

# Manuel

# **F**lexible

# **A**ssertive

# **C**ommunity

# **T**reatment

## Équipe de suivi intensif flexible dans la communauté

Conception, modèle, pratique et organisation

par: J.R. (Remmers) van Veldhuizen  
M. (Michiel) Bähler

2013 Groningen, Pays-Bas

Manual Flexible ACT (2013) J.R. van Veldhuizen and M. Bähler; [www.factfacts.nl](http://www.factfacts.nl) , Groningen.

Traduction française 2015 // DOI: 10.13140/RG.2.1.3925.1683

## Préface

L'Assertive Community Treatment (ACT) – le intensif dans la communauté – a été introduit dans les années 1970 par Stein, Test et Marx<sup>1</sup> à Madison aux É.-U.. Dans l'ACT une équipe multidisciplinaire composée de 10 EPT effectue une prise en charge partagée d'environ 100 usagers de sorte que tous les membres de l'équipe connaissent tous les usagers. L'approche met l'accent sur l'*outreach* et sur les soins et le traitement très intensifs. L'ACT est indiqué pour les personnes les plus gravement malades, soit les 20% de la population dans la communauté ayant une maladie mentale grave (MMG), en particulier les usagers les plus difficiles à engager dans les soins et à risque d'hospitalisation, de marginalisation et de négligence personnelle. L'ACT a été mis en place très souvent. Une large recherche sur l'impact a été réalisée et des échelles de fidélité au modèle ont été développées. L'ACT est reconnu internationalement comme un type d'intervention basée sur les données probantes (*Evidence-Based Medicine*).

Qu'est-ce que le modèle d'un ACT flexible (FACT) –suivi intensif flexible dans le milieu – développé aux Pays-Bas, peut ajouter à un modèle ACT largement reconnu et acclamé ? Pourquoi présentons-nous dans ce manuel la version néerlandaise de l'ACT à un public international ? La raison en est que le FACT contient des innovations bénéfiques. Ces innovations se manifestent d'abord au niveau de l'équipe, dans le fonctionnement quotidien des équipes FACT. Cependant, le modèle FACT crée également des opportunités d'innovation dans un terrain plus vaste, à savoir l'organisation des services de soins de santé mentale dans la communauté pour des individus aux prises avec une maladie mentale grave.

En moyenne, une équipe FACT multidisciplinaire de 11 – 12 ETP effectue le suivi de 200 usagers. Le groupe cible se compose du large groupe de tous les individus avec une MMG dans la région desservie: à la fois les 20% pour qui l'ACT est indiqué et les autres 80% de ce groupe qui ont besoin d'un traitement et de soutien moins intensifs. Afin de combiner des soins pour ces deux groupes, l'équipe FACT emploie un système flexible. Le groupe nécessitant les soins les plus intensifs est discuté quotidiennement et pour ce groupe l'équipe adopte l'approche de prise en charge partagée. Les noms de ces usagers sont répertoriés sur un tableau digital FACT. Pour les usagers nécessitant des soins moins intensifs, la même équipe assure une gestion de cas individuelle ( un case manager) avec un traitement et un soutien interdisciplinaires. Quand les usagers se stabilisent, ils n'ont pas à être transférés (comme dans le modèle ACT) à une autre équipe ; ils restent avec la même équipe FACT. Cette flexibilité de passage entre 2 types de suivis dans la même équipe améliore la continuité des soins et réduit les ruptures de soins.

Ce système permet également de meilleures possibilités de rétablissement, de soutien en vue d'un rétablissement et de réhabilitation. Dès qu'un usager bénéficiant d'un case management individuel est à risque d'une psychose récurrente ou d'hospitalisation, la même équipe passe immédiatement vers un ACT intensif. Cette combinaison de flexibilité et de continuité correspond bien à l'évolution naturelle des MMG caractérisées par des épisodes et rechutes récurrents.

---

<sup>1</sup> Test, L.I. & M.A. Stein (eds.) (1978), *Alternatives To Mental Hospital Treatment*. Plenum Press USA.

Lorsque les équipes FACT ont commencé à fonctionner, cela a aussi conduit à repenser l'ensemble du système de soins de santé mentale. Nous avons développé le modèle FACT, avec le but de combiner

- \* des soins orientés vers le rétablissement
- \* la médecine basée sur les données probantes et les meilleures pratiques
- \* des soins communautaires et hospitaliers intégrés

Dans le concept FACT, le modèle basé sur les forces (*Strengths model*<sup>2</sup>), des interventions familiales, le traitement intégré des usagers présentant un double diagnostic (*Integrated Dual Diagnosis Treatment, IDDT*) et le programme individuel de placement et de soutien (IPS) sont tous incorporés dans un système offrant un traitement en conformité avec les guidelines concernant le traitement de la schizophrénie.

Les équipes FACT sont organisées en fonction d'une région: une équipe FACT prend en charge toutes les personnes avec une MMG dans un quartier ou territoire particulier d'environ 40 – 50.000 habitants. Cela facilite la collaboration avec d'autres services sociaux et avec les médecins généralistes. Les équipes fonctionnent selon le modèle typiquement hollandais de « Soins trans-muraux<sup>3</sup> ». L'équipe FACT assure non seulement l'admission à l'hôpital, mais reste également en contact avec l' usager pendant son admission et conserve la coordination globale de son traitement.

Jusqu'ici, les soins de santé mentale néerlandais ont été relativement bien financés et la disponibilité des services a été assurée. C'est dans ce contexte favorable que nous avons pu développer FACT, qui est maintenant un modèle complet.

Bien que les soins dans le modèle FACT soient relativement coûteux, ils génèrent des bénéfices sur le plan psychique, social et économique. Les usagers, les familles et les partenaires évaluent positivement le modèle FACT. Les personnes avec une MMG ont la possibilité d'obtenir un travail rémunéré, et le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques peut être réduit.

Les personnes souffrant de MMG peuvent fonctionner à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique, dans la communauté, quand ils sont correctement pris en charge et traités.

Le modèle FACT a été conçu aux Pays-Bas par JR van Veldhuizen (psychiatre) (van Veldhuizen, 2007<sup>4</sup>) et M. Bähler (psychologue). Au sein de GGZ Noord Holland (Alkmaar), les premières équipes FACT ont été mises en place à partir de 2003. Mis en pratique, le modèle FACT s'est développé. Actuellement, en 2013, environ 200 équipes sont actives aux Pays-Bas et à certains endroits le modèle FACT est totalement implanté. Une croissance vers 400-500 équipes FACT est prévue.

Une échelle de fidélité au modèle a été lancée en 2007 (Bähler et autres). En 2008, le Manuel FACT (éd. Van Veldhuizen, Bähler, Polhuis et van Os) a été publié. Le Centre de Certification ACT et FACT a certifié 100 équipes ([www.ccaf.nl](http://www.ccaf.nl)). À la fin de 2013 il y aura 150 équipes certifiées. Des équipes se mettent en place en Belgique. À Hong Kong, en

---

<sup>2</sup> Rapp, C.A. (1998b), *The Strengths Model: case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. New York: Oxford University Press.

<sup>3</sup> « Soins transmuraux » est un concept néerlandais qui sera expliqué plus en détail dans les chapitres suivants. Le cœur du concept est que l'admission à la clinique ou l'hospitalisation partielle est toujours considérée comme un « time-out » dans le cadre plus large des soins ambulatoires fournis par une équipe FACT.

<sup>4</sup> Veldhuizen, J. R. van, (2007). FACT: A Dutch Version of ACT, *Community Mental Health Journal*, (43), 4, 421-433

Norvège, en Suède et au Royaume-Uni, on évalue les possibilités d'intégrer les principes de FACT aux systèmes existants.

Ce manuel donne une description de la conception, du modèle en tant que tel ainsi que de la façon dont il est appliqué au quotidien et de son organisation. Les responsables et les experts qui souhaitent appliquer le modèle FACT y trouveront toutes les informations nécessaires. Il s'agit d'un document pratique, avec un nombre limité de données de recherche ou de références bibliographiques. Les modèles centraux du Manuel FACT sont présentés avec une attention particulière aux nouveaux développements.

Ce manuel s'adresse à un public international de personnes travaillant dans le domaine de la santé mentale. Bien que des situations spécifiques néerlandaises sont présentées en exemple, elles ne sont pas le point central du manuel. Des comparaisons avec d'autres pays sont décrites. Espérons que, de cette façon, l'approche FACT soit accessible aux collègues internationaux.

Quatre organisations de soins de santé mentale aux Pays-Bas ont apporté une contribution financière permettant le téléchargement gratuit de ce manuel sur plusieurs sites Web. Pour cela, nous remercions :

- \* GGZ Noord Holland Noord : [www.ggz-nhn.nl](http://www.ggz-nhn.nl)
- \* GGZ Breburg : [info@ggzbreburg.nl](mailto:info@ggzbreburg.nl)
- \* GGZ Mondriaan : [www.mondriaan.eu](http://www.mondriaan.eu)
- \* VNN (Verslavingszorg Noord Nederland) : [info@vnn.nl](mailto:info@vnn.nl)

Ces quatre organisations sont aussi disponibles pour les contacts internationaux. Les contacts et les adresses électroniques figurent au début du manuel.

Cela est également valable pour le Centre de Certification ACT & FACT ([www.ccaf.nl](http://www.ccaf.nl)) et pour l'association des professionnels travaillant dans les équipes ACT et FACT : F-ACT Pays-Bas.

Le présent manuel a été présenté à la deuxième conférence internationale de l'EAOF (European Assertive Outreach Foundation) à Avilès, en Espagne, en juin 2013 ([www.eaof.org](http://www.eaof.org)).

Les auteurs espèrent que beaucoup de gens pourront en bénéficier et nous nous réjouissons de vos commentaires! Nous vous souhaitons une bonne lecture et beaucoup d'inspiration en vue d'améliorer continuellement les soins aux personnes ayant une MMG, partout dans le monde.

J.R. van Veldhuizen, Psychiatre,  
[remmersvv@hotmail.com](mailto:remmersvv@hotmail.com)  
[www.factfacts.nl](http://www.factfacts.nl)

## Préface de la traduction française du Manuel FACT

Le premier élément, et probablement le plus important, auquel nous souhaitons rendre attentif le lecteur, est qu'il s'agit d'une traduction qui est l'œuvre de personnes de différents endroits de la francophonie. En effet le travail a commencé en Belgique (Patrick van der Jeugt), puis s'est poursuivi au Canada (Sylvie Martin et Lucie Michaud) et en France (Laure Zeltner), pour se terminer en Suisse. Il a donc fallu trouver des accords et des compromis, notamment en ce qui concerne les thèmes et les mots les plus importants du Manuel.

Nous avons par exemple choisi de traduire « client » par « usager », plutôt que par « client » ou « patient ». En effet il nous semblait important d'éviter le côté trop mercantile de « client » ou alors peut-être paternaliste, médico-centré ou stigmatisant de « patient ». Le terme de « usager » nous paraissait d'avantage en accord avec la philosophie orientée vers le rétablissement et l'intégration dans la communauté que porte le FACT. Néanmoins nous savons que les habitudes diffèrent selon les régions, les pays et également les sensibilités. Dans notre traduction, le terme de « usager » peut donc être compris et lu comme « patient » ou « client ».

En ce qui concerne le terme de « case manager », nous avons préféré le reprendre tel quel. Il peut être traduit par « gestionnaire de cas » ou « coordinateur des soins ». Il fait le lien avec les premiers développements du modèle ACT aux Etats-Unis. Aux Pays-Bas les auteurs du Manuel FACT ont également décidé d'introduire le terme « case manager » dans la littérature néerlandaise. Nous avons fait de même pour le terme « guidelines ».

Quant au terme « dual diagnosis », nous avons choisi de le traduire par « double diagnostic ». Mais il est important de spécifier que « double diagnostic » peut signifier dans certaines régions de la francophonie un trouble psychiatrique associé à une déficience intellectuelle, alors que dans d'autres il est défini comme un trouble psychiatrique associé à un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive. Dans notre traduction nous faisons référence à cette dernière définition.

Après ces quelques précisions de traduction, nous espérons que ce Manuel pourra satisfaire la curiosité des soignants francophones intéressés au FACT, motiver les échanges, et ainsi participer à la promotion des soins de santé mentale pour les patients présentant des maladies psychiatriques graves.

Eva de Boer, Lausanne, Suisse, [eva.de-boer@chuv.ch](mailto:eva.de-boer@chuv.ch)

Patrick van der Jeugt, Bruxelles, Belge, [formation@psy107.be](mailto:formation@psy107.be)

Sylvie Martin, Quebec, Canada, [sylvie.martin@gnb.ca](mailto:sylvie.martin@gnb.ca)

Lucie Michaud, Quebec, Canada [Lucie.Michaud@gnb.ca](mailto:Lucie.Michaud@gnb.ca)

Laure Zetner, Paris, France, [laure.zeltner@gmail.com](mailto:laure.zeltner@gmail.com)

# TABLE DES MATIÈRES

Préface

Prologue A: Le modèle FACT en résumé

Prologue B : Une histoire personnelle

Prologue C : Une réunion matinale dans une équipe FACT

## Chapitre 1: Des usagers ayant une MMG, leurs besoins, les soins

1. 1. L'ACT et le FACT: de quel groupe de patients s'agit-il?

1.2. Quels sont les besoins des personnes ayant une MMG?

1.3. Ce qui est nécessaire en termes de soins dans la communauté pour des personnes ayant une MMG?

1.4. Les « Seven C's »: exigences en matière de traitement communautaire des personnes avec une MMG

1.5. Exigences pour pouvoir délivrer les « Seven C's »

1.6. La force de l'*outreach*

## Chapitre 2: FACT en bref, avec les blocs de construction

2.1. Les blocs de construction du FACT

2.2. La composition d'une équipe FACT

## Chapitre 3: Le mode de travail FACT

3.1. Une esquisse de la situation: tant d' usagers, tant de besoins

3.2. La procédure du tableau FACT: la force du FACT

3.3 Les critères pour inscrire les usagers sur le tableau FACT

3.4. Intégrer le traitement, les soins, la réhabilitation et le rétablissement dans le modèle FACT

3.5. Le plan de traitement et le cycle de plan de traitement

## Chapitre 4 : Le modèle du sablier

- 4.1. Les différents rôles d'un intervenant
- 4.2. Le modèle du sablier
- 4.3. Travailler avec le sablier
- 4.4. La colonne à droite du sablier

## Chapitre 5: FACT, en pratique

- 5.1. Les forces, le rétablissement et la réhabilitation
- 5.2. Travailler vers l'intégration: contribuer à la mise en place des systèmes de soutien communautaire
- 5.3. Des interventions en conformité avec les guidelines
- 5.4. Un traitement intégré pour les personnes ayant un double diagnostic
- 5.5. Emploi : le programme individuel de placement et de soutien (Individual Placement and Support, IPS)
- 5.6. La santé somatique
- 5.7. Contrainte et pression
- 5.8. L'arrêt des soins FACT

## Chapitre 6: Quelques disciplines dans l'équipe FACT

- 6.1 Le pair aidant
- 6.2 L'infirmier
- 6.3. Le psychiatre
- 6.4. Le psychologue
- 6.5. Le spécialiste en matière d'emploi

## Chapitre 7: Implanter FACT

7.1 Travailler dans une région - règles générales pour la taille d'une région

7.2 Des services de santé mentale intégrés

7.3 Démarrer et créer une conception

7.4 Implanter et former les équipes

7.5 Le bureau de l'équipe

7.6 Ce qui s'est passé avec l'ACT aux Pays-Bas

## Chapitre 8: L'ACT et le FACT, la fidélité au modèle, le FACTs et la certification

8.1 Les différences entre ACT et FACT

8.2. ACT versus FACT

8.3 La fidélité au modèle : Le FACTs

8.4 La certification

## ANNEXE: FACTs version 2010

## Prologue A: le modèle FACT en résumé

*Les équipes FACT fournissent des soins psychiatriques de longue durée à l'extérieur de l'hôpital pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques graves. Ces personnes ont, en plus des problèmes psychiatriques graves, de nombreuses difficultés dans leur fonctionnement social, comme le logement, les soins personnels, l'emploi et les finances. Il est difficile pour eux de s'intégrer et d'avoir un sentiment d'appartenance. Le système de soutien et les contacts sont souvent limités. La famille est d'une grande importance; toutefois, elle est parfois tenue à l'écart.*

*FACT fonctionne en utilisant un modèle bio-psycho-social avec (a) la gestion de la maladie et de ses symptômes (traitement) ; (b) un accompagnement et une aide concrète pour la vie quotidienne ; (c) la réhabilitation et (d) un soutien au rétablissement. Tout cela est offert par une seule et même équipe. FACT vise une continuité des soins, une prévention des admissions à l'hôpital psychiatrique et un encouragement à l'intégration : les usagers peuvent ainsi participer à la vie de la communauté. Une équipe FACT suit entre 200-220 usagers dans une région ou dans un quartier comptant 40 – 50.000 habitants. Cela explique pourquoi nous parlons d'équipes de quartier. L'équipe vise des contacts étroits avec la famille et avec d'autres travailleurs du quartier. L'équipe est multidisciplinaire, composée d'une variété de disciplines (avec, entre autre, un psychiatre, des infirmiers, des infirmiers spécialisés en psychiatrie communautaire, un psychologue, un spécialiste en matière du travail (IPS), et un pair aidant) ; environ 10 – 11 ETP.*

*L'équipe multidisciplinaire peut alterner entre deux niveaux de soins :*

- 1. un case management individuel*
- 2. des soins intensifs (ACT) par une équipe, ce qui signifie que les usagers sont en contact avec plusieurs membres de l'équipe et une concertation quotidienne est organisée devant le tableau FACT afin de déterminer quel type de soins est nécessaire et qui les offrira.*

*Tous les deux sont dispensés d'une façon d'outreach , c'est-à-dire dans le milieu où l' usager réside. Par conséquent les soins deviennent plus personnalisés et les demandes de soins plus concrètes. Ainsi les ressources de la famille ou du quartier sont mieux utilisées.*

*Pour la majorité des usagers un suivi individuel est suffisant (1). Mais dans le cas d'une nouvelle décompensation psychotique ou d'une reprise de consommation de toxiques, ou si une admission en milieu psychiatrique est imminente, ou encore quand une personne nécessite des soins supplémentaires, les soins sont intensifiés (2). Ceci peut être à long terme, ou encore à court terme.*

*Lorsque la crise est résolue l'équipe FACT revient à des soins individuels (1). Cette flexibilité dans les soins semble une réponse nécessaire au déroulement naturel d'une MMG avec ses rémissions et rechutes.*

- 1. Les usagers qui sont suivis individuellement ne sont pas mentionnés sur le tableau FACT. Ils ont toujours un case-manager et un psychiatre. D'autres membres de l'équipe sont consultés et /ou impliqués au besoin (par exemple un spécialiste en addictologie, ou un psychologue pour une thérapie cognitivo-comportementale).*

2. *Au cours des soins intensifs par l'équipe le nom de l' usager figure sur le tableau FACT. Il s'agit d'un fichier Excel, projeté sur le mur par un vidéoprojecteur. Le tableau FACT est parcouru chaque matin ; lors de ce colloque l'équipe s'organise et décide quel soignant est responsable pour les visites et l'accompagnement de l' usager pour la journée.*

*Pour tous les usagers, le plan de soins (y compris le plan de crise et le plan de réhabilitation) est rédigé de manière multidisciplinaire, au moins une fois par an, et en consultation avec l' usager. À cette occasion les dernières informations disponibles à partir du HoNOS et du MANSA, ou d'instruments similaires, sont utilisées.*

*Les équipes FACT sont opérationnelles pendant les heures de bureau. Certaines équipes offrent également des visites à domicile pendant le week-end. Chaque région des Pays-Bas dispose d'un service de crise accessible 24/7.*

*Les équipes FACT travaillent en étroite collaboration avec les services d'admissions des hôpitaux régionaux.*

## Prologue B: une histoire personnelle

*J'ai 40 ans, je vis seul et depuis l'âge de 20 ans je souffre de psychose. Au début, c'était terrible, je ne comprenais pas ce qui se passait. Je m'étais éloigné de ma famille. Enfin, j'ai été hospitalisé suite à une ordonnance de la cour. D'autres admissions ont suivi. C'était lourd, dans une unité avec d'autres personnes qui ont aussi beaucoup de problèmes; j'y ai vu beaucoup de choses, même des suicides.*

*Au fil des années, ils m'ont expliqué ma maladie et comment je peux la gérer. Cela m'a aidé à reconnaître que j'ai encore besoin de médicaments, même si je n'aime pas ça. Les premiers 10 à 15 ans de ma maladie, je n'avais que très peu de recul. Tout tournait autour de ma maladie. J'ai arrêté mes études, et je vivais d'abord dans un foyer, avec des épisodes réguliers de rechutes et des réadmissions.*

*Le suivi en dehors l'hôpital n'était pas vraiment intensif. Je visitais la polyclinique pour consulter le médecin toutes les 4 à 6 semaines, et discutais de ma médication. Une infirmière était aussi à ma disposition. Habituellement je me déplaçais à son bureau pour mes rendez-vous. Lorsque je devenais confus, elle venait me visiter chez moi, souvent pour organiser une hospitalisation.*

*Au cours des huit dernières années ce suivi a changé. Maintenant je suis accompagné par une équipe FACT. Ils viennent plus à la maison, ils préfèrent vous parler dans votre propre environnement. Et ils m'aident maintenant à sortir de chez moi, pour faire face aux choses d'une autre manière. J'ai mon propre plan de traitement maintenant, avec des rencontres avec un pair aidant et un spécialiste en matière de travail (IPS)<sup>5</sup>. Le pair aidant est lui-même un usager mais également un membre de l'équipe, qui est bien au courant de ce qui se passe.*

*Ça m'a beaucoup aidé de lui parler de mes hospitalisations, j'avais vécu des traumatismes. À cette époque le psychologue de l'équipe m'a traité quelques fois avec une thérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), et les images ne me dérangent plus autant. Le pair aidant a mis en place un groupe de rétablissement. On y discutait de différentes choses qu'on peut faire pour améliorer nos vies*

*Le spécialiste en matière de travail m'a aidé à me trouver un emploi, quatre jours par semaine, 3 heures par jour, dans une entreprise. C'était difficile au début, mais il m'a vraiment soutenu et maintenant ça va bien. Je ne gagne pas beaucoup d'argent, mais je me sens beaucoup mieux que quand j'allais au centre de jour. J'y participe encore à l'occasion, mais surtout pour rencontrer des gens et pour manger.*

*L'infirmière est toujours mon case manager. Avec elle et le psychiatre j'ai rédigé mon plan de traitement. Elle est également en contact avec ma famille et mes voisins. C'est utile, car j'ai des habitudes qu'on peut facilement remarquer quand ma situation se détériore. Je ferme les rideaux toute la journée, et je ne salue personne. Si les voisins le constatent, ils appellent l'équipe et puis quelqu'un arrive. L'année dernière je me sentais confus à nouveau, à cause de différentes choses (ma sœur était malade et on m'a cambriolé), et je commençais à consommer des drogues. Les membres de l'équipe FACT venaient chaque jour, apportant des médicaments, parlaient de ma sœur, et ils se sont occupés de signaler le cambriolage à la*

---

<sup>5</sup> IPS signifie « Individual Placement and Support » (un programme individuel de placement et de support), une méthode de support actif pour trouver et conserver un emploi énuméré pour les personnes vulnérables.

