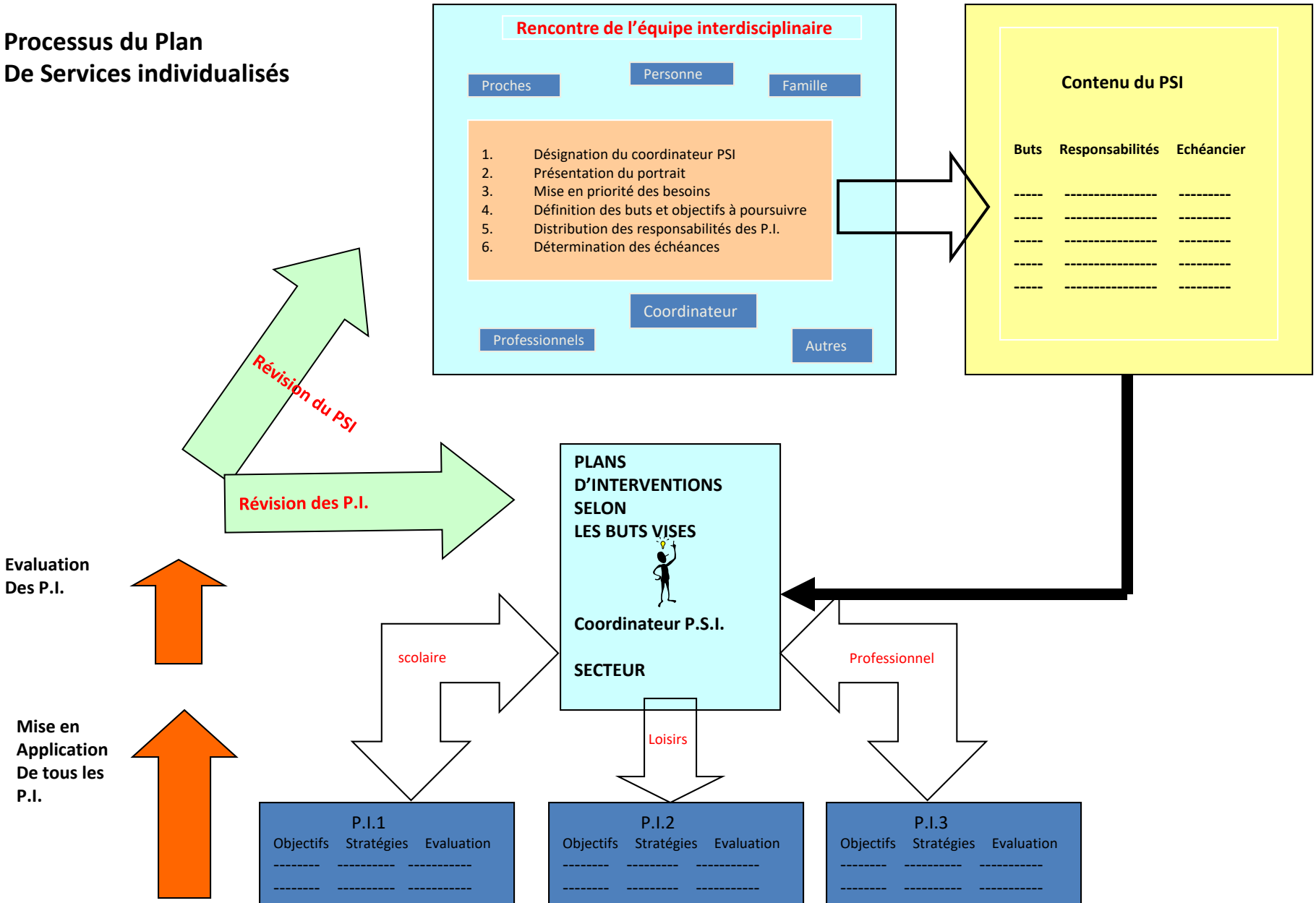
« ce que l'intervenant doit faire et la tâche que la personne doit exécuter pour atteindre l'objectif visé »

