

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

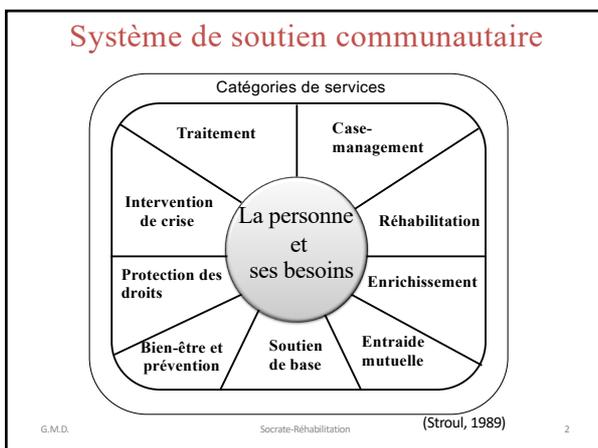


8^{ème} leçon
Le case-management et les équipes
mobiles de psychiatrie

Guy M. Deleu, Socrate-Réhabilitation
Charleroi, le 2 mai 2022

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 1

1



2

Équipe Mobile 2B Hainaut Est

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 3

3

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

G.M.D.

Socrate-Réhabilitation

4

4

Illustration



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



G.M.D.

Socrate-Réhabilitation

5

5

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

G.M.D.

Socrate-Réhabilitation

6

6



1ÈRE PARTIE

Le Case-management
Définition
Origines
Description

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 7

7

LE CASE-MANAGEMENT

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 8

8

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?

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 9

9

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)

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 10

10

Le Case-Management

LES ORIGINES

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 11

11

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 12

12

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 13

13

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 14

14

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 15

15

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 16

16

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.

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 17

17

Le Case-Management

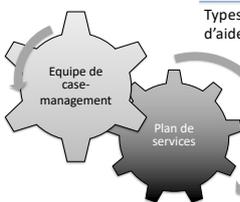
DESCRIPTION

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 18

18

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 19

19

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 20

20

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 21

21

Case-Management, la coordination des plans de services

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



G.M.D. Socrate-Réhabilitation 22

22

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*)

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 23

23

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 24

24

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 25

25

Agent ou compagnon de voyage

<ul style="list-style-type: none"> • Case management de courtage <ul style="list-style-type: none"> – 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Case management clinique <ul style="list-style-type: none"> – 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
---	---

G.M.D. 26 Socrate-Réhabilitation

26

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

G.M.D. 27 Socrate-Réhabilitation

27

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>



G.M.D. Socrate-Réhabilitation 31

31



C'est le moment pour poser une question !

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 32

32



G.M.D. Socrate-Réhabilitation 33

33



2ÈME PARTIE

Le Plan de Services Individualisé

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 34

34

Le Case-management

LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI)

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 35

35

Daniel BOISVERT Ph.D.

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

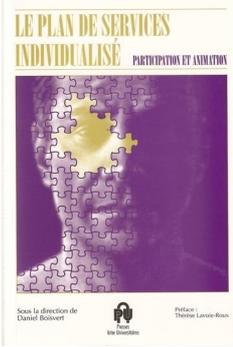


G.M.D. Socrate-Réhabilitation 36

36

Daniel BOISVERT

Auteur du livre :
« Le plan de services individualisé, participation et animation » 1996



G.M.D. Socrate-Réhabilitation

37

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 38

38

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 39

39

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)

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 40

40

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)

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 41

41

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 42

42

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 43

43

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 44

44

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation

45

L'EVALUATION DES FORCES ET DES BESOINS

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 ...

G.M.D. Socrate-R@habilitation

46

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...

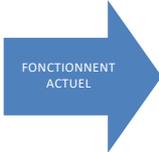
Ex : Mme P. cuisine tous les jours des plats équilibrés, Mr S. possède le permis de conduire, Melle V. adore son activité bénévole à l'hôpital, Mr B. vit avec son frère qui est professeur, ... etc...

G.M.D. Socrate-R@habilitation

47

L'EVALUATION DES FORCES ET DES BESOINS

FONCTIONNEMENT ACTUEL





Analyse des besoins

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.