*police et d'organiser un arrêt de travail pendant deux semaines. Et le psychiatre m'a aussi rencontré à domicile, et il a rencontré ma mère. Cela fait une grosse différence quand vous êtes bien entouré. Si vous avez besoin de beaucoup de soins, c'est un peu comme une hospitalisation à domicile, dans votre propre environnement et on connaît les gens. J'ai me suis sorti de cette période difficile très rapidement. Aujourd'hui, je ne vois que le case manager et le groupe de rétablissement. Bientôt, nous allons faire un projet de travail dans la communauté. Dans l'ensemble je suis très satisfait maintenant.*

## Prologue C: Une réunion matinale dans une équipe FACT

*Chaque jour ouvrable, à huit heures et quart environ, les membres de l'équipe viennent pour la réunion autour du tableau FACT. Ils prennent une tasse de thé ou de café, font un brin de causette et ensuite ils s'assoient à la table avec leur agenda. Chaque jour que vous travaillez, vous commencez ici, ça fait partie du métier.*

*L'infirmier Rick démarre le tableau FACT digital. Avec le projecteur, le fichier Excel est projeté sur un mur blanc. Aujourd'hui Rick préside le tableau FACT. Il est formé en la matière avec deux autres membres de l'équipe, Anna et Hans. Aujourd'hui Anna est assise derrière l'ordinateur et elle prend des notes sur le tableau Excel, de sorte que tous les membres de l'équipe peuvent immédiatement voir ce qui a été convenu sur le tableau FACT.*

*Rick commence. Environ 20 situations, qui sont discutées chaque jour, figurent sur le tableau FACT. Elles sont réparties dans des groupes, qui indiquent pourquoi ils figurent sur le tableau : un groupe ayant besoin de soins intensifs pour une courte période de temps, un groupe ayant besoin de soins intensifs pour une très longue période et ce sur une base presque quotidienne, des personnes qui sont hospitalisées dans un hôpital psychiatrique ou dans un hôpital général, des personnes qui refusent ou évitent les soins, et les nouveaux usagers.*

*Pour chaque usager on trouve sur le tableau : le nom, une brève description du diagnostic, la raison pour laquelle la personne figure sur le tableau, les objectifs de l'usager, les choses à faire pour l'équipe, qui est la personne de contact pour l'usager, et quels membres de l'équipe vont rendre visite à l'usager à domicile.*

*La situation d' Ella est discutée, elle a récemment commencé à bénéficier de soins intensifs par l'équipe. Elle souffre d'un trouble bipolaire grave et elle s'est montrée très impatiente et stressée la semaine dernière. Elle a eu plusieurs comportements à risque, elle s'est fâchée avec des personnes avec qui elle s'entend habituellement bien et elle est à risque de s'épuiser. L'équipe lui rend visite quotidiennement à domicile. Heureusement, elle accepte les médicaments et elle s'apaise quelque peu. Aujourd'hui le psychiatre et le case manager vont la rencontrer à domicile afin de voir si elle a d'autres besoins et le case manager va appeler sa famille. Demain une autre infirmière passera la voir. Elle a besoin d'injections de lithium; habituellement on lui donne ses injections en clinique, mais pour l'instant ce serait préférable qu'elle les reçoive à domicile. Le psychologue demande si on sait pourquoi elle va moins bien; le pair aidant a entendu d'un autre usager qu'elle s'est sentie très blessée dernièrement. Elle aurait rencontré quelqu'un sur internet, mais cette personne aurait cessé de lui parler après avoir su qu'elle avait des problèmes psychiatriques. Ceci pourrait expliquer la situation actuelle et les membres de l'équipe vont vérifier ceci avec elle pendant leurs visites. Il semble aussi qu'elle avait un faible taux de lithium au cours des dernières semaines. Cela nécessite également une attention particulière et devra être vérifié par l'infirmier. Rick résume l'ensemble des choses à faire, Anna les inscrit sur le tableau FACT, et demain on vérifie si les objectifs ont pu être atteints.*

*Depuis la semaine dernière, Jeanne a bénéficié de soins intensifs pour une dépression récurrente avec symptômes psychotiques, associée à des idées suicidaires et une difficulté à prendre soin d'elle-même. Hier matin, l'équipe FACT l'a hospitalisée en psychiatrie avec son consentement. Même deux visites à domicile par jour n'étaient pas suffisantes pour assurer sa sécurité, son état risquait de trop se détériorer.*

*Jeanne a vécu d'autres épisodes similaires par le passé, et d'un commun accord on reportait son admission. Elle se mettait alors en danger suite à des tentatives de suicide et la situation se concluait souvent par une hospitalisation non-volontaire. Maintenant les choses se font d'avantage en accord avec elle. L'espace « système de soutien » derrière son nom sur le tableau FACT est vide, ce qui n'est pas un bon signe !*

*L'équipe s'organise pour l'hospitalisation. Le psychiatre discutera avec son collègue de la clinique des médicaments et des examens de laboratoire appropriés. L'infirmière va parler avec Jeanne à nouveau afin d'identifier les personnes faisant partie de son réseau de soutien (famille ou autres); des liens pourraient être rétablis pendant son hospitalisation. Le case manager va lui rendre visite à la clinique deux fois par semaine et s'assurera que sa maison soit nettoyée. L'équipe envisage un séjour de 2 à 3 semaines. Anne inscrit les objectifs sur le tableau FACT, ajoutant un rappel dans 2 semaines : sortie de la clinique ?*

*Tom est un nouvel usager, référé hier par le Centre de Santé Mentale, un service ambulatoire offrant des suivis pour divers groupes de diagnostic. Le CSM a essayé d'initier un traitement pour Tom pendant 2 ans. Les diagnostics de trouble de la personnalité et trouble anxieux ont été retenus. Mais le suivi ne fonctionnait pas, Tom a souvent manqué ses rendez-vous, il y avait des signes d'abus de substances, et maintenant sa situation se péjore sur le plan social, avec une expulsion imminente de son logement à cause de retards dans ses paiements de loyer. Il n'était pas possible pour une clinique externe de gérer l'ensemble de ces problèmes. L'équipe FACT s'organise. Un case manager a été assigné, il va identifier les problèmes et, si nécessaire, consulter l'infirmier en psychiatrie. Le psychiatre va rencontrer Tom chez lui, le psychologue va l'inviter pour une consultation et le pair aidant lui rendra visite (en vue d'explorer ses ressources et ce qui le motive). Ceci est noté sur le tableau FACT, et dans 3 semaines une réunion d'équipe aura lieu pour établir un plan de traitement. Au total, une vingtaine de situations du tableau FACT sont ainsi discutées.*

*Ensuite, Anne ouvre le tableau « cas à discuter ». Rick fait le tour et quatre membres de l'équipe mentionnent un nom d'usager. Il s'agit de personnes qui ne figurent pas sur le tableau FACT mais qui sont suivies par l'équipe. Pour eux une discussion quotidienne n'est pas nécessaire. Leur suivi est assuré par le case manager, avec un psychiatre, un psychologue ou le spécialiste en matière de travail. Leur plan de traitement est évalué et ajusté une fois par an (lors de la réunion « plan de traitement »). Mais parfois il est souhaitable que l'équipe soit informée d'une situation, et à d'autres moments le case manager a besoin de l'avis ou de l'aide d'une autre discipline. Ceci a lieu dans la partie « cas à discuter » de la réunion matinale.*

*L'usager Max est mentionné par le spécialiste en matière de travail. Cette semaine, il va commencer un emploi rémunéré. Max est fier, et en même temps il est stressé. Si des membres de l'équipe le croisent cette semaine : souhaitez-lui bonne chance !*

*L'usager Bart, un jeune homme qui a connu beaucoup de pertes après une première décompensation psychotique, se porte bien. Il parle avec la psychologue des changements au niveau de ses attentes face à son futur, de ses pertes. Des anciens amis et camarades de classe achèvent leurs études, tandis que lui... La psychologue discute de la possibilité qu'il manifeste certains signes de détresse. Elle indique les choses à faire, le cas échéant. Ceci est entendu et noté.*

*Un case manager mentionne un autre jeune homme. Il est relativement stable, mais la consommation de drogues semble jouer un rôle de plus en plus important. Le case manager*

*aimerait que ce jeune homme puisse rencontrer le spécialiste en addictologie de l'équipe, et qu'une consultation avec le psychiatre ait lieu dans 3 semaines. Ceci est organisé. La dernière patiente est une femme souffrant de schizophrénie et d'abus d'alcool. Le case manager rapporte qu'il y a encore eu des incidents. Les voisins ont appelé la police. Rick dit : « on a déjà discuté de cette patiente deux fois dans les ' cas à discuter ' la semaine dernière. Compte tenu de ceci, il semble préférable qu'elle figure dans le tableau FACT. Nous irons lui rendre visite tous les jours et nous devons nous assurer que plusieurs personnes la voient. La semaine prochaine, nous évaluerons si d'autres ajustements sont nécessaires. » L'équipe se met d'accord et Anne inscrit les noms des membres de l'équipe qui vont lui rendre visite dans les jours qui suivent.*

*Et enfin, un tour de table a lieu. Une des case manager informe l'équipe qu'elle sera en congé pour quelques jours. Il est déjà prévu que ses usagers figurant sur le tableau FACT vont être suivis par d'autres membres de l'équipe, toutefois elle aurait besoin que quelqu'un voit certains usagers à domicile, ce qui est organisé avec l'équipe. De nouvelles brochures sont disponibles pour diverses activités du quartier. L'équipe énumère les noms des personnes qui pourraient en bénéficier. Les case managers leur remettent les brochures. La direction a envoyé un courriel demandant que certains formulaires soient remis d'ici une semaine. Les membres de l'équipe poussent un soupir, et en prennent note dans leur agenda. Rick fait le tour de table, et exactement après une demi-heure Anne éteint l'ordinateur. Tous les rendez-vous ont été organisés, l'équipe quitte le bâtiment ; la plupart des membres de l'équipe se rendent aux domiciles des usagers pour des visites.*

# Chapitre : Les usagers ayant une MMG, leurs besoins, les soins

## 1. 1. L'ACT et le FACT: de quel groupe d'usagers s'agit-il?

FACT se base sur le modèle de suivi intensif dans la communauté (Assertive Community Treatment - ACT) développé par Stein et Test aux Etats-Unis. L'ACT vise le 20 % des plus vulnérables de la population ayant une maladie mentale grave. Ce groupe présente un pourcentage très élevé de personnes ayant des troubles psychotiques, généralement associé à des problèmes de dépendance (double diagnostic). Un grand nombre passe peu de temps hors de l'hôpital, a de longue durée d'hospitalisation et se retrouve dans un processus de porte tournante entre l'hôpital et la communauté. Nombre d'entre eux a d'importants problèmes financiers et de logement. Et souvent ils ont très peu de contact avec leur famille. Les soins pour les 80% des MMG restants n'ont pas été détaillés dans le modèle ACT, mais on y mentionne qu'ils seraient offerts par des équipes avec une approche moins intensive.

Avec FACT (l'ACT flexible, c'est-à-dire le suivi intensif flexible dans la communauté) nous avons choisi d'offrir des services à 100% des gens avec une MMG. Ainsi, les équipes FACT fournissent des soins pour *l'ensemble* du groupe de personnes ayant une MMG.

Aux Pays-Bas le groupe de personnes ayant une MMG est décrit dans un document de consensus<sup>6</sup>. Pour faire partie de ce groupe, une personne doit répondre aux cinq critères suivants:

- avoir un trouble psychiatrique, qui nécessite des soins et un traitement ( $\approx$  n'est pas en rémission symptomatique);
- avoir des limitations sévères au niveau du fonctionnement social et en communauté ( $\approx$  n'est pas en rémission dans son fonctionnement);
- ces deux critères sont reliés (les limitations sont la cause et la conséquence de la psychopathologie) ;
- ces problèmes ne sont pas de nature temporaire (ils se présentent régulièrement et sur le long terme) et;
- une coordination des soins, soit par un réseau de soins ou des soignants, est nécessaire afin d'implanter un plan de traitement.

En termes du DSM IV : Un diagnostic « grave » sur l'axe 1, également fréquemment des troubles de la personnalité (axe 2). Régulièrement des problèmes médicaux et neurologiques compliqués sur l'axe 3 jouent aussi un rôle, ainsi que des problèmes psychosociaux et environnementaux sur l'axe 4. En outre, les usagers avec une MMG obtiennent un faible score de fonctionnement (axe 5). Les déficits sont durables et à long terme, ce qui nécessite des soins coordonnés. La population ayant une MMG présente une importante variation quant à l'âge, les antécédents, les problèmes, l'histoire de vie et les conditions sociales et économiques.

---

<sup>6</sup> Delespaul, P. A. E. G., & Consensusgroep EPA (Cahn, W. D., G; Drukker, M.; van der Gaag, M.; van Heugten, T.; van Hoof, F.; Keet, R.; Kroon, H.; Mulder, N.; van Os, J.; Slooff, C.J.; Sytma, S.; van Veldhuizen, R.; van Weeghel, J.; Wiersma, D.; Willemsen, E. & Wunderink, L.). (2012 (submitted)). Consensus over de aard en omvang van de EPA populatie. Tijdschrift voor Psychiatrie. Nederland.

La partie la plus importante souffre d'un trouble psychotique. On retrouve aussi fréquemment des troubles affectifs (dépression, trouble bipolaire), des troubles de la personnalité, des troubles organiques, l'autisme, le TDAH, des troubles du développement, des problématiques de dépendance ou toute combinaison de ceux-ci.

Ces personnes présentent de graves problèmes dans plusieurs domaines comme la santé somatique, l'obtention et le maintien d'un travail, l'obtention d'une formation, le fonctionnement social et le maintien de relations interpersonnelles.

## 1.2. Quels sont les besoins des personnes ayant une MMG?

Les profils des personnes avec une MMG sont tout aussi variés que ceux sans une MMG. Toutefois, nombre d'entre eux sont non seulement aux prises avec une psychose ou une dépression associés à des problèmes de dépendance, mais présentent aussi des limitations spécifiques. Ils ont parfois du mal à s'organiser, ils sont parfois plus lents, et ont parfois de la difficulté à comprendre les choses. Ils ont souvent des habiletés sociales moins bonnes et sont plus vulnérables. Ils ont du mal avec à maintenir une hygiène correcte, tant au niveau personnel que concernant leur domicile. Ils connaissent des périodes d'anxiété. La relation avec leur famille ou leur réseau de soutien a tendance à être moins stable. Ils ont moins de contacts sociaux et d'amis proches. Ils sont moins souvent mariés. Peu d'entre eux ont un emploi rémunéré. Ils se questionnent beaucoup sur le sens de la vie. Ils ont plus de contact avec leurs pairs, aussi aux prises avec une maladie mentale. Ils sont ainsi plus confrontés à des pertes (des connaissances qui présentent une nouvelle décompensation psychotique, des admissions en hôpital psychiatrique, des suicides, etc.). Les personnes ayant une MMG ont du mal à fonctionner dans la société, et ont régulièrement des problèmes professionnels, financiers, administratifs, et de logement.

En lisant la description ci-dessus, on peut comprendre que les problèmes d'ordre médical et psychiatrique des personnes avec une MMG ont comme conséquence des problèmes dans presque tous les domaines du fonctionnement social. Ce constat existe depuis le début du XIXe siècle, lorsqu'on a commencé à admettre ces personnes dans des institutions.

L'environnement de l'institution était sensé fournir une solution pour tous les problèmes sur le plan social : le logement, l'hygiène, la gestion des finances, le contrôle de l'abus de substances. Les médecins et infirmiers pouvaient ainsi se concentrer sur le traitement « médical » des symptômes psychiatriques. L'institutionnalisation était alors considérée comme « l'exclusion salutaire de la société ».

Initialement, cela semblait une solution humaine. Mais finalement, les personnes ayant une MMG sont devenues exclusivement des « patients » dans un système médical. Les rôles sociaux (en tant que locataire, employé, membre de la famille, voisin) de l'institution ont disparu.

Bien que les hôpitaux psychiatriques ont continué de se développer au cours du siècle suivant et que les anciens traitements ont été remplacés par des médicaments et de l'ergothérapie, la tendance de l'hôpital d'assumer de nombreux rôles et responsabilités sociaux s'est maintenue. Ainsi, lorsqu'ils étaient hospitalisés, les usagers ne faisaient pas l'acquisition d'habiletés pour les aider à se débrouiller en société suite à leur sortie de l'hôpital. Et une admission devenait le prédicteur le plus important de réadmission.

Autour de 1920 -1930 aux Pays-Bas, l'opinion est de plus en plus en faveur de soins psychiatriques offerts dans un contexte beaucoup plus social. À Amsterdam, Querido met en

place une équipe de crise, ce qui permet de démontrer comment prévenir ou raccourcir les hospitalisations.

Mais en réalité, il a fallu attendre jusqu'en 1975 avant qu'il y ait vraiment une alternative à l'hospitalisation pour les personnes atteintes d'une MMG, lorsque Stein et Test ont commencé leur programme *Training in Community Living* aux États-Unis. Ils n'ont pas seulement aidé les usagers avec la médication, mais aussi avec le logement, les finances, le maintien d'un système de soutien et les contacts familiaux, etc. Il devient alors évident que le fait d'aider les usagers dans leur propre environnement (*outreach*) semble une condition essentielle. En outre, l'aide doit être dynamique: les fournisseurs de soins doivent être proactifs avec les usagers, rechercher activement des solutions avec eux et travailler avec leurs systèmes de soutien. Dans de nombreux cas, la motivation de l'utilisateur n'est pas suffisamment importante, et les intervenants doivent se montrer persévérants et persuasifs. Ainsi, l'approche *assertive outreach* est née. Sur la base de ce projet, le suivi intensif dans la communauté (ACT) a été conçu plus tard par Stein et Test. Il est devenu clair que les soins ne peuvent se concentrer uniquement sur l'aspect médical et psychologique. Il est nécessaire d'appliquer une forme « d'entraînement à la vie communautaire » et de fournir activement du soutien dans un grand nombre d'activités sociales et communautaires.