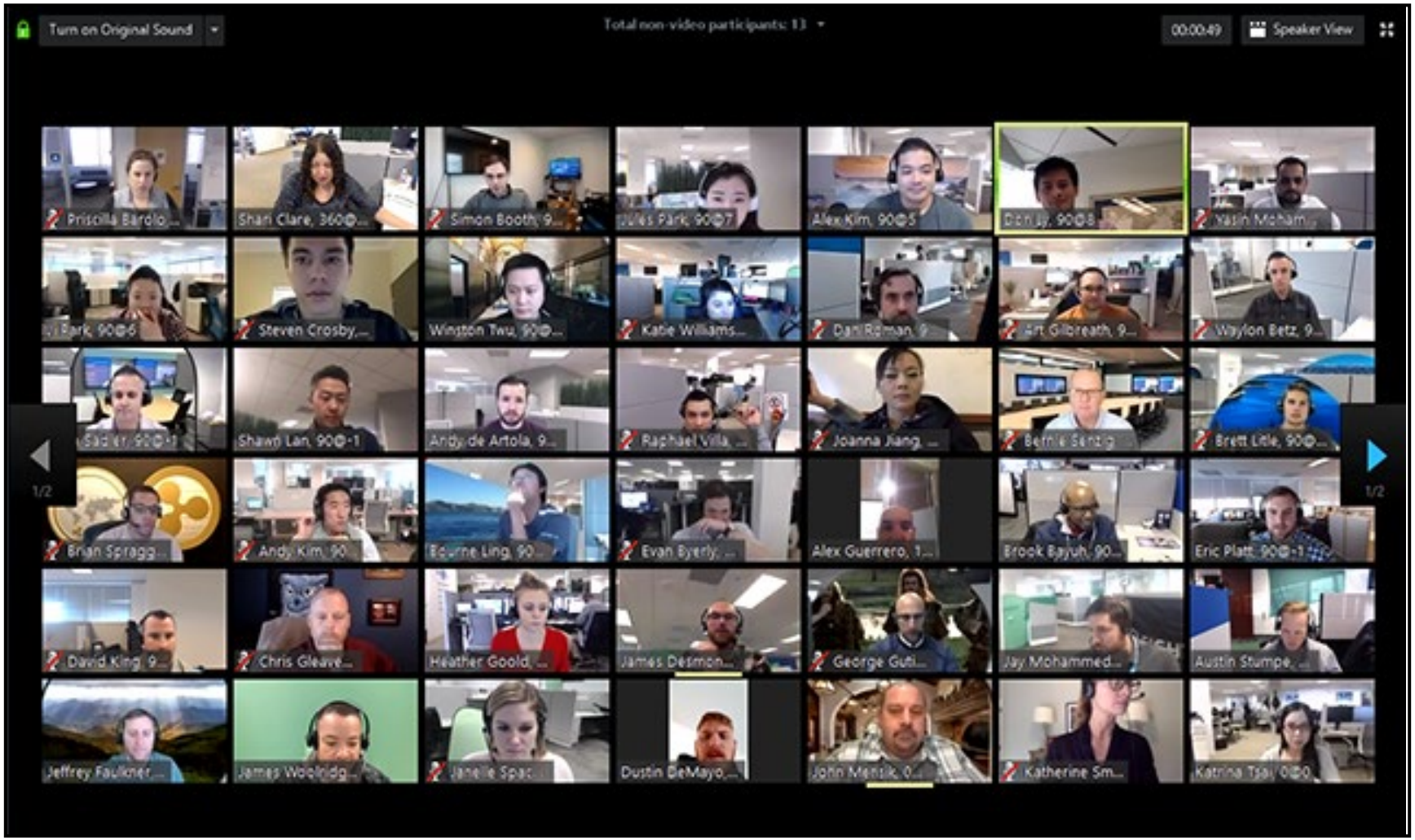

PLANS D'INTERVENTIONS
SELON LES BUTS VISES
P.I 1
SANTE
Objectifs
Stratégies
Evaluations
P.I 2
TRAVAIL
Objectifs
Stratégies
Evaluations
P.I 3
RELATIONNEL
Objectifs
Stratégies
Evaluations
P.I 4
MILIEU DE VIE
Objectifs
Stratégies
Evaluations

