n°87
10 | 23
La lettre du GCS
GCS POUR LA RECHERCHE ET LA FORMATION EN SANTE MENTALE

Voir la version en ligne.

Interview

Dr Philippe Delespaul,
professeur en innovations dans les soins de santé mentale, Université de Maastricht, Pays-Bas

Equipes FACT et suivi intensif dans la communauté : "Il y a plusieurs façons de délivrer de bons soins"

Pouvez-vous nous expliquer ce que sont les équipes ACT et FACT ?
"Commençons par les équipes ACT (Assertive Community Treatment – Equipe de suivi intensif dans la communauté/de proximité), qui sont davantage connues au niveau international. Ce modèle, initié aux Etats-Unis dans les années 1970, consiste en la création d'équipes mobiles de 10 équivalents temps plein (ETP) s'adressant à 100 usagers qui présentent des troubles de santé mentale sévères et ayant un risque important d'hospitalisation, sur un territoire d'environ 200 000 habitants. La différence avec une équipe mobile de gestion de crise est que l'équipe ACT s'attache à la continuité des soins et intervient aussi en dehors des crises. Le suivi par une équipe ACT s'inscrit dans une durée plus importante qu'une équipe de crise et c'est toujours la même équipe qui s'occupe des mêmes personnes.
Les équipes FACT s'adressent quant à elles plutôt à environ 200 usagers, sur un territoire de 50 000 habitants environ, avec 10-12 ETP. Elle va prendre en charge à la fois les usagers ayant les troubles les plus sévères, mais également les personnes ayant besoin d'un soutien moins intensif, selon une proportion d'environ 20-80%. Les soins pour ces deux groupes sont combinés de façon flexible (le F de Flexible Assertive Community Treatment), permettant aux personnes dont l'intensité des troubles diminue de ne pas changer d'équipe, comme c'est le cas dans le modèle ACT. Les équipes FACT ont également une approche plus orientée vers le rétablissement, au-delà de la seule délivrance des traitements. Ces équipes sont responsables de l'ensemble des soins utiles à la personne, en la rencontrant dans son environnement et en s'appuyant ainsi plus facilement sur ses forces et capacités pour l'aider à mieux fonctionner. La composition de l'équipe est donc pluridisciplinaire : travailleur social, infirmier, pair-aidant, psychologue, psychiatre, addictologue, spécialiste de l'emploi, case-manageur, etc. L'idée générale avec ces équipes est à la fois d'éviter les hospitalisations et de favoriser l'insertion sociale, l'autonomie et la résilience. Leur intervention s'inscrit en conséquence sur une durée plus importante que celle des équipes ACT.

Nous nous sommes interrogés sur le profil des usagers pouvant être suivis par une équipe FACT dans le cadre d'un groupe de travail que j'ai présidé aux Pays-Bas. Nous avons regardé les critères de définition de la sévérité des troubles liés à la classification des psychoses, mais nous ne les avons pas trouvés satisfaisants, car certaines personnes peuvent souffrir d'une anxiété ou d'une dépression très invalidante. Même chose pour les notions de comorbidité ou de fonctionnement, puisque tous les problèmes de santé mentale ont un impact négatif sur ces critères. Nous nous sommes intéressés à la circularité entre la psychopathologie et le fonctionnement. Par exemple, lorsque vous êtes déprimé, vous ne parvenez plus à travailler, et en ne travaillant pas, vous accentuez votre dépression. Lorsque vous faites une intervention sur une dimension (ex : une psychothérapie contre la dépression), certaines personnes ont la résilience homéostatique qui leur permet de rebondir par elles-mêmes, et d'autres ne l'ont pas. On peut distinguer trois dimensions dans le rétablissement : la diminution des symptômes ; la participation et le rôle social ; la qualité de vie et les objectifs dans la vie. Pour certaines personnes, l'amélioration d'une de ces dimensions peut, à elle seule, permettre de rebondir. Pour d'autres, un problème de logement ou d'isolement social peut faire replonger dans la psychose ou la dépression. Il faut alors travailler les trois dimensions. Nous avons donc considéré que les personnes éligibles à l'intervention d'une équipe FACT sont celles qui nécessitent une intervention sur les trois dimensions à la fois, en parallèle. C'est la définition des soins intégrés. Il faut une équipe qui propose une expertise en santé somatique, psychiatrique, psychothérapeutique, une expertise juridique, des spécialistes du logement, du travail, du sport…, pour obtenir une trajectoire de soin qui va vers le rétablissement. Aux Pays-Bas, nous considérons qu'1.5% de la population a besoin de tels soins intégrés. Le débat actuel chez nous est de savoir si les équipes FACT pourraient devenir des ressources responsables de la prise en charge de l'ensemble de cette population, en coopération avec l'ensemble des autres ressources en santé mentale (soins primaires, etc.).