### 1.3. Ce qui est nécessaire en termes de soins dans la communauté pour des personnes ayant une MMG?

Le développement du modèle FACT est principalement inspiré par la littérature américaine, anglaise et australienne, et ceci à partir des années 80. Intagliata (1982) a décrit les éléments du case management personnalisé, qui permet à l'utilisateur de créer un lien avec les soins. Bachrach (1993) a discuté de l'importance de la continuité des soins, y compris la continuité des soins ambulatoires au cours d'une hospitalisation. Stein et Test (1978) ont décrit l'importance de travailler en effectuant une prise en charge partagée, où toute l'équipe connaît l'utilisateur. Bond et Drake (2001) ont décrit la formation de modèles et ont attiré l'attention sur l'importance d'aider les usagers à trouver un emploi rémunéré, le traitement intégré des dépendances et les interventions sociales.

Aux Pays-Bas, on a travaillé à partir des années 2000 sur les premières Guidelines Multidisciplinaires (MDR, 2005 / 2012) pour le traitement et le soutien des personnes atteintes de schizophrénie. Ces guidelines contiennent des interventions basées sur des données probantes et les meilleures pratiques à partir des analyses scientifiques. Il est devenu clair que toute forme de suivi pour les personnes ayant une MMG (incluant FACT) doit être en mesure d'offrir les interventions indiquées dans ces guidelines. Cela signifie par exemple, que non seulement l'implication d'un psychiatre est nécessaire, mais aussi celle d'un psychologue afin d'effectuer certaines interventions comme une thérapie cognitivo-comportementale. Ceci signifie que FACT doit être en mesure de dispenser non seulement des soins, mais aussi un traitement.

Au cours de la même période, les soignants aux Pays-Bas ont commencé à se concentrer sur le rétablissement, les soins orientés vers le rétablissement et le modèle basé sur les forces. Aux Pays-Bas, le rétablissement se réfère à un courant dans le mouvement de l'utilisateur, selon lequel les gens devraient travailler à favoriser leur propre rétablissement. Il ne s'agit pas de rétablir de la maladie, mais plutôt de se rétablir en tenant compte de ses limitations. Les usagers trouvent leur propre sens à leurs limitations, apprennent à les gérer et développent leurs propres forces. Ces processus ne devraient pas être pris en charge ou supprimés par un professionnel. Celui-ci doit accompagner l'utilisateur sur sa propre voie, en collaboration avec

d'autres usagers et des pairs aidants. Le concept de rétablissement est devenu un concept dominant dans les soins de santé mentale néerlandais et a été incorporé dans FACT.

En d'autres mots, une équipe FACT doit dispenser des soins axés sur le rétablissement. Un élément important afin d'y parvenir consiste à inclure un pair aidant<sup>7</sup> dans chaque équipe. Il s'agit d'une personne qui est en mesure de fournir à l'équipe et aux usagers des informations basées sur sa propre expérience avec la maladie mentale et le rétablissement. Les pairs aidants travaillent comme membres de l'équipe à part entière, et ils sont donc rémunérés.

#### 1.4. Les « Seven C's »: exigences en matière de traitement communautaire des personnes avec une MMG

Le modèle FACT a donc été développé en s'inspirant de l'ACT, des MDR (Guidelines Multidisciplinaires), et de l'approche centrée sur le rétablissement. C'est lors de l'implantation du FACT qu'on a été en mesure d'identifier les interventions et les activités thérapeutiques et de soutien qui devaient être développées. Ainsi, le développement des 20 à 30 premières équipes a permis d'identifier les aspects essentiels des soins et du traitement des personnes atteintes d'une MMG dans la communauté. Ces exigences sont résumées dans une liste de catégories dont chacune commence par la lettre C en anglais: « *The Seven C's* ».

	Les "Seven C's" :	Exigences en matière de traitement communautaire des personnes avec une MMG	
1.	Cure ( <i>Guérison</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un traitement basé sur des données probantes, visant la guérison, la stabilisation ou à rendre la situation supportable, conformément aux guidelines multidisciplinaires (MDR)</li> <li>• Suivi médical / infirmier</li> <li>• Suivi psychologique (thérapie cognitivo-comportementale, thérapie méta-cognitive, EMDR, etc.)</li> <li>• Suivi addictologique, traitement intégré des doubles diagnostics (IDDT<sup>8</sup>)</li> <li>• Contrôle / dépistage somatique (suivi métabolique)</li> </ul>	
2.	Care ( <i>Soins</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutiens et conseils quotidiens</li> <li>• Suivi infirmier, accompagnement dans les activités de la vie quotidienne, prévention de la négligence de soi, attention au niveau de l'hygiène</li> <li>• Réhabilitation</li> <li>• Soins axés sur le rétablissement</li> </ul>	

<sup>7</sup> Expert d'expérience ou travailleur d'expérience au Pays-Bas: une personne qui se trouve dans l'équipe, rémunéré, une désignation courante, qui contribue à l'équipe à partir de sa propre expérience avec les soins de santé mentale. En anglais on trouve des termes comme "peer specialist" ou "consumer worker".

<sup>8</sup> IDDT= Integrated Dual Diagnosis Treatment

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuité de soins, prévention de la rupture de soins</li> </ul>	
3.	Crisis intervention ( <i>Intervention de crise</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervision et soins intensifs au domicile de l' usager avec une prise en charge partagée</li> <li>• Accessibilité 24/7</li> <li>• Intervention de crise, évaluation du risque</li> <li>• Admission d'urgence, de courte durée, « lit sur demande »</li> <li>• Implication de la famille / du système de soutien</li> </ul>	
4.	Patient know-how ( <i>Savoir-faire de l' usager</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser l'expertise pratique de l' usager</li> <li>• Prise de décision partagée (<i>Shared Decision Making - SDM</i>)</li> <li>• Soins axés sur le rétablissement</li> <li>• Responsabilisation « <i>empowerment</i> » (Modèle basé sur les forces)</li> <li>• Interventions d'un pair aidant</li> </ul>	
5.	Community-support ( <i>Soutien communautaire</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacts avec la famille</li> <li>• Système de soutien communautaire</li> <li>• Soutien au niveau du logement, du travail et du bien-être</li> <li>• Spécialiste en matière de travail (« IPS ») : soutien individuel dans la recherche et le maintien d'un emploi</li> <li>• Promouvoir l'intégration des usagers</li> <li>• Prévention de la nuisance</li> </ul>	
6.	Control ( <i>Contrôle</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation du risque et gestion de la sécurité de l' usager et de l'environnement</li> <li>• Obligation de soins en cas de danger</li> <li>• Mandats médico-légaux (à la demande de la Justice)</li> </ul>	
7.	Check ( <i>Vérification</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation des effets du traitement</li> <li>• Suivi systématique des résultats (<i>Routine Outcome Monitoring</i>)</li> <li>• Évaluation des stratégies de soins et de traitement</li> <li>• Certification</li> </ul>	

Les sept C constituent un ensemble d'exigences ambitieux. Toutes les interventions devraient être disponibles à tout moment. Pourtant ils ne sont pas proposés à un usager en même temps. Un plan de traitement est établi, avec une sélection de différents éléments des *Seven C's*. Ces choix doivent être faits par les usagers eux-même ainsi que par les soignants. Cela nécessite une évaluation, une coordination et une planification. Ce processus de sélection s'appuie sur des données provenant d'échelles d'évaluation, qui sont complétées en partie par l'usager et en partie par le case manager. Les échelles qui sont utilisées le plus souvent sont le HoNOS<sup>9</sup>, le Mansa<sup>10</sup> et le Cansas<sup>11</sup>. Ces échelles fournissent des informations sur les différents domaines de la vie, sur les symptômes et sur la satisfaction de l'usager quant aux soins dispensés. En accord avec les objectifs que l'usager s'est fixé, ces résultats contribuent au plan de traitement. Ces échelles sont complétées annuellement; c'est ce processus qui compose le suivi systématique des résultats (*Routine Outcome Monitoring - ROM*).

<sup>9</sup> Health of Nation Outcome Score (Wing, 1998)

<sup>10</sup> Manchester Short Assessment of Quality of Life (Priebe e.a.,1999)

<sup>11</sup> Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (Phelan a.o. 1995)

Un élément intéressant à propos des *Seven C's* est que certaines de ses exigences semblent presque incompatibles. Par exemple, soutenir le rétablissement semble en contradiction avec des soins obligatoires. Ceci amène à devoir prendre des décisions difficiles. Il arrive aussi parfois que, ce que l'utilisateur souhaite va à l'encontre de ce que sa famille et son environnement souhaiteraient. Ces contradictions doivent faire l'objet de discussion avec l'utilisateur et sa famille. Ici il est utile que les différentes disciplines de l'équipe se penchent sur ces problèmes, à partir de différents points de vue et perspectives. La perspective d'un pair aidant, du psychologue et du travailleur social complètent la perspective du médecin et de l'infirmier, ce qui peut aider à trouver des solutions.

Les *Seven C's* montrent qu'on doit déterminer *ce que* nous allons faire, *quand* nous allons le faire et *qui* va le faire. Jusqu'à un certain point, ce sont des décisions à long terme prises lors de la mise en place du plan de traitement, mais souvent il est nécessaire de s'adapter à des changements et donc presque quotidiennement de reformuler *qui* va faire *quoi* et *quand*. Cela signifie qu'une équipe doit répondre à certaines exigences organisationnelles, qui sont identifiées ci-dessous.

## 1.5. Exigences pour assurer les « Seven C's »

### 1.5.1 : Bonne coordination

Le modèle FACT est un modèle de prestation de soins. Le modèle permet à l'équipe de proposer les *Seven C's*. Toutefois, cela nécessite une équipe bien coordonnée. Des décisions doivent être prises au sujet des interventions; ce qui devrait être fait en premier, ainsi que ce qui doit être fait plus tard. Avec le tableau FACT, il est possible de coordonner efficacement les différentes activités au sein d'une équipe. Ceci a lieu pendant les discussions matinales devant le tableau FACT, et lors des discussions de plan de traitement régulières (1 à 2 fois par année pour chaque usager). Une bonne coordination est essentielle, non seulement pour le traitement et le suivi, mais également pour les nombreux contacts que l'équipe doit maintenir: appeler les membres de la famille, les contacts avec le voisinage, etc.

### 1.5.2 : Équipe intégrée

Avec FACT la plupart des interventions sont effectuées par les membres de l'équipe. Un minimum de prestations sont fournies par d'autres équipes ou institutions. C'est pourquoi on l'appelle une « équipe intégrée ». Cette vision provient d'importantes leçons apprises au cours des années 90 aux États-Unis : les modèles selon lesquels un seul case manager coordonne des prestations en provenance d'autres instances ne se sont pas avérés aussi efficaces que le travail d'une équipe intégrée. Dans une équipe intégrée, les interventions nécessaires sont réparties entre les membres de l'équipe. Cela se fait lors de la discussion devant le tableau FACT, ce qui permet d'économiser beaucoup d'appels téléphoniques et de coordination avec les autres services. De plus, la personne qui va effectuer une intervention

est présente lors de la discussion et a donc une meilleure compréhension du but de son intervention.

#### *Équipes unidisciplinaires et case management*

*Dans les années 90 dans plusieurs régions aux Pays-Bas, les infirmiers travaillent en tant que case manager auprès des personnes ayant une MMG. Les charges de travail sont élevées (1 : 40 – 60). Les infirmiers travaillent dans une équipe, mais dans cette équipe chaque membre travaille individuellement. Quand un usager vit une situation de crise, le case manager peut seulement effectuer un maximum de deux visites à domicile par semaine, et il n'y a aucun soins dispensé par d'autre membre de l'équipe. À cette époque les équipes sont de type monodisciplinaire. Le psychiatre travaille dans la consultation ambulatoire. Le délai pour obtenir une évaluation médicale par le psychiatre est souvent trop long. Lorsque le case manager estime que des soins supplémentaires sont nécessaires, il doit s'organiser pour que ces prestations soient dispensées par d'autres institutions. Cela exige beaucoup de temps pour se coordonner.*

*Dans de nombreux cas, les besoins des usagers pour des soins plus intensifs mène à une hospitalisation ou parfois un traitement de jour aigu (hospitalisation partielle, de jour).*

*En outre il y a un manque de coordination et de continuité entre les soins ambulatoires et hospitaliers. Les intervenants travaillant en ambulatoire ne sont pas impliqués dans le traitement de l' usager lorsqu'il est hospitalisé et s'impliquent uniquement lorsqu'un suivi post-hospitalisation doit être mis en place.*

*Ce modèle a donc été mis de côté, car il ne fonctionnait pas bien. Les infirmiers occupant ces postes passaient d'avantage de temps au téléphone avec d'autres services qu'ils n'en passaient à visiter les usagers. De plus, ceci les plaçait dans une position difficile, car il y avait peu de possibilités de collaboration et de soutien avec les autres membres de l'équipe.*

#### 1.5.3 : Équipe multidisciplinaire

Les *Seven C's* peuvent seulement être offerts à l'usager par une équipe multidisciplinaire intégrée. Le psychiatre, l'infirmier, le travailleur social, le psychologue, le spécialiste en matière de travail (IPS) et le pair aidant ont leur propre expertise et point de vue. Puisqu'ils travaillent en collaboration quotidiennement, ils développent aussi une vision partagée et un style commun. Les différentes disciplines apportent chacune différents types de solutions aux problèmes quotidiens; au cours de la réunion matinale l'équipe discute des différentes interventions possibles, et détermine l'ordre selon lequel ces interventions seront offertes.

#### 1.5.4 : Prise en charge partagée si nécessaire

La prise en charge partagée a été développée avec le modèle ACT. Au lieu d'une charge de travail individuelle, l'ensemble de l'équipe se partage les cas ; ainsi, plusieurs membres de l'équipe rencontrent les usagers à domicile ou leur fournissent du soutien de différentes façons. En d'autres termes, cette prise en charge partagée signifie que l'usager reçoit des soins et un traitement intensifs de la part de plusieurs ou de tous les membres de l'équipe. La réunion matinale permet aux différentes disciplines de développer et de mettre en application le plan de traitement ensemble, permettant à chaque discipline d'y apporter sa propre

contribution. FACT a repris l'approche de prise en charge partagée pour le groupe des usagers ayant besoin temporairement de soins intensifs.

#### 1.5.6 : Flexibilité

Ce ne sont pas tous les usagers qui nécessitent une prise en charge partagée. Pour beaucoup d'entre eux, un contact individuel avec leur case manager est suffisant, s'accompagnant ponctuellement d'une rencontre avec le psychiatre, le pair aidant ou le spécialiste en matière de travail (IPS).

C'est pour cette raison que les usagers sont divisés en deux groupes : (1) le groupe de soins intensifs et (2) le groupe de soins moins intensifs. La distinction entre ces deux groupes est *en partie* conforme à la distinction introduite par l'ACT entre les 20% (les cas les plus graves) et les 80% (les cas les moins graves). La différence réside dans le fait que (a), dans FACT, les deux groupes sont suivis par la même équipe et (b) les usagers peuvent parfois faire partie du premier groupe, et à d'autres moments du deuxième groupe. En fonction de la situation, un usager peut faire partie du groupe 1 ou du groupe 2, toutefois il recevra toujours des soins de la même équipe.

Pour bien répondre aux besoins des deux groupes, une seule équipe doit être en mesure d'offrir à la fois le case management individuel et l'ACT. C'est pourquoi FACT s'organise autour d'un dispositif permettant d'alterner des soins moins intensifs et des soins très intensifs. L'équipe se réunit chaque jour. Les usagers qui ont besoin de soins intensifs ( $\approx 20\%$  du groupe) sont inscrits sur le tableau FACT. Leur situation est évaluée quotidiennement et ils reçoivent des soins par l'équipe sous forme d'une prise en charge partagée. Chaque jour l'équipe peut vérifier si un usager doit être inclus dans le groupe des 20% ou dans le groupe des 80%. Dans ce dernier cas, l'usager n'est pas mentionné sur le tableau FACT et son case manager s'occupe de la majorité des soins. Ce mécanisme d'alternance entre l'une ou l'autre forme d'intensité de soins compose l'élément à la base du "Flexible ACT"<sup>12</sup>.

#### 1.5.7 : Travailler avec un modèle clairement défini

Le modèle FACT offre une structure et une approche claires. Toutefois le modèle n'est pas contraignant. Les équipes disposent de suffisamment d'espace pour développer leur propre style. Ce qui est cohérent avec la façon néerlandaise de favoriser l'autogestion des équipes, avec suffisamment de possibilités pour se développer dans le cadre d'un modèle clairement défini.

La cohérence du modèle est également importante pour l'administration et le financement, étant donné que souvent une organisation peut disposer de plusieurs équipes FACT. D'un autre côté, l'identité distincte de l'équipe est importante afin d'utiliser au mieux l'expertise et les forces spécifiques des membres de l'équipe. Une équipe FACT doit aussi être en mesure de créer des liens avec la communauté ou la région qu'elle dessert : il faut répondre à des problèmes locaux et être en mesure de travailler en collaboration avec les services régionaux. Les équipes peuvent évaluer la fidélité au modèle avec un instrument de mesure : l'échelle FACT, qui comprend 60 items portant entre autres sur la composition, la façon de procéder et l'organisation de l'équipe. Ceci est décrit ailleurs dans ce manuel.

---

<sup>12</sup> Au début l'abréviation FACT signifiait "Fonction ACT" (des équipes pouvaient combiner plusieurs fonctions). Mais il a été constaté que ce terme était difficile à expliquer au niveau international. Nous avons donc opté plus tard pour "Flexible ACT".

## 1.6. La force de l'*outreach*

Nous estimons que le FACT a permis de redécouvrir la force d'un suivi et d'un traitement du type *outreach*. *Outreach* veut dire : des soins en dehors de l'institution ou du bureau. *Outreach* signifie des visites à domicile, des soins ou un suivi en lien avec les activités sociales de l'utilisateur, aller le visiter au poste de police, et si nécessaire dispenser des soins dans la rue pour les sans-abris.

Un accompagnement offert à partir d'un bureau ou d'une polyclinique est bien ambulatoire, mais pas du type *outreach*. Aux Pays-Bas le suivi de type *outreach* était auparavant utilisé lors de situation de crise: une évaluation à domicile était effectuée pour vérifier la nécessité d'une admission. Lorsque l'utilisateur n'était pas en crise, il se rendait à la polyclinique ou au centre de jour pour ses consultations.

*Dans le modèle FACT une visite à domicile de type outreach est la procédure habituelle pour prendre contact avec l'utilisateur. Donc, pas uniquement lorsque l'utilisateur est en crise, mais également au cours d'un suivi lors de phases plus stables. Plus de 80% des contacts des case managers et des pairs aidants ont lieu à l'extérieur des bureaux de l'équipe. Quant aux psychiatres, ils sont au moins familiers avec la situation au domicile de l'utilisateur et ils accompagnent régulièrement le case manager lors de visites à domicile. Le psychologue peut offrir un suivi à domicile et le spécialiste en matière de travail (IPS) travaille habituellement en « outreach » avec les utilisateurs et les employeurs.*

Inspirée par l'ACT et par le modèle basé sur les forces (*Strengths Model*), la visite à domicile est devenue la procédure habituelle du FACT. Cela s'applique aussi bien dans une situation de crise que lors des suivis individuels à long terme des utilisateurs en dehors des périodes de crise. Il a été démontré que cela avait un impact majeur sur le contact entre les professionnels et les utilisateurs.

L'évaluation diagnostique et les autres types d'évaluation sont modifiées avec l'*outreach*. Le professionnel parle avec l'utilisateur dans son environnement, il a plus de chances de rencontrer sa famille et il a aussi plus d'opportunités d'avoir des contacts avec son voisinage. Dans son propre environnement l'utilisateur peut clairement montrer ce qu'il peut bien gérer et ce qu'il peut moins bien gérer, ainsi que le type d'aide dont il pourrait avoir besoin. Les talents de l'utilisateur, ses passe-temps, ses forces ainsi que le type de soutien dont il bénéficie dans son environnement sont beaucoup plus visibles. De cette manière les professionnels trouvent des solutions avec l'utilisateur qui cadrent bien avec son environnement. Les résultats des recherches indiquent que l'entraînement sur place, dans l'environnement naturel, est plus efficace que l'entraînement dans un centre de jour.

La visite à domicile et l'*outreach* ont également une grande importance pour la relation entre l'utilisateur et le professionnel. Le professionnel doit s'intégrer dans l'environnement de l'utilisateur. L'utilisateur n'est plus pris en charge (comme il l'est à l'hôpital); le professionnel s'introduit dans le territoire de l'utilisateur, ce qui permet plus facilement à ce dernier d'accepter la présence du soignant, et ce qui conduit à un différent type de dialogue.

L'*outreach* donne également des informations sur les points forts de l'utilisateur : le professionnel peut observer de quelle façon l'utilisateur gère les choses - dans sa vie en général, à la maison, dans son environnement social, dans les contacts qu'il entretient avec son voisinage ; il voit ce que l'utilisateur aime, ses intérêts, peut-être des signes d'aptitudes particulières qui ont été négligées et qui pourraient être mis en évidence. Ces éléments peuvent être valorisés dans le suivi.