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

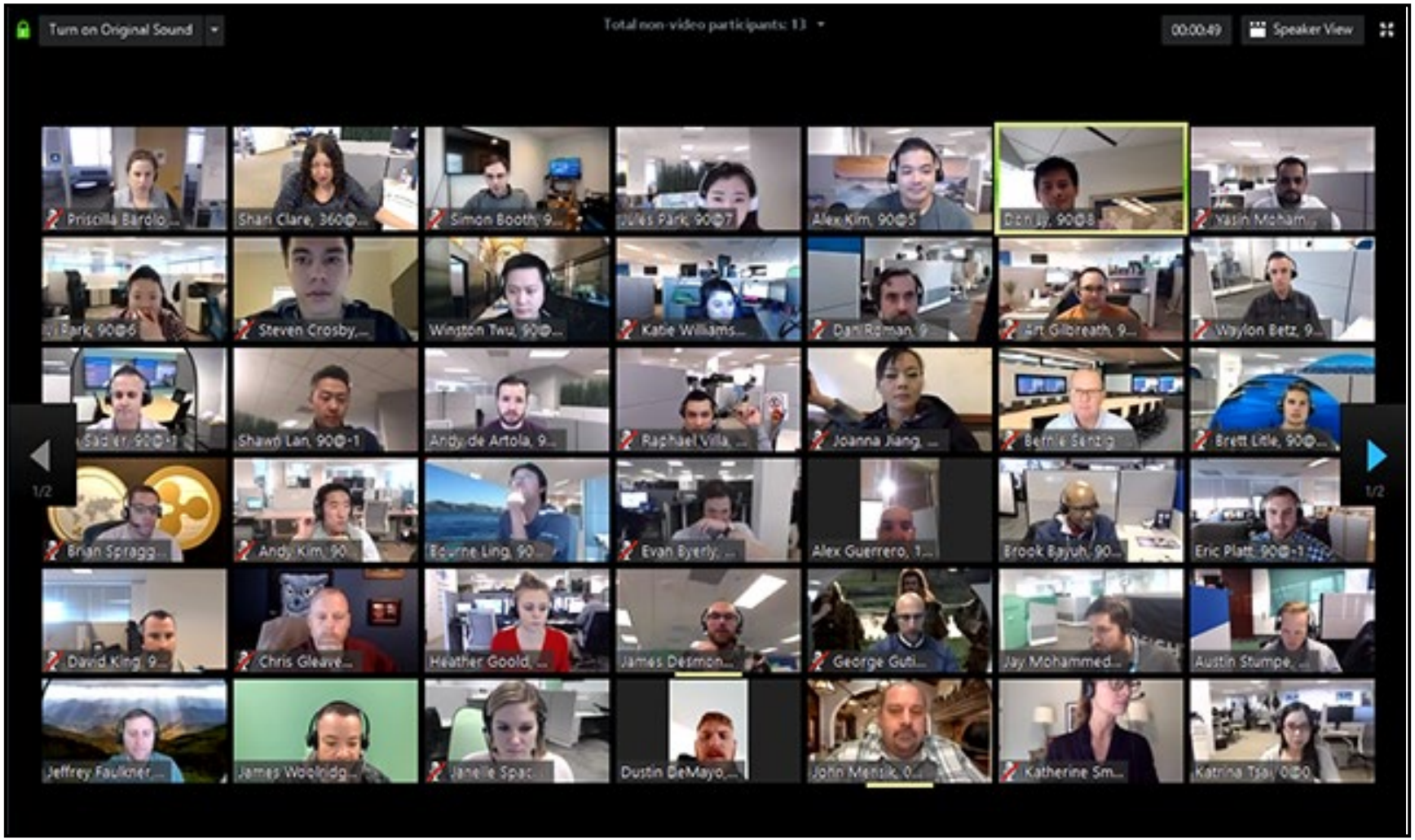
Processus du Plan
De Services individualisés




Turn on Original Sound
Total non-video participants: 13
00:00:49
Speaker View
1/2
1/2

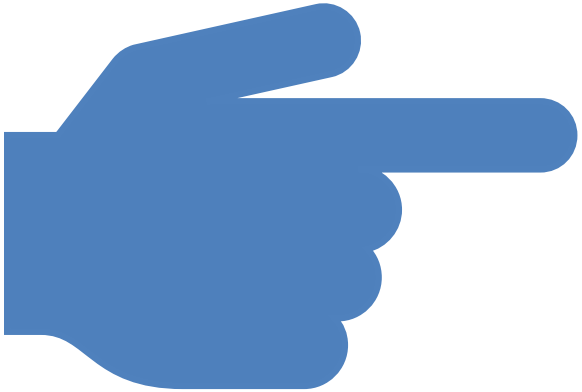
Sondage 1

QUIZ



C’est le moment pour poser une question !

Pause



3ème PARTIE

Le modèle ACT

Le modèle FACT

Des équipes mobiles de traitement intensif

ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT
MODÈLE ACT

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 (Liberman, 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

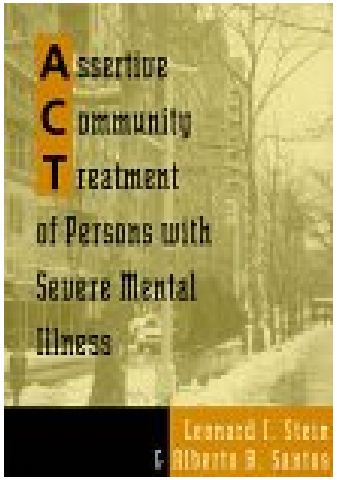
Equipe multidisciplinaire de l'Hôpital de Madison au Wisconsin