G.M.D. Socrate-R@habilitation

48

L'EVALUATION DES FORCES ET DES BESOINS

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation

49

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 50

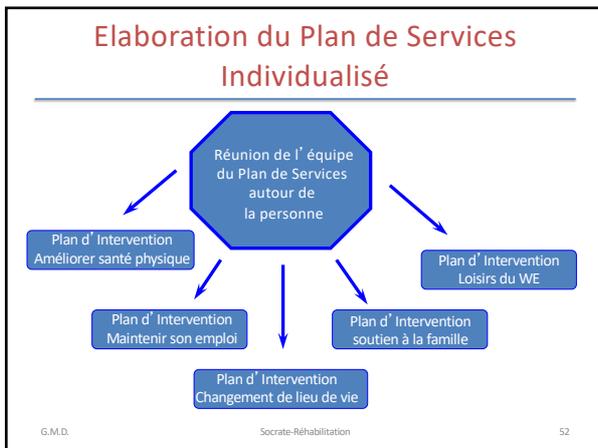
50

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 51

51



52

LES PLANS D'INTERVENTIONS

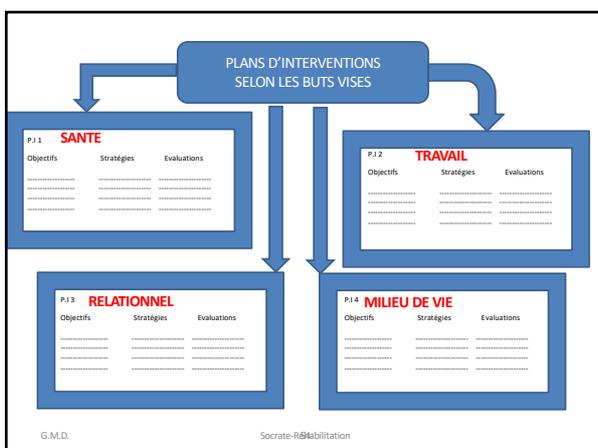
C'est la mise en application (par chaque partenaire désigné lors de la réunion PSI) des actions et des interventions pour répondre aux besoins de la personne.

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 »

G.M.D. Socrate-Réhabilitation

53



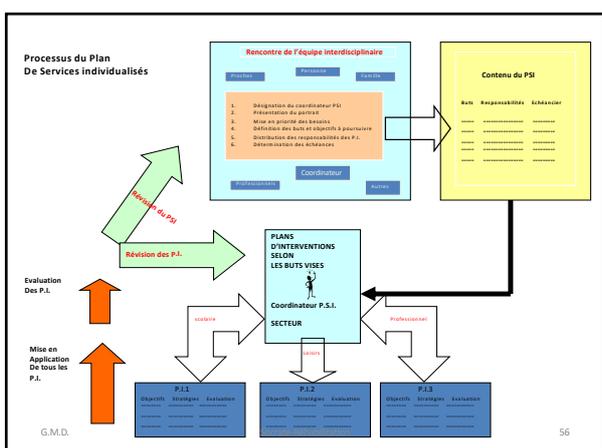
54

PSI, la coordination et le suivi du plan de services

- Assurer une cohérence des interventions et des plans d'intervention
- Eviter les doublons ou les carences de services
- Informar 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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 55