A cet égard, une approche centrée sur l'autonomie représente un mouvement nouveau et important dans lequel l'utilisateur se fixe de nouveaux objectifs en lien avec son environnement et son travail, avec le soutien des professionnels

## 2. FACT en bref, avec les blocs de construction

### 2.1 Les blocs de construction du FACT



FACT est parfois difficile à expliquer, étant donné qu'il combine plusieurs composantes différentes. La figure ci-dessus, « Les blocs de construction du FACT », illustre ces éléments importants :

#### *Bloc 1: « Aller où l'utilisateur veut aller pour réussir »*

Nous voulons être à l'écoute des souhaits et des objectifs de l'utilisateur. Nous allons à domicile, sur le lieu de travail, dans la famille, ou dans tout autre endroit où l'utilisateur souhaite participer avec succès à la communauté (*outreach*). En mettant l'accent sur la réussite, nous avons confiance dans les forces des personnes et dans leur rétablissement. Ce bloc est cohérent avec l'observation de Test et Stein que la formation de compétences dans l'environnement artificiel de l'hôpital produit peu d'effets.

#### *Bloc 2: « Soutenir l'intégration par le réseautage social »*

FACT a pour but de contribuer à l'intégration sociale des usagers psychiatriques. Ceux-ci ne devraient pas seulement vivre en dehors de l'hôpital, mais également participer à la vie de la communauté. À cette fin, l'existence d'un système de soutien social propre à l'utilisateur est nécessaire. L'accent est mis sur l'utilisateur et sur ce qui est important pour lui. En outre, la famille joue un rôle important, comme les voisins, les bénévoles et diverses organisations dans la communauté: des organisations d'aide sociale, des équipes sociales, des propriétaires de logement, la police du quartier.

L'équipe FACT ne peut pas prendre le contrôle du processus d'intégration, mais doit valoriser les réseaux sociaux et coopérer avec eux. Les équipes FACT sont bien intégrées dans la communauté, ils sont des partenaires fiables, ils respectent leurs engagements. Ceci implique d'être conscient de la sécurité et, si nécessaire, avoir recours à des interventions plus

contraignantes; parce que la tolérance par la communauté peut rapidement diminuer lors de nuisance ou lorsque la sécurité est mise en péril.

*Bloc 3: « Reconnaître les gens avec des MMG et les mettre en contact avec des services de santé mentale intégrés »*

Détecter les usagers est très important, d'autant plus que les personnes avec une MMG ont quelquefois une faible compréhension de leur maladie et ne sont pas à la recherche d'aide. Les médecins généralistes, mais aussi la police ou les services dans la communauté peuvent faire des demandes à l'équipe FACT. De façon informelle, FACT peut effectuer un premier contact, explorer ce qui est possible de faire et ce qui est nécessaire.

L'étape suivante consiste à créer un lien avec ces personnes. On ne peut pas prendre pour acquis que les usagers vont maintenir leurs suivis; souvent, ils n'en voient pas la nécessité. Les médicaments que nous leur conseillons ne leur plaisent pas. Nous devons donc également offrir des aspects positifs aux soins, de sorte que les usagers y trouvent des choses qui leur plaisent, comme le soutien en lien avec leurs objectifs de rétablissement. Nous avons comme but de dispenser des soins qui motiveront l'utilisateur à accepter le suivi.

FACT vise à prévenir ou à raccourcir les hospitalisations, mais nous sommes conscients qu'une admission en milieu hospitalier est parfois utile et nécessaire. Lors des séjours hospitaliers nous travaillons en étroite collaboration avec l'hôpital. Au Pays-Bas, les services de santé mentale travaillent de manière intégrée, c'est-à-dire que les soins hospitaliers et ambulatoires sont intégrés dans un système avec des rôles et des engagements clairement définis. Une admission représente toujours un incident dans un trajet de soins ambulatoires. Par conséquent les intervenants ambulatoires restent impliqués dans le traitement à l'hôpital et participent à la décision de la date de la sortie. Nous restons en contact avec l'utilisateur et, si possible, nous l'accompagnons de temps en temps à la maison, pendant ses congés lors de son séjour hospitalier; dans un tel système intégré il y a des arrangements pour un traitement hospitalier de courte durée et partiel, ainsi que des admissions très courtes<sup>13</sup>. En collaboration avec l'hôpital nous pouvons également organiser une accessibilité 24/7. Des contacts vidéo peuvent être utilisés; en utilisant un écran tactile, l'utilisateur peut être en contact direct avec l'équipe FACT pendant la journée et avec l'hôpital le soir, la nuit et le week-end.

*Bloc 4: "Si nécessaire, offrir des soins ACT"*

En plaçant l'utilisateur sur le tableau FACT, l'équipe peut immédiatement débiter des soins intensifs avec une prise en charge partagée. On peut parler d'une « admission » sur le tableau, au lieu d'une admission dans une unité de soins psychiatriques aigus. Ceci arrive « si nécessaire »; il existe des critères pour le recours aux soins intensifs et pour revenir – après stabilisation – aux soins individuels et moins intensifs.

Le fait que l'ensemble de ces soins est assuré par une même équipe constitue l'essence du FACT<sup>14</sup>. FACT met fin au phénomène de « la porte tournante », dans les bons et les mauvais

---

<sup>13</sup> Aux Pays-Bas nous travaillons avec "un lit sur demande". Cela veut dire qu'un usager peut demander une admission pour une nuit, selon des critères peu exigeants, afin de s'organiser avec ses propres intervenants ambulatoires le lendemain.

<sup>14</sup> Dans les équipes ACT aux Etats-Unis il est habituel de transférer un usager à une forme de soins moins intensifs. C'est ce qu'on appelle « graduation ». L'utilisateur a de nouveaux intervenants, avec des nouvelles idées et méthodes de contact (principalement des consultations dans les bureaux plutôt que des visites à domicile). Cela conduit à d'avantage de rechutes et à des ruptures de soins (on quitte complètement les soins). Ou alors l'utilisateur est adressé à nouveau à l'équipe ACT : ceci est une forme psychiatrie « porte tournante ».

moments l'utilisateur est en contact avec la même équipe, le même case manager et le même psychiatre. Il y a donc une continuité dans les soins.

*Bloc 5: "offrir un traitement en conformité avec les Guidelines (basé sur les données probantes et selon les meilleures pratiques)"*

Au Pays-Bas le travail est guidé par les « Guidelines multidisciplinaires (MDR) » pour la schizophrénie. Au niveau international on trouve le NICE et par exemple le SAMHSA (*toolkits*). Ce sont des sources qui donnent des indications sur les traitements qui devraient être dispensés. Beaucoup de ces traitements sont difficiles à implémenter dans une clinique ambulatoire traditionnelle parce que les usagers peuvent arrêter le suivi, oublier des rendez-vous, avoir une mauvaise semaine, etc. En utilisant l'*outreach* et la continuité des soins, il est plus probable que ces traitements puissent être entièrement appliqués. Récemment les équipes FACT ont commencé à utiliser le processus de prise de décision partagée (*shared decision making - SDM*) ; l'utilisateur décide de son traitement, conjointement avec le professionnel traitant, en fonction de ses propres connaissances, l'expertise du psychiatre et une information structurée.

*Bloc 6: Soutenir la réhabilitation et le rétablissement*

FACT a pour but de soutenir le rétablissement et de mettre l'accent sur les objectifs de rétablissement. Le pair aidant de l'équipe apporte une contribution essentielle, à partir de sa propre perspective. Il peut organiser des groupes de rétablissement (comme le *Wellness Recovery Action Plan, WRAP – Cook et al., 2012*) et favoriser des contacts entre pairs. En outre, une expertise sur le rétablissement est disponible au sein des équipes et le spécialiste en matière de travail (IPS) s'occupe de chercher un emploi rémunéré.

## 2.2 La composition d'une équipe FACT

La composition en personnel soignant des équipes FACT est adaptée pour environ 200 usagers. Cela nécessite qu'il y ait suffisamment de gestionnaires de cas et un psychiatre. L'équipe comprend aussi un psychologue, un spécialiste en matière de dépendances, un spécialiste en matière de travail et un pair aidant. Voici la composition idéale d'une équipe FACT:

1 ETP psychiatre

0,5 ETP chef d'équipe (qui ne participe pas nécessairement aux suivis des usagers)

7 ETP case managers dont:

o 4- 5 ETP infirmiers en psychiatrie

o 1- 2 ETP infirmiers en psychiatrie communautaire

o 0,8 ETP travailleur social

0,8 ETP psychologue

0,6 ETP pair aidant

0,5 ETP un spécialiste en matière de travail (IPS - *Individual Placement and Support*)

Expertises requises dans cette équipe:

\* expertise au niveau des dépendances dans les disciplines mentionnées ci-dessus (au minimum 2 ETP)

- \* une large expertise en réhabilitation et rétablissement
- \* 2-3 présidents du tableau FACT

et facultatif:

- \* Plusieurs équipes FACT offrent des soins pour les personnes vivant en dehors de l'hôpital dans des dispositifs d'habitations protégées (*sheltered accommodation*), et ainsi des conseillers en logement peuvent être membre de l'équipe FACT
- \* Parfois d'autres spécialités sont ajoutées à l'équipe, comme par exemple un thérapeute systémique dans des équipes ciblant des personnes ayant un premier épisode psychotique.

Le rôle du case manager individuel peut être rempli par différentes disciplines (infirmier, travailleur social, parfois par un psychologue). Dans les équipes FACT néerlandaises on trouve beaucoup d'infirmiers. En Grande-Bretagne on trouve plus de travailleurs sociaux (*social workers*) et d'ergothérapeutes (*occupational therapists*) au sein d'équipes similaires. Aux États-Unis, nous retrouvons beaucoup de travailleurs sociaux parmi les case managers. Le choix néerlandais pour les infirmiers s'est fait en partie en raison de leur rôle important dans les hôpitaux psychiatriques d'autrefois. Beaucoup d'entre eux ont été formés à l'hôpital et ont fait la transition vers le travail ambulatoire avec une formation supplémentaire FACT.

En plus des infirmiers en psychiatrie, chaque équipe comprend au moins un « infirmier en psychiatrie sociale » ou « infirmier en psychiatrie communautaire » (« Community Psychiatric Nurse, CPN »). L'expertise ajoutée par un CPN en comparaison à l'infirmier en psychiatrie peut inclure les domaines comme le diagnostic et l'évaluation des besoins de soins, l'intervention de crise, la gestion des systèmes complexes et les troubles de la personnalité.

Les équipes FACT des autres pays devront décider quelles disciplines seront représentées dans le groupe des case managers. Une bonne répartition entre infirmiers et travailleurs sociaux (avec une spécialisation dans les dépendances) semble importante.

Dans une équipe idéale, la charge de travail moyenne des case managers est d'environ 25 usagers par ETP. Le case manager est la première personne de contact pour l'utilisateur et son réseau ou système de soutien. Il visite et suit l'utilisateur régulièrement. Il s'assure que l'utilisateur dispose d'un plan de traitement à jour. Il peut impliquer d'autres membres de l'équipe dans le traitement, par exemple le psychiatre pour les médicaments ou le spécialiste en matière de travail. La disponibilité d'un « case manager remplaçant » pour chaque usager est également la règle. Il s'agit d'une personne qui connaît bien l'utilisateur, et qui peut prendre la relève en cas de maladie, vacances, etc. du case manager.

Pour des usagers qui reçoivent des soins intensifs par l'équipe via le tableau FACT, tous les membres de l'équipe coopèrent et se partagent la charge de travail (prise en charge partagée). En d'autres termes, tous les membres de l'équipe sont engagés pour fournir des soins supplémentaires. Le psychiatre est directement impliqué dans les questions des médicaments, dans la prévention des hospitalisations, etc. Le psychologue et le pair aidant participent aussi à la prise en charge partagée.

L'équipe FACT possède beaucoup de connaissances différentes. En plus du point de vue médical et infirmier, le point de vue du travail social est d'une grande importance. Le travailleur social et les spécialistes en matière de rétablissement apportent une perspective

supplémentaire dans l'équipe. En outre, tous les membres de l'équipe devraient être en mesure de soutenir les processus de réhabilitation.

Dans les processus de rétablissement et de réhabilitation le pair aidant joue un rôle important. De plus en plus de pairs aidants sont employés de façon régulière et rémunérée. Ils ont suivi des formations en vue de valoriser leur expertise expérientielle dans le processus de soins directs. Souvent ils entrent en contact avec les usagers d'une manière différente. Ils sont parfois l'interprète entre l'usager et le clinicien. Ils n'ont généralement pas une cohorte propre d'usagers, mais ils contribuent activement à la prise en charge partagée et aident à identifier les personnes aux prises avec des MMG dans la communauté et à faire le lien avec le système de soins, et participent en outre aux activités de rétablissement.

Le fait que les équipes FACT disposent à la fois d'un psychiatre et d'un psychologue donne la possibilité de poser des diagnostics et d'établir des plans de traitement appropriés. Cela signifie que les médicaments, une attention particulière aux symptômes somatiques et au dépistage métabolique vont de pair avec la thérapie cognitivo-comportementale.

Dans l'équipe, au moins deux personnes devraient posséder une expertise à jour au sujet des problématiques de dépendance. Au Pays-Bas le modèle de traitement intégré des doubles diagnostics (*Integrated Dual Diagnosis Treatment - IDDT*) est de plus en plus appliqué. Les membres de l'équipe, provenant de différentes disciplines, par exemple le case manager, le psychiatre et le psychologue, ont une formation en traitement intégré des doubles diagnostics qu'ils peuvent utiliser au sein de l'équipe. Beaucoup d'équipes FACT sont formées, en tant qu'équipe, à l'entretien motivationnel (*Motivational Interviewing*).

La gestion quotidienne des soins nécessite une attention particulière. C'est pourquoi les équipes FACT travaillent de plus en plus souvent avec deux – et si possible – trois « présidents de tableau FACT ». Ces personnes ne sont pas le gestionnaire ou leader formel de l'équipe. Ce sont des membres de l'équipe qui sont formés pour mener la réunion du tableau FACT. Ils font fonctionner le tableau digital FACT, ils coordonnent les soins quotidiens et ils inscrivent les notes dans le dossier électronique de l'usager<sup>15</sup>. Ce modèle s'est avéré efficace. Dans chaque équipe il y a donc trois personnes qui connaissent bien le modèle FACT et qui sont formées pour diriger les réunions. Il y a un soutien mutuel entre ces trois personnes, et l'un d'entre eux est toujours présent, même lors des périodes de vacances.

Une équipe FACT ne devrait pas inclure un trop grand nombre de professionnels. On s'assure qu'il n'y a pas trop de membres avec des postes à pourcentage faible. Idéalement, la plupart des membres de l'équipe sont employés au minimum 4 jours par semaine. Quand il y a trop de personnes embauchées à temps partiel, l'organisation est plus complexe et difficile. Nous avons aussi observé qu'il y a un nombre maximum d'usagers pour que l'équipe puisse fonctionner de façon optimale: ce nombre est d'environ 180 à 220 usagers. Les équipes ayant une charge de travail de plus de 250 usagers ne peuvent plus offrir des soins « sur mesure ».

---

<sup>15</sup> Certaines équipes australiennes fonctionnent de manière similaire avec un gestionnaire de quart (par quart de travail).

## CHAPITRE 3: Le mode de travail FACT

### 3.1. Une esquisse de la situation: tant d'usagers, tant de besoins

L'équipe FACT d'un quartier d'Amsterdam a une charge de travail de 210 usagers. Une grande partie d'entre eux sont relativement stables. Certaines personnes ont un emploi, beaucoup d'entre eux se rendent dans un centre de jour, ou encore participent aux activités dans un centre de jour. Certaines personnes participent à un groupe sur le rétablissement animé par le pair aidant. D'autres, avec l'aide de leur case manager, sont à la recherche d'un meilleur logement. La psychologue organise, avec une collègue d'une autre équipe FACT, un groupe d'entraînement aux habiletés sociales et elle utilise parfois l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) pour le traitement de traumatismes antérieurs. Le psychiatre rencontre au moins une fois par an tous les usagers qui sont stables, mais beaucoup d'entre eux mensuellement ou même sur une base hebdomadaire, en particulier ceux dont la médication est plus complexe (comme la Clozapine), avec des risques plus importants d'effets secondaires. Environ 25 usagers sont vus par le spécialiste en matière de travail (IPS); certains d'entre eux travaillent quotidiennement avec ce membre de l'équipe lorsqu'ils débutent un nouvel emploi. Tous les usagers ont un case manager individuel, habituellement un infirmier qui visite l'utilisateur au moins 2 – 3 fois par mois à domicile. Le case manager a souvent des contacts avec la famille et parfois il accompagne l'utilisateur aux services sociaux. Outre leurs contacts avec les usagers, plusieurs membres de l'équipe sont en contact avec diverses instances du quartier, dont les médecins, les propriétaires de logement, la police ou autres.

La majorité des usagers mentionnés ci-dessus disposent donc d'un case manager, ont des contacts à l'occasion avec le psychiatre et parfois aussi avec le spécialiste en matière de dépendances, le pair aidant ou le psychologue. Les membres de l'équipe travaillent individuellement avec l'utilisateur. Ils coordonnent leurs tâches en fonction du plan de traitement de l'utilisateur, qui est ajusté au moins une fois par an. Mais lorsqu'un ajustement additionnel est nécessaire, celui-ci peut avoir lieu lors de la réunion matinale de l'équipe. Des interventions brèves d'autres disciplines peuvent alors être considérées. En d'autres termes, il s'agit d'un suivi et d'un traitement individuels qui permettent un accès facilité à d'autres disciplines.

Environ 20-25 des 210 usagers reçoivent un traitement plus intensif de la part de l'équipe. Soit parce qu'ils ne vont pas bien, ou encore parce qu'ils ont besoin d'une attention particulière ou même de soins intensifs. Quand cela est signalé par l'équipe, le nom de l'utilisateur est écrit sur le tableau FACT. À partir de ce moment-là, l'équipe discute de la situation de l'utilisateur chaque jour et des soins intensifs peuvent être dispensés.

Le groupe d'usagers sur le tableau FACT est très hétérogène. À l'heure actuelle, trois usagers sont inscrits sur le tableau parce qu'ils sont nouveaux au FACT. L'équipe souhaite mieux les connaître, c'est pourquoi ils sont discutés chaque jour pendant trois semaines; les informations sont récoltées par plusieurs membres de l'équipe qui les visitent. Neuf usagers sont sur le tableau depuis un certain temps déjà. Ce sont des personnes avec une schizophrénie désorganisée et des problèmes de consommation. Ils peuvent seulement rester à domicile grâce à un soutien quotidien de l'équipe. Deux d'entre eux ont une prise de traitement médicamenteux obligatoire (imposé par un juge et avec un contrôle quotidien de la prise). Pour trois autres personnes il s'agit d'un dépôt médicamenteux obligatoire. Plus de dix autres personnes sont inscrites sur le tableau parce qu'elles sont actuellement à risque d'aller moins bien. Un usager est en crise car il n'a pas pris ses médicaments. Un autre présente un épisode maniaque. Un autre usager souffre d'une tumeur maligne grave, qu'il considère

comme « une simple bosse », et pour laquelle il refuse un traitement. Une autre dame avec un trouble de personnalité borderline sévère est en conflit avec son entourage, elle a cessé de prendre sa médication et a renoncé à sa maison. Dans le groupe sur le tableau FACT on trouve aussi quelques usagers admis en hôpital psychiatrique et deux personnes en détention. Pour finir, un certain nombre de personnes en refus de soins figurent sur le tableau : il est clair qu'ils ont besoin de soins mais ils n'ont pas le sentiment d'être malade, ils estiment qu'un traitement est inutile et ils évitent tout contact. L'équipe va tout de même surveiller ces situations à distance pendant quelques semaines ou quelques mois et va consulter la police sur ce qui se passe dans le quartier ; si une situation dangereuse devait survenir, l'équipe pourrait alors plus activement proposer un traitement.

Les personnes sur le tableau FACT ont besoin de soins plus intensifs. Leurs soins ne peuvent pas être organisés par une seule personne; ces personnes doivent être vues quotidiennement et parfois même plusieurs fois par jour, les fournisseurs de soins se basent sur une variété de sources d'informations provenant de la communauté (plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'usagers qui évitent les soins), une personne doit aussi rencontrer les autres services, les familles et le personnel de l'hôpital, et des décisions importantes doivent être prises : cela nécessite un travail d'équipe.