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/coordinateur, 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 consacrés 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 concommittants**
  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
MODÈLE FACT

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

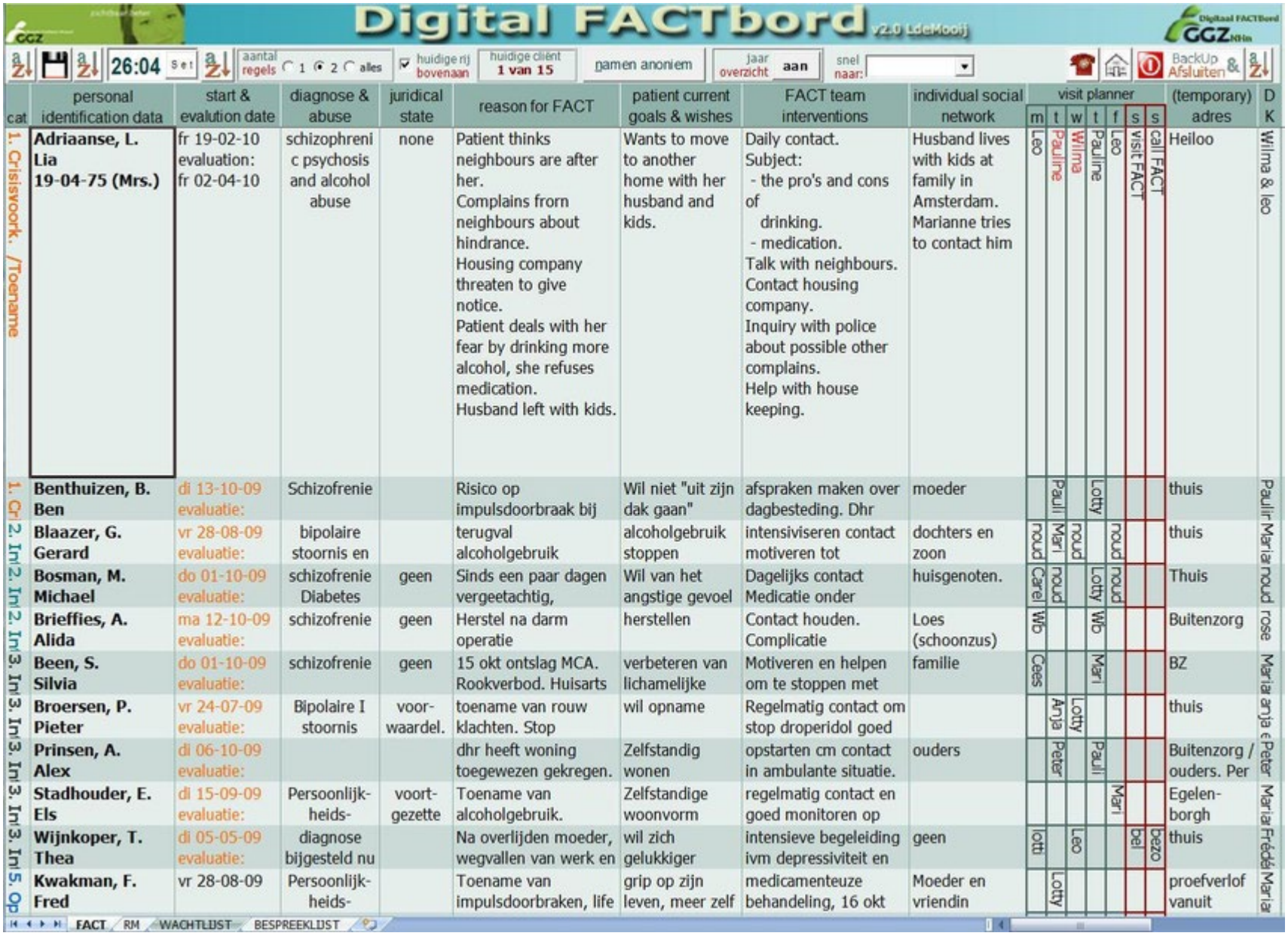
FACT : Un système de commutation souple

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

26:04 Set | aantal regels 1 2 alles | huidige rij bovenaan | huidige cliënt 1 van 15 | namen anoniem | jaar overzicht aan | snel naar: | BackUp Afsluiten