55

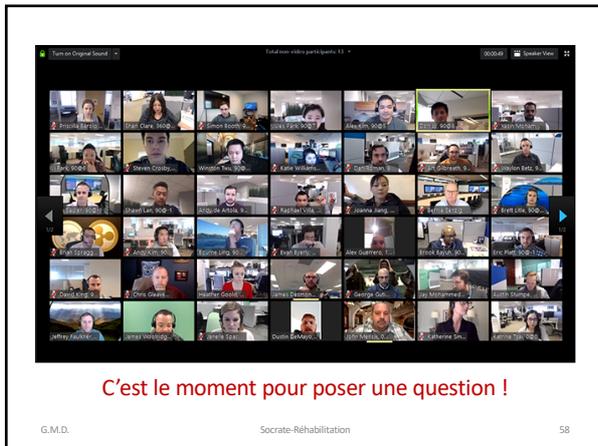


56

Sondage 1 QUIZ

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 57

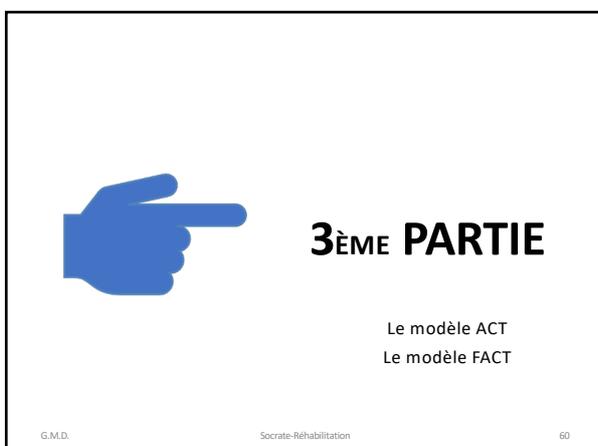
57



58



59



60

Des équipes mobiles de traitement intensif

ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT MODÈLE ACT

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 61

61

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>

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 62

62

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).

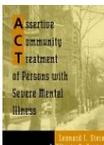
Les services:

- 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. 63 Socrate-Réhabilitation

63

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'	

G.M.D.
64
Socrate-Réhabilitation

64

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
-----------------------------------	--

G.M.D.
65
Socrate-Réhabilitation

65

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
-----------------------------------	---

G.M.D.
Socrate-Réhabilitation
66

66

Équipe mobile type ACT

Résultats (Phillips, 2001)	<p>Réduction du nombre des hospitalisations et de leur durée</p> <hr/> <p>Amélioration de leur qualité de vie et de leur autonomie</p> <hr/> <p>Diminution des symptômes</p> <hr/> <p>Réduction de l'évolution vers l'itinérance, de l'usage de drogues et d'alcool et des problèmes judiciaires</p> <hr/> <p>Augmentation du taux de retour à l'emploi dans le milieu ordinaire du travail</p>
-----------------------------------	---

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 67

67

Équipe mobile type ACT

Une pratique basée sur les preuves	<p>Reconnue officiellement, par la communauté scientifique, comme une pratique basée sur les preuves en 2001</p> <hr/> <p>En 2001, une échelle de fidélité au modèle ACT (<i>Dartmouth ACT Fidelity Scale</i>)</p> <hr/> <p>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</p>
---	---

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 68

68

Équipe mobile type ACT

Échelle de fidélité au modèle ACT	<p>Ressources humaines, structure et composition</p> <hr/> <p>Critères d'organisation</p> <hr/> <p>Nature des services</p>
--	--

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 69

69

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.

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 70

70

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).

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 71

71

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.

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 72

72

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.

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 73

73

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 74

74

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.

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 75

75

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.

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 76

76

Des équipes mobiles de traitement intensif

FLEXIBLE ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT MODÈLE FACT

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 77

77

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.

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 78

78

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).

G.M.D.

Socrate-Réhabilitation

82

82

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.

G.M.D.

Socrate-Réhabilitation

83

83

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.

G.M.D.

Socrate-Réhabilitation

84

84

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






G.M.D.
Socrate-Réhabilitation
85

85

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



G.M.D.
Socrate-Réhabilitation
86

86

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.

G.M.D.
Socrate-Réhabilitation
87

87

Modèle ACT et FACT
RÉFLEXIONS

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 88

88

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.

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 89

89

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.

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 90

90

Équipe Mobile 2B Hainaut Est

- Bénédicte Van Smevoorde, gestionnaire
- Elle a répondu à mes questions le 22 avril 2022.
- Vidéo : <https://youtu.be/Os2i0gLN56s>

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 91

91

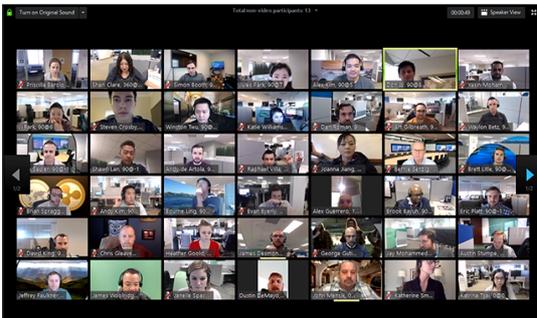


Travail en petit groupe

Votre expérience des équipes mobiles et des équipes d'accompagnement
Font-ils de la Réhabilitation ?
Durée : 20 minutes

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 92

92



C'est le moment pour poser une question !