#### *La prise en charge partagée*

*Pour les personnes sur tableau FACT (qui ont besoin de soins intensifs), nous effectuons une prise en charge partagée. Les visites – quotidiennes au besoin - sont effectuées par plusieurs membres de l'équipe. Ces visites sont parfois brèves, par exemple pour apporter les médicaments et s'assurer que l'utilisateur les prend. Parfois les visites sont plus longues, par exemple pour aider l'utilisateur à mettre de l'ordre à son domicile, à compléter des documents ou encore pour prendre contact avec les voisins. La prise en charge partagée nécessite une coordination quotidienne des objectifs. Les pairs aidants se joignent à la prise en charge partagée, en étant bien informés sur le traitement et le suivi de l'utilisateur. Les points de vue des différents membres de l'équipe sont discutés lors de la réunion matinale autour du tableau FACT ; on y retrouve ainsi différentes personnes provenant de diverses disciplines d'expertise qui voient des possibilités ainsi que des impossibilités complètement différentes pour une situation donnée.*

### 3.2. La procédure du tableau FACT: la force du FACT

Le tableau FACT est l'outil qui permet que des soins intégrés soient offerts par la même équipe.

Une équipe FACT a recours à deux moyens pour effectuer le suivi et le soutien des usagers :

- 1) un suivi individuel et ;
- 2) des soins intensifs de la part de l'équipe, avec une prise en charge partagée par toute l'équipe.

1) Suivi individuel: La plupart des usagers sont suivis individuellement par leur propre case manager, qui met l'accent sur le traitement, la réhabilitation et le soutien vers le rétablissement. Pendant ce suivi individuel, le case manager peut impliquer d'autres disciplines de l'équipe multidisciplinaire dans le traitement ou la réhabilitation. Des membres provenant de disciplines variées, incluant au moins le psychiatre, sont impliqués lors

de l'élaboration annuelle du plan de traitement. L'utilisateur ne voit pas les différents cliniciens chaque semaine ou chaque jour.

2) Soins intensifs, avec une prise en charge partagée par toute l'équipe: pour un groupe variable de 10 -20 % des usagers de la cohorte totale de l'équipe, le suivi individuel n'est pas suffisamment intensif. Ils ont besoin de plus de soins que ce qu'un seul case manager peut offrir. Pour ces usagers qui sont sur le tableau FACT, l'équipe fournit des soins selon le principe ACT de la prise en charge partagée. Cela signifie que tous les membres de l'équipe sont informés de la situation de l'utilisateur et que celui-ci est accompagné et suivi par plusieurs membres de l'équipe. De cette façon, l'utilisateur peut recevoir des soins quotidiennement ou même plusieurs fois par jour.

Afin d'assurer une bonne coordination des activités des différents intervenants, une réunion quotidienne est organisée pour discuter des usagers sur le tableau FACT. Si un suivi individuel n'est pas suffisant, la question du besoin d'augmenter l'intensité des soins se pose. Dans ce cas, le nom de l'utilisateur apparaît sur le tableau FACT. Il s'agit d'un tableau Excel, projeté sur le mur lors de la réunion matinale de l'équipe. Les usagers inscrits sur le tableau sont discutés quotidiennement. En moyenne 20 - 40 usagers, ayant besoin des soins intensifs, figurent sur le tableau, c'est-à-dire 10 à 20 % des usagers de l'équipe.

Pour chaque usager on retrouve les informations suivantes sur le tableau

- \* la date de l'inscription sur le tableau
- \* le diagnostic bref
- \* le statut juridique
- \* la raison pour laquelle l'utilisateur figure sur le tableau
- \* les souhaits, les objectifs et les forces de l'utilisateur
- \* les personnes contact dans le réseau social et dans la famille
- \* les actions planifiées
- \* le nom du case manager
- \* les rendez-vous à domicile prévus (1 – 2 par jour, combien de fois par semaine)
- \* les rendez-vous spécifiques (pour la médication, ou encore les injections)
- \* d'autres détails, comme les visites chez le médecin généraliste, le laboratoire, un rendez-vous avec un avocat, ou un rendez-vous concernant le logement

cat.	naam & geb.datum	03-04-07	datum eraf	Diagnose (& verslaving)	jurid. status	Reden waarom FACT	FACT team interventies	Familie, MSS en GGZ steunsysteem	wie gaat er heen							(tijdelijk) verblijfs adres	DH	
									m	d	w	d	v	z	z			
1. Crisisvoork.	B, Patty	19-04-07	31-05-07	persoonlijkheidsproblematiek	RM	automutilatie en decompensatie, verschillende TS met medicatie. Somber, nog erg wisselend. ECT is afgerond. 27-2 momenteel onttrokken aan zorg.	Is 16-2 weer terug naar buitenzorg. Marianne neemt contact op met familie.	Man, 2 kinderen. Man behoeft extra ondersteuning. Kinderen hebben opvang.									schagen	Marianne
7. Zorgvrijler	Stc., Bonnie	19-04-07		Borderline PS overmatig alcohol gebruik	geen	Toenemend drank gebruik. Overlast bij bureu. Uitzetting dreigt. Vindt zelf dat er niets aan de hand is.	Regelmatige bezoeken.informeren & motiveren.Hulp bieden bij uitzetting	moeder?									Heiloo	Noud
3. Intensief,lang	O, Maxima van	19-04-07	12-07-07		geen	ten gevolge van overbelasting in het gezinsysteem dreigende pschotische decompensatie. Krijgen per 8-2 een huis	afspraken voor hulp worden gemaakt 19-2	Man A. Is weekend op bezoek geweest bij mw.									thuis,	Wilma
2. Intensief,kort	E. D., BO van	19-04-07	31-05-07	schizofrenie, alcohol misbruik	geen	Is vijf maanden naar Tailand geweest. Laatste 2 weken zonder antipsychotica&antidiabetica. Veel gedronken in die periode waardoor veel lichamelijke klachten oa mogelijke maanhoedinn	extra observatie&aandacht. Is inder controle bij de huisarts	broers en vrienden. In oktober is broer H. overleden. Hier had Bo dagelijks meerdere malen telefonisch contact mee.									Heiloo	Leo
5.	W., Geert	19-04-07		schizofrenie		vanwege psychose	vanwege psychose	ouders zijn op de									Olvendijk	9

Dans la première colonne (en rouge) chaque usager est catégorisé. Ces catégories, qui sont assez générales, indiquent la raison pour laquelle l'utilisateur figure sur le tableau. Un usager inscrit sur le tableau fait partie d'une des catégories décrites ci-dessous. Au fil du temps, l'utilisateur peut faire partie d'une autre catégorie ; par exemple, une personne qui a été hospitalisée initialement, et qui retourne à la maison, vient de la catégorie « admission » à la catégorie « intensif court ». Ces changements peuvent être suivis dans une base de données. Cela peut contribuer à l'évaluation de l'approche ou la méthode de travail de l'équipe.

Les catégories du tableau FACT sont:

1. Prévention de crise: pour les usagers présentant les premiers signes d'une possible décompensation psychotique ou une reprise de consommation de toxiques, ou lorsqu'il y a une augmentation des problèmes sociaux. Cette catégorie inclus également les interventions en vue d'éviter une hospitalisation.
2. Intensif, court terme: les usagers aux prises avec un épisode aigu de détérioration des symptômes psychiatriques ou les usagers en crise; également les usagers récemment de retour à la maison suite à une hospitalisation ou une détention.
3. Intensif, long terme: pour les usagers ayant besoin de soins d'intensité accrue pendant une longue période, par exemple à cause d'une décompensation ou d'une vulnérabilité permanente (faible score GAF) ; certains ont besoin d'un soutien quotidien permanent et restent donc sur le tableau.
4. a. Usagers qui sont en refus de soins: ces usagers ne veulent aucun contact avec les service de santé mentale mais leur situation n'est pas grave ; un contact est proposé sans être imposé (présence de l'équipe), un système de soutien possible est identifié.  
b Usagers à risque élevé en refus de soins : les usagers qui refusent les soins de santé mentale et qui n'arrivent plus à prendre correctement soins d'eux-même et

s'isolent. Les membres de l'équipe FACT seront plus directifs dans les soins offerts à ces usagers et, si nécessaire en cas de danger, prendront des mesures plus contraignantes.

5. Admission: ces usagers sont admis en hôpital psychiatrique ou sont incarcérés. L'équipe maintient le contact avec eux et les intervenants qui leur fournissent des soins, et planifie le retour à domicile
6. Nouveau: les nouveaux usagers récemment enregistrés, trois semaines pour prendre connaissance avec eux et pour les évaluer.
7. Ordonnance du tribunal : les usagers qui ont une ordonnance du tribunal pour un traitement ou un suivi non-volontaire.

Pendant la réunion matinale, 20 à 40 usagers du tableau FACT sont discutés quotidiennement. Le président du tableau FACT nomme l'usager, puis le case manager résume pour l'équipe la situation de la journée précédente. Il est possible que l'usager ait également été vu par un autre membre de l'équipe, ou encore qu'il ait été évalué par le psychiatre. La famille pourrait avoir partagé des informations, ou encore l'usager pourrait avoir demandé quelque chose. Ceci est brièvement discuté et les choses à faire pour la journée sont organisées : qui s'occupe d'une visite à domicile, qui va accompagner l'usager pour une demande de logement, qui va s'assurer que l'usager prend contact avec son médecin, etc. Pour quelques usagers il y a peu de nouveautés, alors que pour d'autres 2 ou 3 minutes de discussions sont nécessaires. Il est prévu que la réunion matinale ne prend pas plus que 30 - 45 minutes.

Pendant les réunions matinales il y a aussi chaque jour la possibilité de discuter brièvement des usagers qui ne figurent pas sur le tableau, mais pour qui une discussion est nécessaire en raison de développements dans leur situation. Ils figurent dans la liste « cas à discuter ». Un case manager pourrait discuter d'un usager en vue d'impliquer une expertise additionnelle, comme par exemple pour demander un suivi au niveau de la médication ou pour une intervention psychologique. Les succès des usagers (par exemple, un usager qui débute un emploi ou un usager qui vient de terminer une formation) sont aussi rapportés. L'équipe a également besoin de célébrer ces succès.

Parfois un usager figure plusieurs fois sur la liste « cas à discuter » en quelques semaines, par exemple en cas d'incertitude, de crise imminente ou d'événements de vie. Lorsque cela se produit à plusieurs reprises, l'équipe va rapidement décider qu'il est préférable d'inscrire l'usager sur le tableau FACT, de sorte que les choses s'éclaircissent en quelques semaines, grâce aux discussions quotidiennes.

Le tableau FACT est essentiel à la coordination des activités et au partage d'informations. Par le biais d'un travail communautaire, les membres de l'équipe peuvent rencontrer les usagers dans la rue ou dans les magasins, sans avoir fixé de rendez-vous avec eux. Ils reçoivent des informations à leur sujet provenant d'autres usagers ou encore d'agents de liaison communautaire. L'équipe obtient ainsi une image plus détaillée du fonctionnement des usagers. Cela peut être particulièrement important chez les usagers qui sont en refus soins : même s'ils refusent un contact, l'équipe les connaît, peut parfois faire un brin de causette avec eux et peut intervenir plus efficacement lorsque le refus des soins devient réellement préoccupant (par exemple lorsque l'usager ne prend plus soin de lui-même). En outre, le tableau FACT fonctionne comme un memento : les usagers hospitalisés ou incarcérés restent sur le tableau FACT. En collaboration avec l'hôpital, l'équipe offre un soutien afin de faciliter un retour rapide et sûr de l'usager à la maison.

Des nouveaux usagers sont régulièrement adressés à l'équipe. Ces usagers sont toujours inscrits sur le tableau FACT pendant les premières semaines du suivi. Il est d'usage qu'au moins quatre membres de l'équipe, de préférence provenant de disciplines différentes, prennent contact avec l'utilisateur et lui rendent visite à domicile et ce au cours des trois premières semaines. Ceci permet à l'équipe d'effectuer une bonne évaluation des besoins en matière de soins et de traitement pour l'utilisateur. Un premier contact avec le système de soutien ou la famille peut aussi être organisé. Après 3 ou 4 semaines une entrevue initiale est effectuée et l'équipe élabore un plan de traitement en consultation avec l'utilisateur.

Pour certains usagers, des conditions judiciaires sont imposées. Si ces conditions sont respectées, ces usagers ne sont pas hospitalisés en psychiatrie. Ces usagers peuvent, par exemple, être tenus de rester en contact et de parler avec les intervenants professionnels, et d'accepter le dépôt de médicaments. Ces usagers figurent également sur le tableau FACT de sorte à coordonner le suivi et collecter des informations afin de gérer les risques. En outre le tableau FACT fonctionne comme un rappel ou memento pour une prolongation de l'autorisation judiciaire ou pour d'autres procédures formelles.

Dans la pratique, les rencontres quotidiennes autour du tableau FACT semblent jouer un autre rôle important, en permettant la transparence et le partage de connaissances. En effet, l'équipe examine quotidiennement les actions spécifiques et les approches auxquelles elle a recours pour les usagers les plus difficiles. Souvent ceux-ci sont des usagers qui présentent des intérêts et des risques contradictoires. Parfois, des stratégies doivent être élaborées et modifiées presque quotidiennement, étant donné que de nouvelles informations peuvent apparaître chaque jour. Les concertations autour du tableau FACT permettent un apprentissage mutuel entre les membres de l'équipe et une clarification mutuelle et quotidienne du modèle et de la mission de l'équipe FACT, et cela d'une manière pragmatique. Ce qui représente un avantage pour les nouveaux membres de l'équipe et les personnes en formation.

*Lors de la mise en place des équipes FACT nous étions convaincus que la concertation autour du tableau FACT serait d'une grande importance pour la coordination quotidienne des soins. Ceci a été démontré. La réunion matinale s'est aussi avérée de la plus haute importance, avec des membres de l'équipe provenant de différentes disciplines, leurs différentes références et leurs capacités d'intervention spécifiques, ce qui permet de soutenir l'utilisateur de différentes façons. Ainsi, l'équipe précise chaque jour les disciplines qui peuvent apporter certaines contributions. Il est aussi clair que les soins pour les usagers les plus problématiques ne sont jamais le problème d'une seule personne dans l'équipe, mais l'équipe au complet peut tenter de trouver des solutions. Étant donné que les membres de l'équipe partagent leurs solutions, l'équipe aura moins tendance à suivre l'avis de ceux qui attendent trop longtemps ou ignorent les problèmes qui sont difficile à résoudre. C'est la réunion matinale qui aiguise la pensée de l'équipe et qui démontre que tous ensemble on peut accomplir d'avantage. Pour que cette réunion soit un succès, tous les membres de l'équipe qui sont en service ce jour-là doivent être présents autour du tableau FACT.*

Les équipes FACT sont dotées d'une procédure clairement définie pour les rencontres autour du tableau FACT :

- Les usagers inscrits sur le tableau FACT sont discutés par l'équipe chaque jour ouvrable.

- Le case manager ou tout autre membre de l'équipe peut, à tout moment, ajouter un usager sur le tableau FACT.
- Lorsque l'on apprend, par l'usager, sa famille, d'autres usagers ou par le quartier, que sa situation s'aggrave sur la plan médical ou social, la question suivante suivra le lendemain : « Mr J. ne devrait-il pas être ajouté sur le tableau pour quelques semaines? ».
- Ensuite, il y a un plan en plusieurs étapes :
  - Le case manager de l'usager figurant sur le tableau présente la situation de l'usager et les choses à faire.
  - Le plan de crise, élaboré à l'avance, est mis en place
  - L'organisation en termes de prise en charge partagée et de soins intensifs est élaborée.
  - Le psychiatre est responsable de s'assurer qu'une évaluation du risque soit effectuée, par lui-même ou un autre professionnel, dans les prochaines 24 heures, et il doit également être au courant de la médication dans ce même laps de temps

Travailler avec le tableau FACT exige que les membres de l'équipe réservent du temps quotidiennement dans leur agenda afin d'avoir la possibilité de répondre à des nouveaux besoins de suivis. Lorsqu'un usager est inscrit sur le tableau, le psychiatre doit décider dans les 24 heures la nécessité d'évaluer lui-même l'usager à court terme, de sorte à optimiser la médication et à évaluer les aspects de sécurité.

Lorsqu'un usager est inscrit sur le tableau FACT, les soins de cet usager passent de soins individuels à des soins offerts par une équipe, avec une prise en charge partagée. Ceci signifie que plusieurs membres de l'équipe visiteront l'usager à domicile. Il s'est avéré utile d'expliquer à l'avance ce processus à l'usager et à sa famille. Ainsi ils comprennent que plusieurs professionnels lui rendront visite pour offrir, ensemble, des soins supplémentaires.

L'équipe est opérationnelle pendant les heures de bureau. Mais nous évaluons si nous devons nous organiser avec le service de crise et la clinique pour la période en dehors des heures de bureau<sup>16</sup>. Parfois plusieurs équipes s'organisent pour travailler ensemble (et parfois avec la clinique) le samedi et le dimanche en vue de dispenser des soins infirmiers supplémentaires pendant les journées de week-end. Un infirmier rend alors visite à des usagers de plusieurs équipes. Ce service est surtout offert pour contrôler la prise de médicaments, et pour fournir une structure. Ce « service FACT de week-end » aide les usagers à passer le week-end. Cela contribue à réduire le nombre d'admissions en hôpital psychiatrique le vendredi après-midi et permet à la clinique de terminer une hospitalisation le vendredi car des soins et du soutien sont offerts à l'usager durant les jours qui suivent.

Les soins intensifs offerts par l'équipe s'arrêtent lorsque l'usager n'appartient plus à un des groupes figurant sur le tableau FACT. Le nom de l'usager est supprimé et retiré du tableau. Là encore, il y a une procédure à suivre :

- L'usager peut uniquement être retiré du tableau lors de la réunion quotidienne autour du tableau.

---

<sup>16</sup> Dans toutes les régions des Pays-Bas l'offre de soins de santé mentale inclut un service de crise bien organisé, qui peut être activé par le généraliste. Actuellement, le dossier électronique de l'usager est généralement accessible pour un service de crise. Ce dossier contient un module distinct avec le plan de crise de l'usager.

- Ceci doit être fait avec l'accord de l'équipe.
- Le psychiatre doit aussi donner son accord – si le psychiatre n'est pas présent à la réunion, l'utilisateur ne peut pas être retiré du tableau.
- Par la suite, le case manager évalue la période de soins intensifs avec l'utilisateur et sa famille. Les soins offerts ont-ils été utiles, ont-ils répondu aux besoins, est-ce qu'on a oublié des choses ou est-ce que certaines interventions n'ont pas été aidantes ?
- En se basant sur cette évaluation, le plan de crise peut être adapté pour un éventuel prochain épisode de soins intensifs.

### 3.3 Les critères pour inscrire les usagers sur le tableau FACT

Nous avons déjà nommé les catégories de raisons pour lesquelles un usager est inscrit sur le tableau FACT. Nous allons les expliquer de façon plus détaillée.

- Prévention de crise :
  - Il s'agit d'un groupe relativement "léger" ; on porte une attention particulière à certains usagers en anticipant des facteurs de stress, et ce en utilisant un plan de prévention de rechute (par exemple une perte imminente due à une maladie d'un colocataire, ou encore la possibilité de problèmes dus à des procédures légales).
  - Il s'agit également d'utilisateurs présentant les premiers signes et symptômes précoces d'une possible décompensation; l'objectif est de prévenir si possible les admissions en hôpital psychiatrique.
  - Dans ce groupe, il n'est souvent pas nécessaire d'intensifier les soins, mais il est important que l'équipe connaisse les fragilités des usagers. Si quelque chose arrive en l'absence du case manager, l'équipe peut réagir de façon adéquate.
- Intensif, court terme:
  - Une détérioration des symptômes psychiatriques / crise, problèmes de consommation.
  - Il est souhaitable que certains traitements et / ou certains soins soient intensifiés.
  - Des usagers aux prises avec des événements de vie.
  - Risque d'admission en milieu hospitalier.
  - À risque suicidaire, comportements à risque pour les autres, expulsion imminente.
  - Des usagers qui ont récemment bénéficié d'un séjour hospitalier.
    - Suivis et prévention des réadmissions.
  - Négligence, signes de danger.
  - Au début des soins intensifs pour cette catégorie, il est souvent nécessaire d'impliquer tout le monde : le diagnostic doit être précisé, la situation de crise doit être sous contrôle le plus rapidement possible, il doit y avoir une entente avec l'entourage de l'utilisateur et possiblement pour un 'lit sur demande' (c.à.d., pour une hospitalisation très brève).
- Intensif, long terme:
  - Ici il s'agit d'un groupe d'utilisateurs bien connus, ayant besoin de soins quotidiens pendant une longue période ou même sur une base permanente afin qu'ils soient en mesure de faire face aux événements de la vie à l'extérieur de l'hôpital; généralement ce sont des usagers avec un score GAF < 40, avec un faible réseau social, malgré les efforts pour mettre en place un système de soutien.