cat	personal identification data	start & evalution date	diagnose & abuse	juridical state	reason for FACT	patient current goals & wishes	FACT team interventions	individual social network	visit planner m	t	w	t	f	s	s	(temporary) adres	DK
1. Crisiswoork. /Toename	**Adriaanse, L. Lia 19-04-75 (Mrs.)**	fr 19-02-10 evaluation: fr 02-04-10	schizophrenic psychosis and alcohol abuse	none	Patient thinks neighbours are after her. Complains frorn 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	visit FACT	call FACT	Heiloo	Wilma & leo
1. Cr	**Benthuizen, B. Ben**	di 13-10-09 evaluatie:	Schizofrenie		Risico op impulsdoorbraak bij	Wil niet "uit zijn dak gaan"	afspraken maken over dagbesteding. Dhr	moeder		Pauli		Lotty				thuis	Paulir
2. In	**Blaazer, G. Gerard**	vr 28-08-09 evaluatie:	bipolaire stoornis en		terugval alcoholgebruik	alcoholgebruik stoppen	intensiviseren contact motiveren tot	dochters en zoon	noud	Mari	noud		noud			thuis	Maria
2. In	**Bosman, M. Michael**	do 01-10-09 evaluatie:	schizofrenie Diabetes	geen	Sinds een paar dagen vergeetachtig,	Wil van het angstige gevoel	Dagelijks contact Medicatie onder	huisgenoten.	Carel	noud		Lotty	noud			Thuis	noud
2. In	**Brieffies, A. Alida**	ma 12-10-09 evaluatie:	schizofrenie	geen	Herstel na darm operatie	herstellen	Contact houden. Complicatie	Loes (schoonzus)	Wb			Wb				Buitenzorg	rose
3. In	**Been, S. Silvia**	do 01-10-09 evaluatie:	schizofrenie	geen	15 okt ontslag MCA. Rookverbod. Huisarts	verbeteren van lichamelijke	Motiveren en helpen om te stoppen met	familie	Cees			Mari				BZ	Maria
3. In	**Broersen, P. Pieter**	vr 24-07-09 evaluatie:	Bipolaire I stoornis	voor-waardel.	toename van rouw klachten. Stop	wil opname	Regelmatig contact om stop droperidol goed			Anja	Lotty					thuis	anja &
3. In	**Prinsen, A. Alex**	di 06-10-09 evaluatie:			dhr heeft woning toegewezen gekregen.	Zelfstandig wonen	opstarten cm contact in ambulante situatie.	ouders		Peter		Pauli				Buitenzorg / ouders. Per	Peter
3. In	**Stadhouder, E. Els**	di 15-09-09 evaluatie:	Persoonlijk-heids-	voort-gezette	Toename van alcoholgebruik.	Zelfstandige woonvorm	regelmatig contact en goed monitoren op						Mari			Egelen-borgh	Maria
3. In	**Wijnkoper, T. Thea**	di 05-05-09 evaluatie:	diagnose bijgesteld nu		Na overlijden moeder, wegvallen van werk en	wil zich gelukkiger	intensieve begeleiding ivm depressiviteit en	geen	Iotti		Leo			bel	bezo	thuis	Fréd
5. Op	**Kwakman, F. Fred**	vr 28-08-09	Persoonlijk-heids-		Toename van impulsdoorbraken, life	grip op zijn leven, meer zelf	medicamenteuze behandeling, 16 okt	Moeder en vriendin		Lotty						proefverlof vanuit	Maria

FACT | RM | WACHTLIJST | BESPREEKLIJST

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.

Modèle ACT et FACT

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.