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 93

93



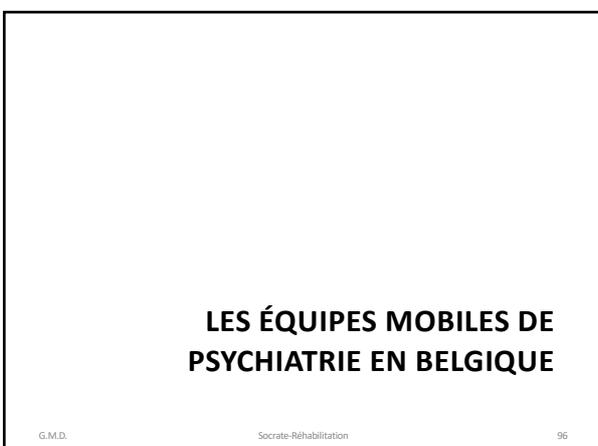
G.M.D. Socrate-Réhabilitation 94

94



G.M.D. Socrate-Réhabilitation 95

95



G.M.D. Socrate-Réhabilitation 96

96

Plan

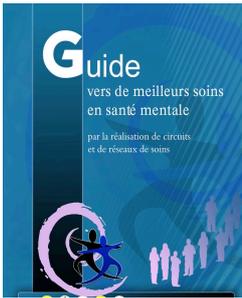
- Le contexte de la Réforme belge des soins de santé mentale
- Les équipes mobiles en Belgique
- La littérature scientifique et les modèles de bonnes pratiques
- Les équipes mobiles pour les personnes avec difficultés psychiatriques chroniques
 - Le modèle *ACT*
 - Le modèle *FACT*
- Réflexions (Paul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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 97

97

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*



G.M.D. Socrate-Réhabilitation 98

98

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



G.M.D. Socrate-Réhabilitation 99

99

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



G.M.D. Socrate-Réhabilitation 100

100

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)

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 101

101

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 Riemaeker, 2012, L'Observation, n° 72

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 102

102

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
Socrate-Réhabilitation 103

103

Des équipes mobiles de traitement intensif

LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE ET LES MODÈLES DE BONNES PRATIQUES

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 104

104

Des équipes mobiles de traitement intensif, indications du Guide

<p>Situation de crise</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Pathologie chroniques</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
---	--

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 105

105

Des équipes mobiles de traitement intensif, les modèles

<p>Situation de crise</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Crisis Resolution Team</i> (UK) 	<p>Pathologie chroniques</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Assertive Community Treatment Team</i> (USA, UK, Pays Bas) • <i>Flexible Assertive Community Treatment Team</i> (Pays Bas) • <i>Ressource-group Assertive Community Treatment (RACT)</i> (Falloon, Nouvelle Zélande)
---	---

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 106

106

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.

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 107

107

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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 108

108

**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



G.M.D. Socrate-Réhabilitation 109

109

**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 ?

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 110

110

**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 révisonné 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

G.M.D. Socrate-Réhabilitation 111

111

Bibliographie

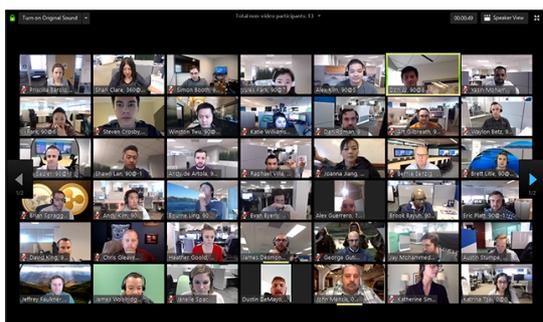
- Anthony W. et al., *La Réhabilitation psychiatrique*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, Socrate-Promarex Editions, Charleroi 2004
- Baronet A-M et al., Psychiatric Rehabilitation: Efficacy of Four Models, *Clinical Psychology Review*, Vol. 18, N°2, pp. 189-228, 1998
- Bonsack 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 et al., Flexible assertive community treatment (FACT) model in specialist psychosis team: a evaluation, *BJPsych Bulletin*, 1-5, doi: 10.1192/bjp.bp.116.053967, original paper, 2017
- Nagler M.A., Engelsbel F., Böhler M., Keen R., van Velthuisen 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 Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review, *BMC Psychiatry* (2015) 15:74

G.M.D.

112

Socrate-Réhabilitation

112



C'est le moment pour poser une question !

G.M.D.

Socrate-Réhabilitation

113

113

MERCI DE VOTRE ATTENTION !

G.M.D.

Socrate-Réhabilitation

114

114