- Ce sont aussi des usagers qui, sans des soins quotidiens, sont à risque de ne pas prendre correctement soins d'eux-même, de ne pas être compliant à leur traitement pharmacologique, etc.
- Souvent il s'agit d'usagers qui ont été hospitalisés plusieurs fois dans la passé, dans un fonctionnement de "porte tournante" . Pour eux on tente de réduire le nombre de séjours hospitaliers et le nombre de jours d'hospitalisation pour chaque admission. Parfois, ils passent une petite partie de la journée à l'hôpital de jour ou suivent un traitement aigu à temps partiel
- Ce groupe coïncide, en bonne partie, avec les usagers ACT classiques.
- Usagers qui refusent les soins
  - Les usagers avec qui le contact est difficile, qui ne respectent pas le cadre, sans toutefois qu'il y ait de composantes de négligence ou de danger : avec ce groupe d'usagers, la présence, la motivation et la récolte d'informations occupent le premier plan.
  - Voir le texte en italique ci-dessous.
- Usagers à risque élevé qui refusent les soins
  - Ce groupe comprend les usagers qui refusent les soins et qui sont en danger ou encore qui courent le risque de subir des préjudices sévères . Cette catégorie d'usagers nécessite que l'équipe offre des soins de façon plus directive ; possiblement en collaboration avec la famille ou avec l'aide des autorités policières, l'équipe va insister pour avoir un contact avec l'usager afin de l'informer que des soins sont nécessaires et que des mesures plus contraignantes pourraient être prises afin de les protéger du danger.
- Le groupe d'admission
  - Il s'agit de tous les usagers qui sont admis dans une unité psychiatrique ; ces usagers sont vus chaque semaine dans le cadre des soins transmuraux (voir la préface)
  - Tous les usagers admis dans un hôpital général sont également vus ; leur sortie est planifiée et des soins à domicile sont coordonnés.
  - Tous les usagers en détention sont aussi visités ; des contacts ont lieu avec les autorités judiciaires, en particulier au sujet de la sortie de prison, sur des possibles conditions de probation et sur la possibilité pour l'usager de débiter une cure de désintoxication ou un traitement pharmacologique alors qu'il est en détention.
- Nouveaux usagers
  - Toujours suivis pendant 2-3 semaines, de sorte à ce que plusieurs membres de l'équipe apprennent à les connaître.
  - Se référer au manuel pour plus de détails.
- Ordonnance du tribunal
  - Tous les usagers qui ont une ordonnance du tribunal pour un traitement ou un suivi non-volontaire figurent sur le tableau FACT.
  - Tous les usagers avec un article judiciaire, par exemple un suivi psychiatrique médico-légal, ou avec des conditions relatives à une libération conditionnelle figurent aussi sur le tableau FACT.

Ce résumé montre qu'une inscription sur le tableau FACT ne conduit pas toujours à une intensification des soins. Parfois il s'agit plutôt d'un partage d'informations (provenant d'autres instances et du quartier). Le fait de travailler de façon communautaire fournit beaucoup plus d'informations sur un usager, à partir des nombreux contacts et rencontres dans le quartier. Les membres de l'équipe reçoivent ainsi, de façon informelle, des informations sur la situation des usagers. Ces informations sont partagées, brièvement, lors de la réunion matinale autour du tableau FACT. Ainsi, chaque case manager possède des yeux et des oreilles supplémentaires.

Le tableau FACT est aussi utilisé comme un agenda: les interventions prévues sont inscrites sur le tableau FACT digital. Par exemple les rendez-vous aux trois semaines prévus pour certains usagers. Deux jours avant la date prévue du rendez-vous, un rappel apparaît sur le tableau. Si le dépôt n'est pas confirmé, la case est activée en rouge le lendemain de la date fixée. De la même manière, les prolongations des mesures judiciaires sont suivies; bien avant la date d'échéance, le tableau donne un rappel.

Il y a donc plusieurs raisons pour figurer sur le tableau FACT. Les objectifs visés lors d'une inscription sur le tableau varient aussi :

- 1) Améliorer le traitement :  
Par exemple intensifier les contacts en cas de deuil ou de psycho-éducation, mais aussi la délivrance des médicaments à domicile, ou organiser des tests de laboratoire.
- 2) Améliorer les soins :  
Par exemple fournir un soutien, une structure, un horaire quotidien, une aide à la toilette et au ménage.
- 3) Favoriser une réhabilitation intensive ou un soutien au rétablissement :  
Par exemple placer un message sur le tableau quand un usager débute une étape importante, comme un déménagement ou un emploi rémunéré.
- 4) Organiser une meilleure surveillance :  
Par exemple, afin de prévenir le risque de nuisance, d'effectuer un suivi détaillé de l'usager quant à sa consommation de substances, ou de faire un monitoring de ses conditions de probation.
- 5) Accompagner un retour à la maison  
Par exemple accompagner l'usager après un long séjour hospitalier ou carcéral, période pendant laquelle les premières semaines sont souvent critiques pour prévenir des rechutes.
- 6) Organiser une meilleure "liaison"  
Par exemple en offrant des soins plus directifs et rechercher, en équipe, des façons d'amener l'usager à collaborer avec le traitement.

Ce sont tous des objectifs qui sont difficiles à atteindre pour un seul intervenant. Mais la brève discussion quotidienne au sein de l'équipe mène parfois à des perspectives surprenantes.

### 3.4. Intégrer le traitement, les soins, la réhabilitation et le rétablissement dans le modèle FACT

FACT est un modèle particulier, car l'accent est mis sur la combinaison de plusieurs éléments : (1) un traitement conforme à des guidelines, (2) des soins et la réhabilitation, (3) le

soutien vers le rétablissement et (4) travailler avec des systèmes de soutien dans la famille et la communauté.

Le livre « Classics of Community Psychiatry » (Rowe et al, 2011) rassemble les cinquante articles les plus importants de la psychiatrie sociale du siècle dernier. En parcourant ces articles, nous voyons que les auteurs se concentrent souvent sur un ou deux éléments clés, tels que le case management, la continuité des soins, le traitement, ou encore l'importance du rétablissement. Le point de départ du FACT est que plusieurs éléments importants sont nécessaires. Le défi consiste à intégrer tous ces différents aspects. Pour chaque personne, FACT tente d'établir une combinaison équilibrée de tous ces éléments. La concertation quotidienne autour du tableau FACT aide à aligner et à doser, en se basant sur ce qui est actuellement souhaitable, nécessaire et possible. Pour les personnes qui reçoivent un accompagnement individuel, il y a au moins une fois par an une discussion du plan de traitement.

Dans les Guidelines Multidisciplinaires pour la schizophrénie, on décrit quels traitements peuvent être utilisés, comme les médicaments, les interventions psychologiques, la psychoéducation et la thérapie familiale. Ces interventions devront également être expliquées aux usagers et à leurs familles, et devront parfois être offertes de façon plus proactive.

Dans FACT, des aspects de réhabilitation sont intégrés dans le plan de traitement. Les objectifs de traitement sont formulés par l'usager et écrits d'une manière personnelle et compréhensible, utilisant le langage propre à l'usager. L'usager peut être soutenu dans la réalisation de ces objectifs, par son case manager ou par des travailleurs de réhabilitation spécialisés, comme par exemple les spécialistes en matière de travail (IPS).

FACT a pour objectif de soutenir les usagers dans leur processus de rétablissement. L'objectif est que les usagers puissent fonctionner et participer dans la société de manière optimale, et ceci par une approche sécuritaire et qui est intéressante pour eux.

Le rétablissement implique ce qui suit :

1. Retrouver une image positive de soi en dépit de la lutte avec des troubles psychiatriques. Ceci implique un cheminement pour passer de l'abandon à un optimisme porteur d'espoir et réaliste, de l'aliénation au sentiment d'avoir un sens et un but, de patient psychiatrique à une personne pour qui la maladie n'est pas au premier plan.
2. Une autogestion active de sa vie et de la maladie psychiatrique. Cela implique le cheminement de l'usager passif à devenir un usager actif, d'une vulnérabilité au stress à l'autogestion active, de la négligence de soi à un développement orienté sur un mode de vie positif, incluant les soins personnels et le bien-être.
3. Retrouver une vie en dehors des soins de santé mentale. Ceci implique de passer d'une vie qui se déroule dans un programme de soins de santé mentale à une vie dans un environnement communautaire, de comportements de retrait et de passivité à la participation active à des activités significatives, de l'isolement social à des relations et à l'implication dans la société.

FACT vise également l'interaction entre l'usager et son environnement. Les membres de la famille sont des partenaires très importants. Souvent ils offrent du soutien, ils se soucient, ils connaissent l'usager depuis beaucoup plus longtemps que le professionnel. Parfois le contact est rompu, mais le besoin de le reconstruire est là. La psychoéducation et d'autres

interventions avec la famille font également partie d'un traitement en conformité avec les Guidelines.

Puisque FACT vise à soutenir la participation sociale de l'utilisateur, FACT doit être un partenaire fiable et accessible pour la communauté et les institutions. L'intégration ultime de l'utilisateur dans la communauté dépend de nombreux autres services et institutions. Entre ces services et FACT il y a un certain chevauchement, on doit se reconnaître comme partenaires.

#### *Les usagers qui refusent les soins*

*Il y a aussi un groupe d'utilisateurs qui refusent le contact avec l'équipe ou les professionnels. Le fait d'être peu conscient de leur maladie ou le manque d'introspection au sujet de la maladie peut jouer un rôle, ainsi qu'un manque de confiance ou des mauvaises expériences antérieures avec des psychiatres et des professionnels. Aux Pays-Bas on utilise le terme « zorgmijders », c'est-à-dire des utilisateurs qui "évitent les soins". Nous essayons de les contacter, par exemple en leur offrant un soutien social pratique. Mais quand ces utilisateurs ne veulent rien, cela sera respecté. Nous distinguons aussi les utilisateurs à risque élevé qui refusent les soins. Le degré de risque est déterminé par la mesure selon laquelle ces personnes sont sérieusement désavantagées ou même un danger pour elles-mêmes et / ou leur environnement, et dans quelle mesure ceci découle de leur maladie psychiatrique.*

*Nous considérons comme des utilisateurs qui refusent les soins les personnes qui vivent de façon très solitaire, avec très peu de contacts, sans toutefois être aux prises avec de la négligence personnelle. Nous essayons d'entrer en contact avec eux d'une manière informelle. Nous essayons d'offrir des soins qui seront intéressants pour eux. Par exemple par un bref contact dans la rue, ou encore en leur proposant un soutien en les accompagnant à divers services ou agences. Nous cherchons des ouvertures, mais nous n'imposons rien. Les pairs aidants peuvent jouer un rôle important dans l'établissement de contacts.*

*Si la maladie atteint sévèrement les utilisateurs, et qu'ils sont aux prises avec une négligence personnelle sévère, ou perturbent gravement leur environnement, ils sont considérés comme des utilisateurs à risque élevé qui évitent les soins. L'équipe tente alors d'établir un contact de façon proactive. Les membres de l'équipe vont coordonner le traitement avec la famille et, lorsque c'est pertinent, avec les services sociaux. L'équipe organise alors des soins directs pour amener les utilisateurs à accepter le suivi et les maintenir dans les soins. Parfois cela peut aboutir à des soins imposés par le tribunal, qui sont ensuite effectués par l'équipe. L'objectif est alors d'assurer leur sécurité.*

### 3.5. Le plan de traitement et le cycle de plan de traitement

Pour ne pas perdre le fil dans le traitement et le suivi, avec autant de différentes composantes, il faut avoir un plan de traitement. Aux Pays-Bas il y a des normes auxquelles le plan de traitement doit répondre.

- 1) Chaque usager doit avoir en sa possession un plan de traitement sur papier, écrit dans un langage compréhensible.
- 2) Le plan doit être rédigé en concertation avec l'utilisateur (et sa famille).
- 3) Le plan de traitement contient les propres objectifs de l'utilisateur, formulés avec ses propres mots, avec le traitement, le soutien et les activités de réhabilitation proposées par l'équipe.
- 4) Un plan de crise ou un plan de prévention des rechutes fait souvent partie du plan de traitement.
- 5) Le plan de traitement doit être évalué et ajusté régulièrement, au moins 1 fois par an.

Dans une équipe FACT le case manager est responsable de veiller à ce que les exigences ci-dessus soient remplies. Il doit donc s'assurer annuellement que l'évaluation et la mise à jour sont réalisées à temps.

- 1) Il prévoit, après 10 mois, la prochaine discussion concernant le plan de traitement.
- 2) Il prépare le plan de traitement avec l'utilisateur (et si possible avec la famille)
- 3) Avant la discussion sur le plan de traitement, le case manager complète, avec l'utilisateur, quelques questionnaires comme par exemple le HoNOS, le MANSA, ou l'IDDT.
- 4) Le case manager effectue la récolte des données du dépistage sur le plan somatique.
- 5) Le case manager discute de l'année écoulée avec l'utilisateur, et il évalue ce qui est réalisé par rapport aux objectifs précédemment définis.
- 6) Avec l'accord de l'utilisateur, le case manager peut contacter un membre de la famille pour que celui-ci contribue à l'évaluation.
- 7) Le case manager rédige, avec l'utilisateur, une ébauche du plan de traitement, avec une attention pour tous les domaines de vie, incluant le suivi de la situation somatique de l'utilisateur.
- 8) Ensuite la discussion multidisciplinaire au sein de l'équipe de l'ébauche du plan de traitement a lieu. Le psychiatre et les autres membres de l'équipe impliqués sont présents. Certaines équipes invitent l'utilisateur pour participer à cette discussion. D'autres équipes préfèrent inviter l'utilisateur lors d'une rencontre avec un groupe plus restreint (par exemple seulement l'utilisateur, un membre de sa famille, le case manager et le psychiatre).
- 9) Le plan de traitement est ensuite ajusté en concertation avec l'utilisateur. Dans le plan, les souhaits de l'utilisateur et le cadre discuté avec l'équipe sont inclus (concernant le traitement, les médicaments, le suivi, la recherche d'emploi, les interventions possibles en cas de crise).
- 10) Finalement l'utilisateur appose sa signature au plan (s'il le souhaite), et le psychiatre signe au nom de l'équipe.
- 11) Une fois le plan complété, l'utilisateur en reçoit une copie s'il le souhaite.

## Chapitre 4 : Le modèle de sablier

### 4.1. Les différents rôles d'un intervenant

Dans une équipe FACT les intervenants doivent constamment changer de rôle. Le case manager utilise souvent une approche personnelle dans le suivi individuel d'un usager. Il connaît bien l'usager et il peut parler de choses très concrètes, telles que les questions liées à son logement, ses finances ou sa médication, mais aussi des questions personnelles, telles que les relations intimes ou un processus de deuil. Un case manager qui accompagne un usager pendant des soins intensifs offerts par l'équipe aura moins de conversations personnelles avec l'usager. Il passe le voir surtout pour un soutien, pour contribuer à activer l'usager, pour le structurer, etc.

Dans un suivi individuel, un case manager a de nombreux rôles différents, parfois comme personne de confiance, parfois comme un consultant en ce qui concerne d'autres institutions et services, et parfois comme la personne qui, en conformité avec une ordonnance de la cour, doit dispenser des soins obligatoires.

Le fait d'avoir plusieurs rôles s'applique également au psychiatre (d'une personne de confiance à un prescripteur de médicaments, qui n'est souvent pas très apprécié, et parfois aussi la personne qui peut proposer une intervention du tribunal en vue de mettre en place des soins obligatoires) et au psychologue. Ce changement constant dans les rôles s'avère souvent un défi pour les professionnels des équipes FACT débutantes et surtout pour les infirmiers formés à l'hôpital. Au cours de nos conversations avec eux, nous avons développé le modèle du sablier.

### 4.2 Le modèle du sablier

Les équipes FACT offrent différents types de soins. Du point de vue des intervenants, nous distinguons trois processus :

1. Gérer la déstabilisation
2. Traitement
3. Rétablissement

Ces trois processus ne doivent pas être considérés de manière rigide comme des phases successives. Souvent un usager reçoit un traitement, et travaille aussi à son rétablissement, et souvent un traitement est essentiel afin de gérer la déstabilisation. Les trois processus peuvent donc co-exister ou se succéder. Cependant, chaque processus nécessite différentes interventions et attitudes de la part du professionnel, qui doit alors assumer un rôle différent dans chaque cas.

#### 1) Gérer la déstabilisation

Par déstabilisation, on entend une situation de crise, avec un risque de rechute, ou une exacerbation des symptômes ou de la consommation des toxiques. Lorsqu'il y a un risque de décompensation psychotique, les usagers ont besoin de toute leur énergie pour continuer à aller de l'avant. Souvent il y a aussi des problèmes sociaux, et on peut constater une détérioration au niveau des soins personnels et des soins pour l'environnement.

Dans une telle situation nous allons offrir une intervention de crise optimale afin de permettre à l'usager de surmonter cet épisode en toute sécurité, si possible sans rechute ni réadmission.

La déstabilisation peut aussi être une caractéristique permanente des personnes souffrant de psychose chronique (désorganisée). Ces usagers n'ont plus la capacité d'organiser leur vie, et ce même s'ils le souhaitent. FACT a alors la tâche de gérer la déstabilisation à long terme en offrant en permanence des soins quotidiens et une structure.

## 2) Traitement

Un traitement implique non seulement un traitement médicamenteux, mais également des interventions psychothérapeutiques ou des interventions orientées sur les problèmes de consommation ou l'acquisition de compétences. Le suivi par le spécialiste en matière de travail (IPS) et le fait qu'il accompagne l'utilisateur vers un emploi rémunéré, est considéré par nous comme une forme de traitement : l'utilisateur travaille en vue d'améliorer son fonctionnement et de réduire le nombre de symptômes, avec l'aide d'un intervenant, selon les méthodes utilisées par ce professionnel.

## 3) Rétablissement

Il s'agit du domaine où l'utilisateur s'occupe de son processus de rétablissement en se guidant lui-même, tout en étant soutenu par l'équipe.

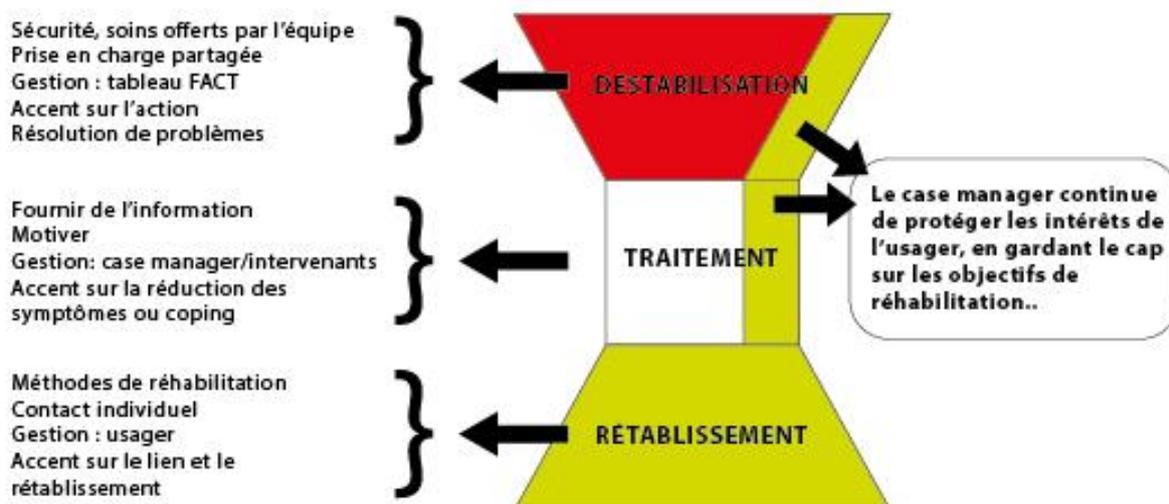
Pour chacun des trois processus, l'intervenant assume divers rôles :

La déstabilisation nécessite une approche axée sur la résolution de problèmes, une approche directive qui est orientée vers les actions. Des soins délivrés par une équipe sont nécessaires et les membres de l'équipe peuvent prendre en charge certaines des activités quotidiennes de l'utilisateur.

Les processus de traitement visent une collaboration avec l'utilisateur. Le traitement sert à soutenir les objectifs formulés par l'utilisateur. Sur la base d'une prise de décision partagée, l'équipe tente de s'entendre avec l'utilisateur sur un traitement optimal. Parfois, un traitement est prescrit (médicaments, recommandations), alors que parfois l'utilisateur et l'intervenant recherchent ensemble des solutions (psychothérapie). Les case managers ont un rôle stimulant et soutenant dans un traitement. Ils donnent des informations et des conseils en lien avec le traitement, ou encore ils motivent l'utilisateur à participer à certains programmes de traitement, comme par exemple un groupe de pré-contemplation pour les utilisateurs qui sont aux prises avec des problèmes de dépendances.

Dans le processus de rétablissement, le case manager ou l'intervenant va soutenir l'utilisateur plus individuellement dans son propre processus, et c'est l'utilisateur qui contrôle le processus. Ici, le lien de confiance entre l'utilisateur et le case manager est essentiel.