Équipe Mobile 2B Hainaut Est

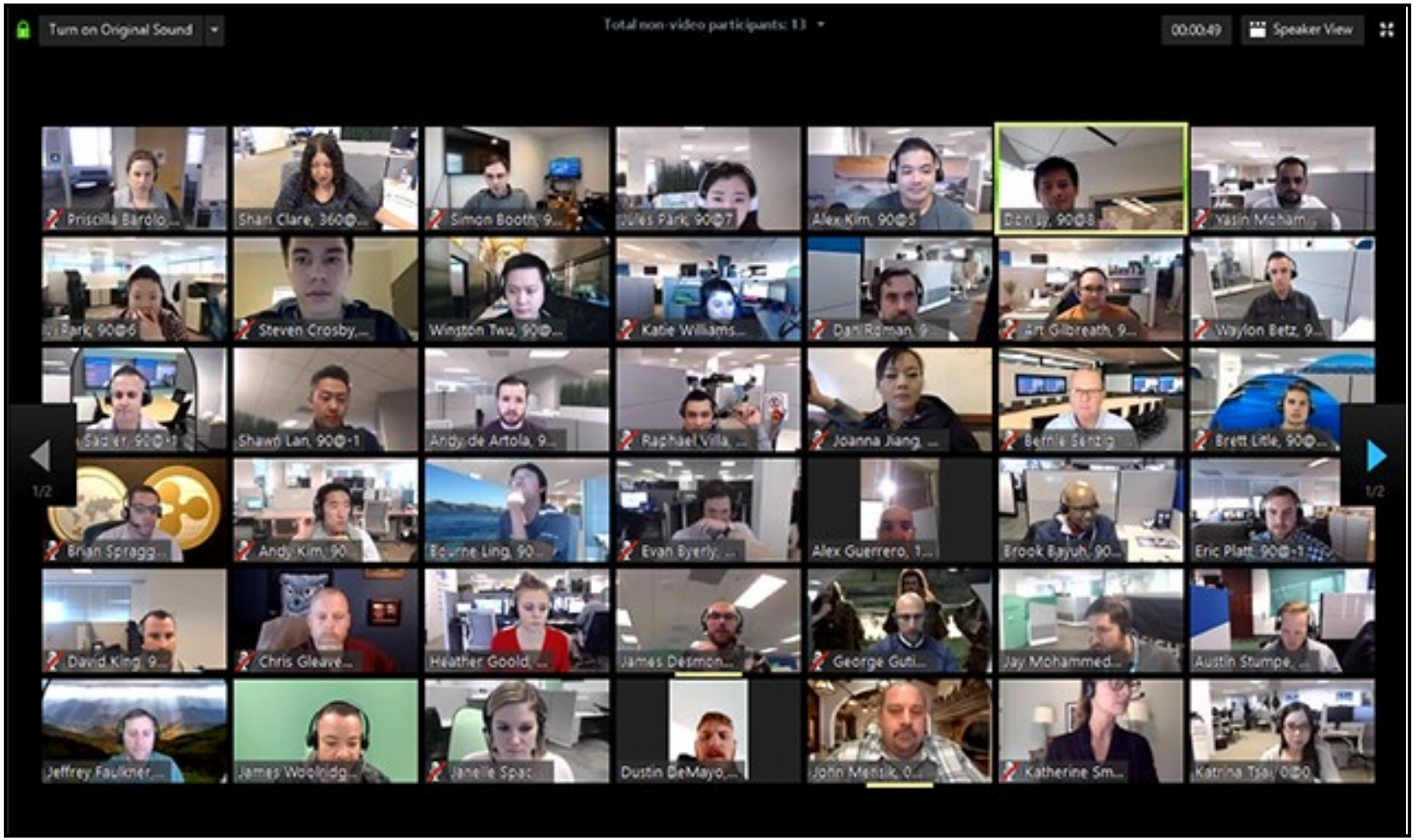
- Bénédicte Van Smevoorde, gestionnaire
- Elle a répondu à mes questions le 22 avril 2022.
- Vidéo : https://youtu.be/0s2i0gLN56s

Travail en petit groupe

Votre expérience des équipes mobiles et des équipes d'accompagnement

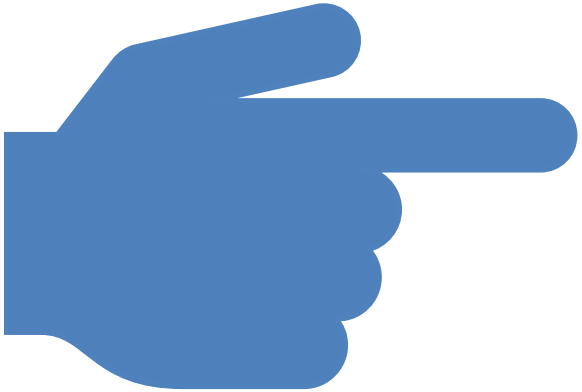
Font-ils de la Réhabilitation ?

Durée : 20 minutes



C’est le moment pour poser une question !