La notion de responsabilité de l'équipe est importante à mes yeux, lorsqu'elle existe sur un territoire, elle devient responsable de la prise en charge et elle se doit d'être disponible en cas de besoin, pour la personne, sa famille, le voisinage, etc. Être présent ne veut pas dire être pro-actif : il faut toujours veiller à ne pas être trop intrusif dans la vie des gens… Dans la plupart des équipes FACT, cette responsabilité passe par de nombreux systèmes d'échange et de partage d'information entre l'ensemble des professionnels de l'équipe, comme des conférences (téléphoniques) quotidiennes, des outils de partage numériques avancés… Pour qu'aucune situation ne passe à travers les mailles du filet.

Voilà le modèle FACT aujourd'hui chez nous, la réflexion actuelle étant de le porter vers une meilleure articulation avec l'ensemble de l'écosystème en santé mentale, car n'oublions pas que les ressources d'une équipe sont forcément plus limitées que celles existant dans la société."

Avez-vous des éléments d'évaluation de ces équipes ?

"Il faut être conscient qu'évaluer ce type d'organisation de façon traditionnelle est pratiquement impossible. Il faudrait parvenir à monter une étude où seraient randomisées un grand nombre d'équipes ayant au moins 2 à 3 ans d'existence sur des territoires équivalents en tous points et délimités de telle sorte qu'il n'y ait pas de risque de contamination. Il existe des études américaines sur les équipes ACT, mais on ne peut pas vraiment les répliquer en Europe car nos soins primaires y sont meilleurs. Lors de la conférence organisée en septembre à Louvain (Belgique) sur le thème de la mise en œuvre des services communautaires de santé mentale, plusieurs études ont été présentées qui démontrent que les équipes FACT réduisent fortement l'activité des équipes chargées de la gestion des crises. C'est également ce que l'on constate à l'Est de Lille (59G21). Aux Pays-Bas, les équipes FACT ont peu d'impact sur les admissions. Mais bien sûr, une hospitalisation ne permet pas de faire évoluer l'acceptation du trouble psychique par la société et ne constitue pas une solution à long terme pour l'intégration sociale de la personne. Je considère qu'il n'existe pas

vraiment de meilleure solution : il y a une logique intrinsèque à ce fonctionnement qui n'a pas besoin de preuve pour être implémenté. Nous n'avons pas besoin de preuve pour devenir collègue, pour adhérer au principe de réduction des temps de réunion, pour convenir des droits de l'Homme, ou pour considérer qu'un contact humain avec un usager est plus efficace qu'à travers un écran… "

Sont-elles en développement ?

"Nous avons mis environ 5 ans pour passer du modèle ACT au modèle FACT aux Pays-Bas. Il reste quelques équipes ACT dans les grandes villes pour les sans-abris, mais aujourd'hui, on compte 350 équipes FACT, qui sont passées par un système national d'accréditation davantage axé, depuis 2017, sur l'activité de l'équipe (son orientation rétablissement) que sur des normes strictes de formation. Le mouvement vers les équipes FACT peut être observé également en Norvège, Espagne, Suisse, Belgique, France, Angleterre, Danemark… Ce qui me semble important, c'est d'améliorer le fonctionnement des équipes non pas en considérant où elles en sont par rapport à un fonctionnement idéal - ce qui amène de la frustration – mais en considérant qu'il y a plusieurs façons de délivrer de bons soins. Il faut laisser la liberté d'adapter les modèles, avec une place donnée à la co-création, aux visites d'autres réalisations. Ce n'est pas une question d'argent. On peut parfois faire mieux moins cher. Nous avons énormément de professionnels de santé mentale aux Pays-Bas et néanmoins toujours des files d'attente et des gens qui vont mal… "