Nous avons résumé l'explication ci-dessus dans une figure: le sablier



### 4.3. Travailler avec le sablier

Le sablier montre que le rôle du case manager (et d'autres membres de l'équipe) change selon le processus. Pour chaque processus, la colonne de gauche indique :

- L'objectif
- La méthode de travail
- Qui s'occupe de la gestion
- L'attitude de l'intervenant

Nous allons d'avantage approfondir ces aspects, en nous concentrant sur le case manager :

La déstabilisation nécessite une approche axée sur le problème et la résolution de la crise. Il peut s'agir d'un suivi, de conseils, d'un soutien, ou de mettre en place une aide supplémentaire pour les soins personnels. Cet aspect peut également impliquer une prise en charge, une protection et si nécessaire en cas de danger, d'avoir recours à de la pression ou même de la contrainte. L'utilisateur figure sur le tableau FACT. Le case manager travaille alors comme un membre de l'équipe et s'organise avec l'équipe afin d'assurer une intervention commune. Le case manager dirigera cette action commune en matière de soins. Il va également maintenir le dossier de l'utilisateur à jour et rester en contact avec les personnes importantes de son réseau.

Lors du traitement, le rôle du case manager est d'informer l'utilisateur, de le motiver, et d'assurer un traitement de groupe sous la forme de psychoéducation, d'entraînement aux habiletés de Liberman, etc. Ici, le case manager travaille en collaboration avec le psychiatre ou le psychologue, ou avec un autre intervenant. Comme accompagnateur individuel de l'utilisateur, il évalue le traitement avec lui. L'utilisateur devrait obtenir le bon traitement au bon moment. Cela nécessite un diagnostic: l'équipe doit évaluer quelles interventions pourraient être bénéfiques.

Ensuite il s'agit d'expliquer ce traitement à l'utilisateur et à sa famille et d'encourager l'utilisateur à accepter ce traitement. Il y a la possibilité de consulter le psychologue ou le psychiatre ou de leur demander de participer à une visite à domicile. Plusieurs traitements sont effectués par des membres de l'équipe, de sorte à ce que les divers traitements puissent être débutés rapidement.

Lors du rétablissement, le case manager joue un rôle individuel, créant des conditions qui favoriseront le rétablissement, en suivant le processus de manière rapprochée. Le case manager est présent et attentif, et il vise l'amélioration de l'autonomie de l'utilisateur. Il s'agit d'un rôle de coach, guide, ou d'accompagnateur durant le cheminement de l'utilisateur. Lors du processus de rétablissement, l'utilisateur est assis sur le siège du conducteur, et l'intervenant est un passager intéressé, assis soit à côté de l'utilisateur ou encore sur la banquette arrière. La relation un-à-un est importante dans un tel contexte. Le rôle d'expert clinique de l'intervenant change, pour devenir plutôt un partenaire (Salyers, e.a. 2007). Si nécessaire, l'intervenant peut avoir recours à des techniques de réhabilitation afin d'aider l'utilisateur à formuler ses propres buts ou se prendre en main. En outre, le modèle basé sur les forces de Rapp et Goscha (1998) offre des outils et des méthodes de soutien spécifiques. Bien que le rôle du case manager est un rôle individuel et qu'il implique de susciter des conditions favorables, la pratique montre en fait que plusieurs membres de l'équipe sont impliqués afin de fournir du soutien, comme le pair aidant, le spécialiste en matière d'emploi (IPS), le psychiatre, etc.

Cette approche est appelée le « HOZ (Herstel Ondersteunende Zorg) » aux Pays-Bas, c.à.d. des soins soutenant le rétablissement, et est une partie essentielle de FACT. Cette approche est importante pour l'utilisateur, mais également pour l'équipe, et compense les aspects parfois très prescriptifs et directifs de FACT.

Par le passé les équipes ACT aux Etats-Unis ont été jugées trop directives. Ces équipes, dans leur enthousiasme et leur souhait de réduire les admissions, ont souvent perdu de vue les objectifs propres des usagers. Depuis, l'introduction des équipes ACT orientées vers le rétablissement a rétabli l'équilibre.

#### *Changer de rôle – un exemple*

*Avant la réunion matinale de 9h, Anja, case manager, rend visite à M. De Jager à 8h10. Ce monsieur vit seul, il a récemment commencé à travailler comme bénévole, et on l'attend sur son lieu de travail à 9h00. Il est très difficile pour lui de se réveiller si tôt, et il a demandé de l'aide pour quelques semaines, afin que cela puisse devenir une routine pour lui. Chaque jour il est vu par l'un des case managers. Anja s'assure que M. De Jager se lève à temps, elle lui donne ses médicaments et lui rappelle de ne pas oublier de préparer son déjeuner. Ensuite Anja va au bureau de l'équipe FACT. Ce jour-là, elle a encore quatre rendez-vous avec des usagers de sa propre cohorte.*

*Lors de la réunion matinale autour du tableau FACT, les usagers qui figurent sur le tableau sont discutés brièvement pour voir s'il y a des nouvelles. Anja n'a rien de particulier à rapporter au sujet de M. De Jager, toutefois le spécialiste en matière d'emploi mentionne que M. De Jager est très fier d'être en mesure de suivre une routine matinale. Une nouvelle patiente, Mme Langerdam, a été enregistrée au tableau. Apparemment il s'agit d'une femme qui évite les soins, avec des problèmes qui ne sont pas encore clarifiés. Il est convenu que Anja lui rendra visite à 11h30,*

*avec le psychiatre, pour vérifier ce qui se passe et si une médication s'avère nécessaire. À 10h00 Anja a un rendez-vous avec Merel, une patiente qui a récemment complété le MANSA (l'échelle de Manchester Quality of Life). Elles vont discuter des satisfactions et des insatisfactions de Merel dans les différents domaines évalués par le MANSA. La question principale est dans quels domaines Merel ressent le besoin de changer quelque chose. Quelles sont ses ambitions et aspirations ? Merel n'est pas satisfaite de son réseau social limité, et elle envisage de suivre le cours « travailler avec votre propre expérience ».*

*A 11h30 Anja se trouve devant la porte de Mme Langerdam. Le psychiatre vient juste d'arriver. Anja sonne, et ils entrent ensemble. Il devient rapidement très clair que cette dame n'est pas contre les soins, ayant déjà suivi un traitement ailleurs. Elle apprécie de recevoir un soutien, mais elle veut éviter une hospitalisation. Il est convenu qu'au cours des prochaines semaines, Anja discutera avec Mme Langerdam de ses difficultés et que celle-ci reprendra ses médicaments. Anja s'organisera pour qu'un psychologue la rencontre et que sa situation somatique soit évaluée par un médecin.*

*Ainsi Anja a exercé plusieurs rôles ce matin : organiser et diriger, faire un diagnostic et une intervention de crise, motiver un usager à accepter un traitement et parler de rétablissement. Cela exige de changer de rôle tout au long de la matinée.*

#### 4.4. La colonne à droite du sablier

Beaucoup d'intervenants ont tendance à penser de façon séquentielle : « l'utilisateur doit d'abord être stabilisé, avant qu'il y ait une possibilité de réhabilitation ». Les professionnels sont aussi souvent inutilement pessimistes quant à la réhabilitation et le rétablissement. Le mouvement du rétablissement tente de se distancier de ces points de vue. Des étapes vers le rétablissement sont aussi possibles lors d'une crise.

Un autre problème réside dans le fait que, lors du traitement ou lors de la prévention de la déstabilisation, les intervenants ne savent pas ou ne se rappellent plus les objectifs de rétablissement de l'utilisateur – parfois, ils peuvent même négliger de considérer les résultats récents d'un processus de rétablissement. Dans de tels cas, le processus de rétablissement peut être perturbé et ce malgré des interventions bien intentionnées.

Cela explique pourquoi la barre verte à droite du sablier s'étend de « rétablissement » aux processus de « traitement » et de « déstabilisation ». La barre verte symbolise que, même pendant un traitement et une déstabilisation, on doit être attentif aux objectifs de rétablissement de l'utilisateur ; ainsi, le rétablissement est présent dans chacun des processus.

##### *Exemple.*

*Après de nombreuses décompensations psychotiques et un usage fréquent de drogues, John avait perdu contact avec son père. Le père s'était retiré parce que John, lors des épisodes psychotiques, se rendait chez lui pour le menacer et lui faire des demandes. Son père était très déçu, en partie en raison de l'usage de drogues et de vols, et ce même à son domicile.*

*John est entré en contact avec l'équipe FACT pendant une phase plus calme, réalisant par la suite qu'il voulait rétablir le contact avec son père. Cela a pris beaucoup de temps et une approche prudente. Son père voulait éviter une nouvelle déception. Toutefois, John a réussi à rétablir un contact. Avec le soutien de son case manager, il a été en mesure de créer de nouveaux liens avec son père. Ils ont été capables de discuter de certaines choses. John a commencé à rendre visite à son père tous les mercredis.*

*Malheureusement, John a fait une rechute, et pour un certain temps, il est redevenu aussi exigeant que par le passé. Il a probablement recommencé à consommer. Lors de la discussion autour du tableau FACT il est signalé que des mesures supplémentaires semblent nécessaires afin de prévenir que le père soit confronté à nouveau avec les problèmes antérieurs.*

*En consultation avec John, le père a été informé, et les visites du mercredi ont été suspendues pendant un certain temps, pour ensuite reprendre sous surveillance. C'était acceptable pour John : il s'agissait de protéger temporairement un de ses acquis vers son rétablissement, ce qu'il ne voulait pas mettre en péril.*

L'un des rôles clé du case manager est d'attirer l'attention de l'équipe et des intervenants sur le processus de rétablissement de l'utilisateur et sur les choses qui sont particulièrement importantes pour ce dernier.

## Chapitre 5: FACT, en pratique

### 5.1. Les forces, le rétablissement et la réhabilitation

Pour une équipe FACT il est particulièrement important de formuler clairement sa vision des capacités et des forces des usagers. Nous sommes conscients que cet aspect peut être apprécié de manière très différente dans chaque pays où FACT est mis en œuvre. C'est pourquoi nous nous limiterons à quelques brefs passages du chapitre 4 du Manuel FACT néerlandais, où Van Weeghel discute en détails de l'interaction entre le soutien vers le rétablissement et la réhabilitation.

Aux Pays-Bas, le modèle basé sur les forces (*Strength model*, Rapp 1998) a été une source d'inspiration pour donner un rôle central au rétablissement et à la réhabilitation dans la pratique FACT. Les principes de ce modèle sont :

- \* l'accent sur les points forts des usagers, au lieu de leur pathologie
- \* la relation de travail entre le case manager et l'utilisateur occupe le premier plan
- \* les interventions sont orientées sur l'autodétermination
- \* la communauté est un lieu de ressources plutôt qu'un obstacle
- \* les contacts avec les usagers ont lieu dans la communauté, et non pas dans les bureaux
- \* les personnes avec des maladies mentales sont capables d'apprendre, de se développer et de changer

La méthodologie du modèle basé sur les forces est moins élaborée que certaines approches de réhabilitation. Elle est pragmatique, ce qui explique pourquoi elle répond mieux à la dynamique d'une équipe ACT ou FACT.

En plus du modèle basé sur les forces, le modèle de soins axés sur le rétablissement est de plus en plus utilisé. Dröes (2008) en a récemment formulé les caractéristiques spécifiques suivantes:

Dans le cadre des soins axés sur le rétablissement, l'intervenant

- exerce une présence attentive
- utilise son cadre de référence professionnel avec une certaine retenue et de manière modeste
- répond personnellement aux sentiments et émotions
- crée l'espace pour le récit de l'utilisateur, le soutient et le respecte
- reconnaît et encourage les forces propres de l'utilisateur, à la fois individuellement et collectivement (*empowerment*)
- reconnaît, utilise et encourage l'expertise expérientielle de l'utilisateur
- reconnaît, utilise et encourage le soutien offert à l'utilisateur par des êtres chers
- vise la réduction de la souffrance et le renforcement de l'autonomie de l'utilisateur, ainsi que le contrôle sur sa propre vie

Selon Dröes, les intervenants professionnels ne voient pas les forces propres aux usagers. Il leur conseille donc de rechercher ces forces. Les usagers se sentent habilités (*empowered*) en créant leur propre récit, en utilisant leur expertise expérientielle, exerçant ainsi plus de

contrôle sur leur propre vie. Le soutien des autres joue un rôle important ici; le traitement aussi joue un rôle, pour autant que ce rôle demeure modeste et ne soit pas dominant. Le rétablissement est en effet inhibé s'il y a trop de souffrance. Les efforts des intervenants doivent donc toujours être orientés vers la réduction de cette souffrance.

En plus de trouver les forces et de soutenir le rétablissement, FACT a la mission de favoriser la réhabilitation des usagers. La réhabilitation est un vaste ensemble d'idéaux et de pratiques visant à promouvoir le rétablissement fonctionnel et l'intégration sociale des personnes ayant une déficience mentale. Les principaux domaines de réhabilitation sont: le logement, l'emploi, l'éducation et les contacts sociaux. Des interventions de réhabilitation peuvent, en plus d'autres formes de soins, contribuer de manière importante au rétablissement de l'usager.

De nombreuses approches sont connues au niveau international. La plupart peuvent être utilisées à bon escient dans le cadre de FACT. Ceci ressort dans le sommaire de Drake et al. (2003), qui porte sur les principales tendances au niveau de la réhabilitation :

- les interventions devraient être centrées sur l'autonomisation des usagers
- on devrait apprendre aux usagers les habiletés relatives à la vie quotidienne, dans un contexte communautaire
- des habiletés spécifiques à divers rôles sociaux ou à l'environnement devraient être enseignées, étant donné que très peu d'habiletés peuvent être généralisées à plusieurs contextes
- en plus de faire l'enseignement d'habiletés, les intervenants doivent mobiliser le soutien de l'entourage
- il est préférable d'intégrer les usagers dans l'environnement souhaité aussi tôt que possible, au lieu d'effectuer une longue préparation étape par étape (voir le premier principe FACT)
- il est préférable d'intégrer la réhabilitation au traitement et aux autres soins
- la réhabilitation implique la lutte contre la stigmatisation et un ajustement des lois et des réglementations

Il est clair que tout tourne autour d'une présence dans l'environnement réel de l'usager. Et cela correspond bien avec FACT. Les techniques en lien avec la réhabilitation peuvent donc bien être appliquées dans le FACT, et une équipe FACT devrait comprendre plusieurs spécialistes en réhabilitation parmi les disciplines mentionnées antérieurement.

## 5.2. Travailler vers l'intégration: contribuer à la mise en place de systèmes de soutien communautaire

Une autre mission d'une équipe FACT consiste à contribuer à la mise en place de systèmes de soutien communautaire. Le concept de système de soutien communautaire vient des Etats-Unis. Aux Pays-Bas, ce concept veut dire que diverses personnes et services conviennent de travailler ensemble et avec leurs usagers pour fournir le soutien social nécessaire. Aux Pays-Bas il y a des instances, groupes et personnes pour pratiquement chaque domaine de vie, qui peuvent contribuer au soutien et à l'intégration sociale des personnes aux prises avec une maladie mentale. Toutefois ce potentiel reste souvent inutilisé, car il est désorganisé, inconsistant et inaccessible. Il est important pour une équipe d'identifier les possibilités et de les mobiliser pour l'usager. C'est pourquoi une équipe FACT maintient le contact avec les différentes instances et services sociaux ; chaque case manager est la personne contact pour un certain nombre de ces services. Ainsi l'équipe peut faire des suggestions pour le

développement d'un système de soutien communautaire pour chaque usager. Dans le cas des équipes travaillant activement vers l'intégration, on peut indiquer pour chaque usager individuellement, quelles personnes et services font partie de son propre système de soutien communautaire.

Une discussion récente aux Pays-Bas concerne la relation entre les équipes FACT et les équipes sociales générales, qui sont mises en place par les municipalités. Certaines personnes préconisent une collaboration étroite, voire même une fusion entre les deux types d'équipes. En tant qu'auteur, je ne suis pas en faveur de cette option. À mon avis, une équipe FACT doit être orientée vers le service à la patientèle et devrait être très ouverte à la collaboration avec d'autres équipes ; toutefois, une équipe FACT doit se positionner comme desservant un groupe cible très spécifique, et offrir un traitement spécialisé aux usagers avec des MMG. Le fait que nous travaillons dans la communauté et au domicile des usagers ne veut pas dire que nous sommes des équipes de soins à domicile ou sociales. En cas de « fusion », il y a le risque que l'expertise MMG disparaisse et qu'il y ait une détérioration des relations importantes avec les autres services des soins de santé mentale (et les unités psychiatriques dans les hôpitaux).

### 5.3. Des interventions en conformité avec les guidelines

Dans les chapitres précédents, nous avons souvent mentionné les guidelines interdisciplinaires pour le traitement de la schizophrénie. Aux Pays-Bas, ces guidelines (révisées en 2012) sont d'une grande importance. On y énumère, entre autres, les interventions suivantes :

- \* La psycho-éducation (aux usagers, membres de la famille et personnes directement impliquées)
- \* La gestion de la médication
- \* Les interventions psychothérapeutiques (thérapie cognitivo-comportementale)
- \* Les interventions familiales / interventions systémiques
- \* Le traitement intégré des doubles diagnostics (IDDT)
- \* Le programme individuel de placement et de soutien (IPS)

Décrire toutes ces interventions nous mènerait trop loin dans le contexte de ce manuel. L'élément essentiel à retenir ici est que, étant donné l'interdisciplinarité de l'équipe, nous sommes attentifs à chacune de ces interventions.

Concernant ce point, les équipes FACT sont souvent comparées à un arbre de Noël : l'arbre étant l'équipe interdisciplinaire, qui peut passer de soins plus intensifs à des soins moins intensifs. Les pratiques basées sur les données probantes et les autres interventions sont les décorations.

On peut imaginer que l'importance attribuée à ces interventions varie d'un pays à l'autre. Toutefois, lors de la mise en place d'une équipe FACT on se doit de réfléchir sur les meilleures pratiques en matière de traitement dans son pays et les implanter dans le fonctionnement de l'équipe.

### 5.4. Un traitement intégré des personnes ayant un double diagnostic

L'abus chronique d'alcool et de drogues est la comorbidité la plus fréquente chez les personnes atteintes de maladie mentale grave. En moyenne 50 à 70 % des usagers des équipes FACT sont aux prises avec ce problème. Les usagers avec un double diagnostic ne bénéficieront que très peu du traitement au niveau des dépendances, alors que le traitement sur le plan psychiatrique échoue souvent en raison de la problématique de dépendance. Il est important que le traitement soit intégré, et effectué par une équipe qui peut traiter les deux troubles de façon simultanée.

FACT utilise l'approche de traitement intégré des doubles diagnostics (IDDT, *Integrated Dual Diagnosis Treatment*<sup>17</sup>). Au moins deux membres de l'équipe doivent avoir reçu une formation complète; ils peuvent ainsi aider les autres membres de l'équipe sur cet aspect. Selon ce modèle, il est important de comprendre l'étape de changement dans laquelle l'utilisateur se trouve en matière de consommation. Toutes les interventions sont orientées en fonction de ceci et les intervenants sont toujours à la recherche d'étapes qui pourraient être intéressantes pour l'utilisateur lui-même. Ce traitement est ainsi intégré au traitement psychiatrique. Une méthode couramment utilisée est l'entretien motivationnel.

Il est très important pour l'équipe FACT de s'entendre avec l'hôpital psychiatrique au sujet de la continuité dans la vision et l'approche en matière de problématiques de dépendance, selon l'approche IDDT. Avec cette approche il peut être très utile pour un usager d'obtenir un court répit avec une admission en hôpital psychiatrique pour ensuite recevoir des conseils et un suivi externe, à sa sortie. L'hôpital et FACT devraient avoir le même objectif et la même attitude concernant ce type d'admission.

À Limburg (Drukker), une recherche a entraîné un constat intéressant. On a examiné les équipes FACT, où des spécialistes en addictologie n'avaient pas encore été désignés. Il s'est avéré que la tendance que FACT conduise à d'avantage de rémission ne s'appliquait *pas* aux usagers présentant un double diagnostic. Ainsi, les usagers ont moins de chance de rémissions lorsqu'un traitement des dépendances n'est pas intégré dans l'équipe FACT.