Pause



4ÈME PARTIE

La Réforme belge des Soins de Santé Mentale, PSI 107

Les équipes mobiles 2B

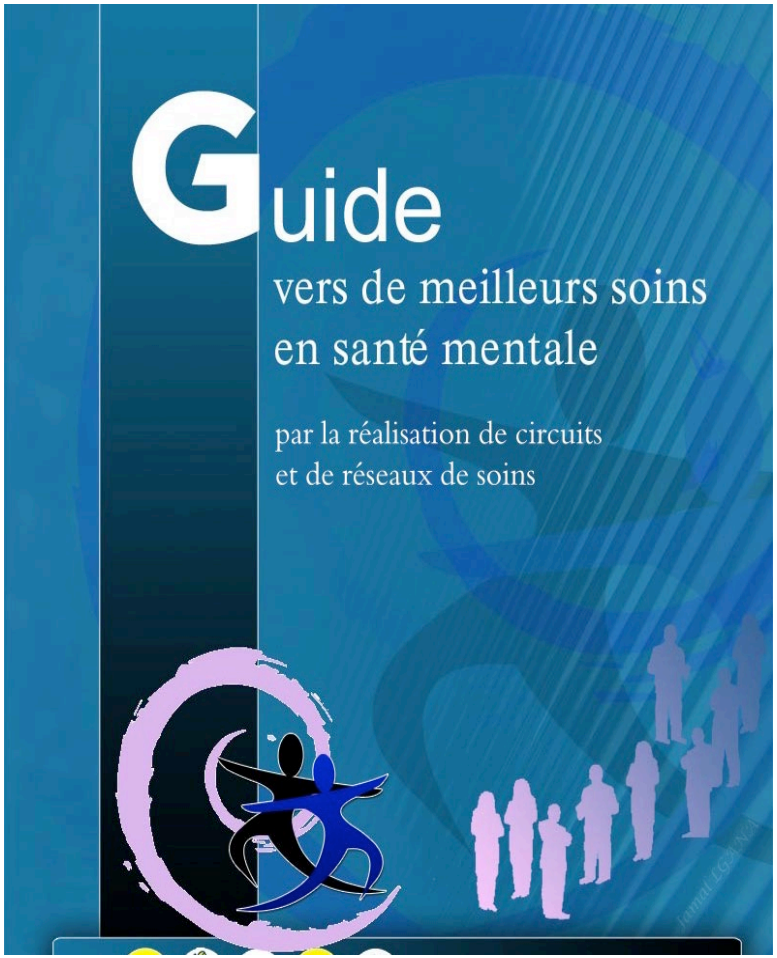
LES ÉQUIPES MOBILES DE PSYCHIATRIE EN BELGIQUE

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

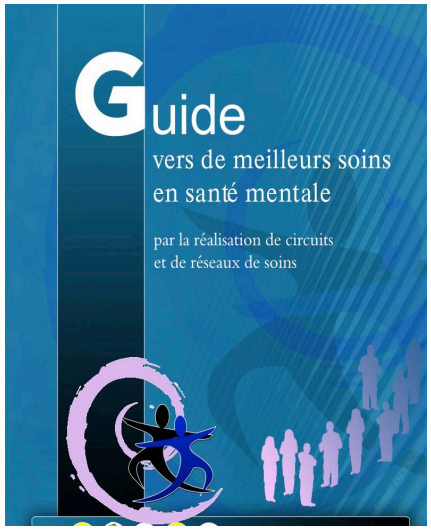
Contexte

- 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*



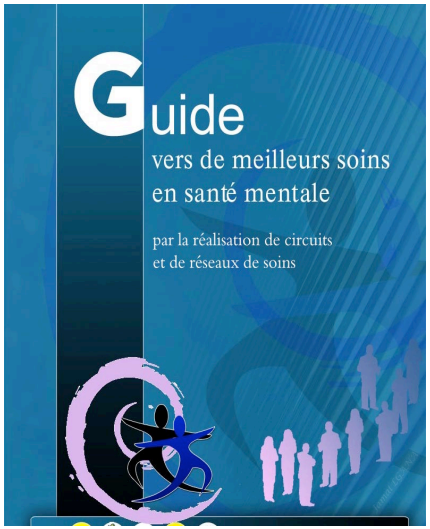
Contexte

- 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

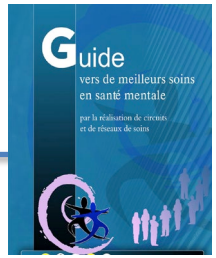
- La réforme est expérimentée de différentes manières, à différents endroits du pays.
- Des grandes variations dans les équipes mobiles des différents projets pilotes.
- Souplesse voulue pour que ces équipes puissent s'adapter aux différents contextes (rural ou urbain), aux réseaux de services déjà en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

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

L'avis des coordinateurs de la Réforme PSY 107

Murielle Makuch

- Adjointe à la coordination fédérale de la réforme des soins en santé mentale, SPF Santé Publique

Questions à Murielle Makuch, 4 mai 2022

- Avez-vous déjà des données officielles concernant l'apport des équipes mobiles 2B en Belgique ? Si oui lesquels ?
- Avec le recul, êtes-vous en mesure de proposer aux équipes mobiles 2B des guidelines pour une bonne pratique. Et si oui lesquels ?
- Avec les quelques années d'expérience, peut-on dire qu'un modèle belge des équipes mobiles pour patients chroniques est en train de se dessiner ? Si oui, quelles en sont les grandes lignes ?
- Existe-t-il un texte officiel ou une publication qui reprend ce qu'est une équipe mobile 2B, sa mission et son mode de fonctionnement ?

Questions à Murielle Makuch, 25 avril 2022

Bonjour Murielle,

J'espère que tu vas bien.

Le 3 mai prochain, je redonne la leçon 8 de mon séminaire « Le case-management et les équipes mobiles de psychiatrie".

J'ai revisionné ton intervention de l'année passé. Cela a été un moment convivial et instructif pour l'ensemble du groupe.

Concernant les équipes mobiles 2B, je viens d'apprendre que du côté Flamand le SPF aurait publié un guide des pratiques recommandées et que un tel document serait en préparation pour la partie francophone du pays.

Pourrais-tu me dire quelles sont ces pratiques recommandées proposées en Flandre et quelles seraient les pratiques recommandées en discussion pour la partie francophone.

As-tu des documents à ce sujet?

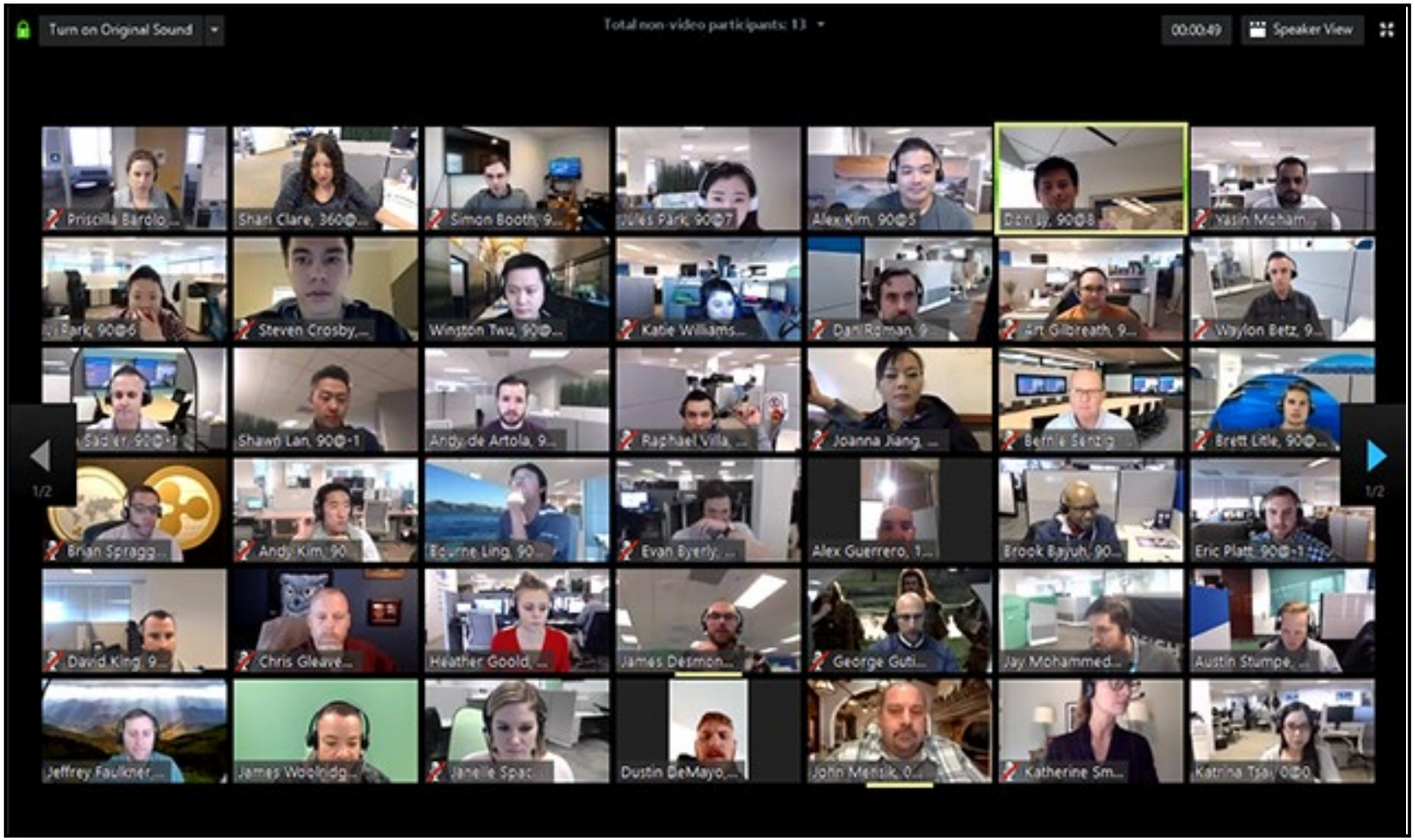
Encore merci pour ton aide.

Belle après-midi,

Guy

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



C’est le moment pour poser une question !

MERCI DE VOTRE ATTENTION