### 5.5. Emploi : le programme individuel de placement et de soutien (Individual Placement and Support, IPS)

On supposait que les usagers des équipes ACT et FACT n'étaient pas en mesure d'avoir un travail rémunéré ou encore qu'ils n'avaient aucune chance sur le marché du travail. Toutefois, des recherches aux Etats-Unis ainsi qu'aux Pays-Bas montrent que la disponibilité d'un accompagnement vers l'emploi conduit à des résultats favorables, même avec les usagers qui initialement n'avaient aucun intérêt pour un emploi. Le programme individuel de placement et de soutien (Individual Placement and Support, IPS) (Bond et al., 1997) est le modèle ayant connu le plus de succès au niveau de la réhabilitation professionnelle des personnes atteintes de maladie mentale grave. Les caractéristiques les plus distinctives de l'IPS sont : un emploi rémunéré comme objectif, rechercher rapidement les emplois souhaités, soutien à long terme, et l'intégration du soutien à l'emploi aux soins de santé mentale. En intégrant le soutien à l'emploi aux autres formes de soutien dans les équipes FACT, les usagers sont en lien plus rapidement, la coordination est améliorée, les membres de l'équipe voient les avantages du

---

<sup>17</sup> Drake R.E., Susan M. Essock, Andrew Shaner, Kate B. Carey, Kenneth Minkoff, Lenore Kola, David Lynde, Fred C. Osher, Robin E. Clark, and Lawrence Rickards (2001). Implementing Dual Diagnosis Services for Patients with Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, v52, April, p. 469-476.

travail pour les usagers plus tôt, et les connaissances des intervenants sont utilisées pour aider les usagers à trouver du travail.

Le développement de l'IPS aux Pays-Bas est soutenu parce que le suivi en matière d'emploi, et de préférence le modèle IPS, est inclus dans les exigences sur la fidélité au modèle FACT. C'est en partie pour cette raison que l'on retrouve de plus en plus le spécialiste en matière d'emploi (IPS) comme un membre permanent de l'équipe. Dans les équipes où un spécialiste en matière d'emploi est impliqué, il y a un niveau de satisfaction significatif sur les effets. Une recherche intéressante dans la région de West Friesland démontre à quel point la satisfaction des usagers au sujet de leur situation s'améliore s'ils ont un emploi rémunéré (par rapport au bénévolat ou l'absence d'un emploi).

## 5.6. La santé somatique

Il est connu internationalement qu'il faut faire attention à la santé somatique des personnes avec une MMG. En raison de leur maladie et de leurs conditions de vie, mais également en raison de la médication psychiatrique, l'espérance de vie dans ce groupe est plus faible que pour le reste de la population (Tiihonen et al., 2009). Selon le MDR<sup>18</sup>, un traitement et des interventions sur le plan somatique, tels que la promotion de l'activité physique, font partie des soins et du traitement appropriés pour les personnes aux prises avec une maladie mentale. Les unités psychiatriques portent aussi une attention particulière à ces aspects. Cela vaut aussi pour une équipe FACT, mais nous devons distinguer clairement quelles interventions appartiennent aux équipes FACT et quelles interventions appartiennent aux médecins généralistes. Aux Pays-Bas, les soins généraux sont accessibles à tous. Dans de nombreux cas, l'équipe FACT laisse la plupart des soins somatiques au médecin généraliste. Mais les contrôles somatiques associés à la médication ou concernant le syndrome métabolique sont coordonnés par les équipes FACT, en collaboration avec le médecin.

Ce domaine implique aussi un suivi important pour l'équipe, plus particulièrement de la part des case managers infirmiers et du psychiatre. Les personnes ayant une MMG ont parfois la tendance à sous-estimer les problèmes somatiques ou à les négliger. Si des membres de l'équipe observent une telle situation, ils en discuteront avec l'utilisateur et parfois aussi avec sa famille, de sorte à tenter de motiver l'utilisateur à consulter son médecin.

Le médecin apprécie lorsqu'un membre de l'équipe FACT accompagne l'utilisateur à son rendez-vous, entre autre afin de lui apporter sa liste de médicaments habituels. En cas d'admission dans un hôpital général, il est aussi important que les membres de l'équipe voient l'utilisateur régulièrement, afin que le personnel hospitalier puisse les consulter en cas de nécessité.

Un autre aspect est l'attention au régime alimentaire sain – aider les usagers à lutter contre l'obésité par des interventions variées et des références. Parfois, une diététicienne est impliquée. Toutes ces interventions sont directement liées à la vision ainsi qu'au niveau de soins souhaité et réalisé dans un pays où l'on veut mettre en place le modèle FACT.

Une règle générale est que même si une équipe FACT ne peut pas être responsable de dispenser tous les soins somatiques nécessaires, l'équipe a tout de même comme tâche de

---

<sup>18</sup> MDR / Ligne Directrice Multidisciplinaire pour la schizophrénie Pays-Bas 2007 / 2012

déterminer si les usagers reçoivent des soins et un traitement de la part du médecin généraliste ou d'autres services en conformité avec les normes de soins de santé. Lorsqu'il y a des lacunes, l'équipe va reprendre ces soins si nécessaire et va chercher des solutions structurelles dans les soins de santé.

## 5.7. Soins sous contrainte, pression, et obligation de soins dans la communauté

La contrainte et la pression sont légiférées dans plusieurs pays. En Australie on a recours régulièrement à des *Community Treatment Orders* (CTO) ; un CTO exige que la personne reçoive un traitement pour sa maladie mentale sans être admise dans une unité psychiatrique. Plusieurs pays n'ont pas de telles dispositions. Aux Pays-Bas, nous sommes dans une phase de transition vers un tel système.

Dans le cadre de ce manuel il n'est pas possible de comparer ces systèmes. Mais il est important de souligner que les équipes FACT ne peuvent pas échapper à cette question, et qu'elles devraient développer des processus en lien avec la contrainte, adaptés selon la législation du pays en question. Le fait que les équipes veulent aider leurs usagers à vivre dans leur communauté signifie aussi que les équipes sont en partie responsables de la sécurité des usagers et des autres membres de la communauté. De plus, on ne peut pas s'attendre à ce qu'une communauté soit ouverte et accueillante envers une personne qui cause des désagréments ou encore qui présente une menace.

Dans toutes les équipes nous constatons qu'il y a la tendance de travailler selon une approche en étapes, en utilisant d'abord la persuasion et l'incitation pour guider le comportement de l'utilisateur dans la bonne direction, pour ensuite utiliser la pression et finalement (approuvé par le juge) la contrainte. Pour les équipes FACT il est important d'avoir une idée du type de contraintes qui peuvent être utilisées dans certaines situations. Quoique la pression peut sembler moins intrusive que la contrainte, elle peut influencer profondément les relations entre les membres de l'équipe et l'utilisateur, voire même les perturber de façon permanente. Une pression est exercée en offrant toujours un choix à l'utilisateur, tout en lui présentant très clairement qu'il y aura des conséquences très sérieuses s'il continue à afficher ce comportement non-désiré, comme par exemple en soulignant le risque d'expulsion ou de perte de certains privilèges s'il ne prend pas sa médication et qu'en conséquence l'utilisateur fait beaucoup de bruit la nuit ce qui pourrait déranger ou même effrayer le voisinage. En utilisant le risque d'expulsion comme moyen de pression, l'équipe pourrait potentiellement créer une situation hautement indésirable de perte de logement, ce qui compliquerait davantage le traitement. C'est pourquoi il est souvent judicieux de se diriger vers les autorités officielles, la police ou le juge – lors de situations de ce genre.

Depuis quelques temps on trouve des équipes FACT médico-légales qui se spécialisent dans les soins aux usagers- qui présentent souvent une MMG- et qui sont dans le système judiciaire ou qui ont été soumis à des condamnations avec sursis. Ces équipes ont une expertise au niveau de l'évaluation et de la gestion des risques et elles sont parfois convoquées par les équipes communautaires FACT pour une consultation, lorsqu'on soupçonne qu'un usager pourrait présenter des risques sérieux.

Les tâches de l'équipe FACT reliées à la contrainte, telles que le suivi de l'utilisateur afin de s'assurer du respect des conditions imposées par le tribunal et la liaison avec la police, sont généralement réalisées par le psychiatre, l'infirmier, le case manager et parfois par le

travailleur social. Il est toutefois important pour l'équipe que d'autres disciplines, comme le psychologue et le pair aidant, puissent participer à la conversation afin d'apporter leur point de vue. Il devrait y avoir une perspective partagée sur la contrainte et la pression. Dans ce sens il peut être très utile que plusieurs membres de l'équipe jouent des rôles différents par rapport à l'utilisateur. Habituellement, le psychiatre et l'infirmier sont les « méchants », car ils informent le juge et administrent les médicaments obligatoires. D'autres membres de l'équipe, comme le pair aidant ou le psychologue, peuvent ainsi essayer de maintenir un contact positif avec l'utilisateur, de sorte que la contrainte et la pression ne soient pas les seuls types de contacts avec l'équipe. Les rencontres familiales sont un récent développement qui nous semble prometteur pour éviter la contrainte et la pression. Il s'agit d'une nouvelle méthode dans laquelle l'utilisateur est aidé par les gens dans son propre environnement afin de changer son comportement.

### 5.8. L'arrêt du suivi FACT

Les limitations des personnes ayant une MMG sont souvent de longue durée, voire même parfois chroniques. Le parcours habituel d'une MMG se caractérise par des épisodes d'amélioration variable, de rémission, de rechute ou de psychose récurrente, d'amélioration encore et de reprise du cheminement vers le rétablissement. Il y a une alternance entre les bonnes et les mauvaises périodes. Mais certaines personnes souffrant d'une MMG arrivent à atteindre de façon définitive un rétablissement et une rémission. La rémission symptomatique concerne la disparition des symptômes; la rémission fonctionnelle signifie que l'utilisateur présente une amélioration quant à son fonctionnement social. Il est convenu qu'on parle d'une rémission symptomatique quand l'utilisateur ne présente aucun symptôme pendant 3 mois. À ce moment-là, la question se pose de savoir si on peut cesser d'offrir les services FACT.

Le critère principal pour que l'équipe FACT cesse d'offrir des soins réside dans ce que l'utilisateur lui-même souhaite. Le souhait de vivre sa vie de façon plus ordinaire, sans traitement spécialisé ou accompagnement. En principe, l'intervenant accepte le souhait de l'utilisateur pour une vie plus normale, mais il doit prendre en considération certains critères qui sont discutés avec l'utilisateur et l'équipe.

Dans FACT on applique la règle générale qu'une personne doit avoir fonctionné depuis au moins deux ans selon les critères suivants:

- a. une faible fréquence de contact, 1-2 x par 1-2 mois (pas plus de 10-12 contacts par année), les interventions n'ayant pas été orientées vers un changement;
- b. une absence de médication complexe ; l'utilisateur doit être capable de gérer adéquatement les exigences associées avec la médication qui lui est prescrite (la prise de médicaments, les tests sanguins, etc.), le médecin généraliste doit avoir les connaissances nécessaires afin d'assurer un suivi adéquat ; ces deux aspects seront évalués par la personne responsable du traitement;
- c. un système de soutien adéquat: doit être évalué par l'équipe interdisciplinaire;
- d. une certaine forme de travail ou d'activités quotidiens: doit être évalué par l'équipe interdisciplinaire;
- e. un logement autonome<sup>19</sup>;

---

<sup>19</sup> Cela implique que les usagers qui vivent dans une unité d'établissement psychiatrique ou dans une forme d'habitation protégée (sheltered living) ou autre accommodation du genre, ne sont en fait pas pris en considération pour un arrêt du suivi FACT. Si les limitations sont d'une telle ampleur que l'utilisateur ne peut pas vivre de façon autonome, alors un traitement continu et un soutien vers le rétablissement seront toujours nécessaires.

- f. une situation financière raisonnablement bien organisée (si possible par un curateur).

En plus des critères énumérés ci-dessus, il est important de s'assurer des éléments suivants avant qu'un usager soit transféré aux soins de santé primaires :

- c'est le souhait de l'utilisateur ; qu'il ait lui-même confiance en son propre processus de rétablissement
- l'utilisateur est capable d'accepter un suivi
- l'utilisateur est capable de demander de l'aide si nécessaire
- un intervenant des soins de santé primaires est en mesure d'effectuer un suivi de l'utilisateur (médecin généraliste, un psychologue, un travailleur soutenant la pratique d'un médecin généraliste comme un infirmier praticien)

Le document de consensus susmentionné (MDR) recommande que les personnes en rémission continuent d'être considérées comme des usagers avec une MMG et qu'ils demeurent plus longtemps en traitement (3 à 5 ans).

Les critères susmentionnés sont assez rigoureux, et ce pour trois raisons :

- Tout d'abord, nous avons opté pour ces critères en nous basant sur l'expérience des États-Unis où à notre avis les usagers passent trop rapidement d'une équipe ACT à une équipe moins intensive. Nous sommes d'avis que cela augmente le risque de rechute et de rupture de suivi.
- Deuxièmement, nous connaissons les limites des médecins généralistes aux Pays-Bas. Ces professionnels peuvent certainement prendre en charge le suivi de la médication et de la situation somatique des usagers après FACT, possiblement en collaboration avec des infirmiers. Ils n'ont toutefois pas la capacité ou encore l'expertise pour utiliser une vaste approche bio-psycho-sociale. Leur pratique générale ne permet pas de porter une attention au processus du rétablissement ou d'améliorer l'intégration de l'utilisateur dans la communauté.
- Troisièmement nous voyons des aspects positifs au suivi des usagers par l'équipe FACT, avec des contacts peu fréquents, à condition que l'équipe s'assure que ceci ne se transforme pas en une « forme » d'hospitalisation ambulatoire », et avec tous les avantages mentionnés ci-dessus.

Les médecins généralistes apprécient lorsque l'équipe FACT peut fournir une « garantie de retour » lors de l'arrêt du suivi. Ainsi, si l'utilisateur présente des signes de rechute, ou encore si ses besoins en matière de soins deviennent plus importants pour une raison ou une autre, il peut revenir immédiatement vers l'équipe FACT et recevoir des soins intensifs de l'équipe dès la première journée de suivi.

Finalement, nous avons formulé des critères rigoureux pour prévenir qu'une équipe utilise le transfert vers les soins de santé primaires comme un moyen de rediriger les usagers avec lesquels ils ont atteint une impasse. Nous avons pu observer un tel processus dans les équipes FACT débutantes, qui se sont comportées comme de nombreuses autres équipes dans les services de santé mentale: si vous ne nous convenez pas, nous arrêtons le suivi. À notre avis, ce n'est pas la bonne réaction à avoir avec les personnes ayant un MMG.

Il arrive qu'un usager souhaite arrêter le suivi FACT même si les critères ci-dessus ne sont pas remplis. Lorsque l'équipe est d'avis que ce n'est pas une bonne idée et se soucie d'une rechute possible ou de risque de négligence personnelle, elle doit en discuter avec l'utilisateur et

sa famille. Quand la différence de points de vue entre l'utilisateur et l'équipe persiste, il y a deux possibilités. Dans le cas où le fait de mettre fin au suivi ne présente pas un danger réel, nous respectons les souhaits de l'utilisateur. Nous pouvons proposer un plan en étapes afin d'arrêter progressivement le suivi, ou alors s'entendre sur une tentative d'arrêt. Pour préparer cette tentative d'arrêt, nous devons consulter le médecin généraliste ou d'autres personnes dans le réseau de l'utilisateur. L'équipe peut offrir un système de filet de sécurité, et s'engager à reprendre l'utilisateur si ce dernier en fait la demande. Parfois, l'utilisateur est d'accord pour participer à une rencontre d'évaluation après trois, six et douze mois, pour voir s'il est satisfait de la façon dont les choses se déroulent. Ainsi, l'équipe respecte la volonté de l'utilisateur et évite les conflits qui pourraient rendre plus difficile un retour vers les services FACT.

S'il s'avère impossible d'arriver à une entente avec l'utilisateur et que l'équipe continue d'avoir de sérieuses inquiétudes quant à l'arrêt du suivi, une forme de soins plus directifs est organisée. Dans ce cas, l'équipe vise à demeurer en contact (en maintenant une certaine distance), à être disponible (présence) et à évaluer les risques. Dans le cas d'une rechute imminente, de négligence personnelle ou de danger, des soins plus directifs seront appliqués activement; en cas de danger, l'équipe aura recours à la contrainte et à la pression.

## Chapitre 6: Les disciplines de l'équipe FACT

Dans le Manuel FACT néerlandais vous trouverez des sections détaillées sur le rôle des différentes disciplines. Cela va au-delà de la portée de ce manuel international. Voici donc un aperçu général de quelques disciplines.

### 6.1 Le pair aidant

Nous discuterons du rôle du pair aidant en premier car le FACT et l'expertise expérientielle sont étroitement interreliés. Les premiers emplois pour des pairs aidants aux Pays-Bas furent créés pour les équipes FACT en 2005.

Les pairs aidants ont été introduits dans les équipes FACT à partir du modèle ACT (ainsi qu'à partir de modèles plus anciens pour le traitement des dépendances aux États-Unis). Aux Pays-Bas on retrouve une littérature en plein développement sur l'approche en lien avec les pairs aidants et plusieurs programmes de formation ont été développés. Une composante essentielle est l'espoir implicite que les pairs aidants représentent: ils sont la preuve vivante que le rétablissement est possible. De plus, ils utilisent leur expérience de la maladie et des soins pour soutenir le processus de rétablissement d'autres usagers.

Le pair aidant est actif dans ses approches avec les usagers et il entretient des contacts avec eux. Il donne des informations sur le rétablissement et la réhabilitation, sur les droits des usagers et sur les expériences collectives concernant les processus de rétablissement, et les formes de traitement et d'accompagnement. Le pair aidant est impliqué de diverses manières (individuellement ou en groupe, comme par exemple les groupes WRAP<sup>20</sup>), en vue de soutenir et de renforcer le rétablissement. Il peut jouer un rôle dans la prise de décision partagée et pour les questions de motivation. Il s'adresse à l'utilisateur à partir d'un autre ensemble d'expériences de vie. Ils peuvent rencontrer les usagers à domicile, ou dans tout autre endroit où les usagers résident. Avec des personnes sans domicile fixe, un premier contact par un pair aidant est souvent mieux accepté qu'un contact avec un professionnel. Le pair aidant peut d'abord faire des choses pratiques avec l'utilisateur, comme l'aider à compléter des formulaires ou à mettre de l'ordre dans son logement.

En plus des tâches orientées vers l'utilisateur, le pair aidant remplit un rôle spécifique au niveau de l'équipe. C'est lui qui introduit la perspective de l'utilisateur dans les discussions, qui tente d'estimer si le traitement sera intéressant pour lui, qui questionne pourquoi les membres d'équipes sont tellement attachés à certaines choses qui ne semblent pas importantes pour l'utilisateur. Ainsi, le pair aidant se trouve dans une position particulière et parfois solitaire dans l'équipe. C'est pour cette raison que des discussions sont actuellement en cours afin d'augmenter la norme du FACT pour le poste de pair aidant de 0,6 à 1,2 ETP. De cette façon il y aurait deux pairs aidants dans chaque équipe, qui pourraient se soutenir mutuellement.

---

<sup>20</sup> Wellness Recovery Action Plan (Cook JA, Copeland ME, Floyd CB, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano L, Carter TM, Hudson WB, Grey DD, Boyd S, 2012, Psychiatr Serv. Jun;63(6):541-7  
A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery.

## 6.2 L'infirmier

C'est la discipline la plus représentée dans FACT. Traditionnellement, il y a un rôle très important des infirmiers dans les soins pour les personnes ayant une MMG aux Pays-Bas. Tout d'abord parce ces soins étaient autrefois dispensés en milieu hospitalier, mais aussi parce que de nombreux infirmiers en psychiatrie ont été formés aux techniques de réhabilitation et de soutien des usagers vivant dans la communauté. C'est pour cette raison que l'infirmier en psychiatrie remplit un rôle qui est semblable à celui d'un travailleur social dans les équipes ACT aux États-Unis. Dans les équipes ACT aux États-Unis on retrouve souvent un seul infirmier, qui est principalement concerné par les médicaments, les injections et les soins somatiques.

Aux Pays-Bas, nous avons également des infirmiers en psychiatrie communautaires, plus spécialisés, et depuis quelques années nous avons des infirmiers cliniciens en psychiatrie, qui sont encore plus hautement spécialisés.

Le profil de l'infirmier clinicien inclut non seulement la prise en charge des soins à l'utilisateur (et dans le futur, effectuer les examens somatiques et la prescription de médicaments), mais aussi une expertise pour guider et entraîner les équipes, innover les services et implanter de nouvelles techniques, effectuer de la recherche et enseigner.

Il y a également un risque associé à un trop grand nombre de spécialistes dans une équipe. Si un infirmier clinicien travaille à temps plein, en plus du psychiatre, du psychologue et du spécialiste en matière d'emploi, il risque de ne pas y avoir suffisamment d'ETP pour des case managers réguliers - et dans FACT, tout tourne autour de la mise en place rapide et flexible des case managers.

Ce sont précisément les case managers qui doivent toujours diviser leur attention entre les processus à long terme et les soins aigus et intensifs lors de prise en charge partagée (voir le modèle de sablier). Ils doivent être en mesure de jouer leur rôle d'une manière flexible dans les processus soutenant le rétablissement, dans le traitement et la motivation par rapport au traitement, ainsi que lorsque les usagers sont déstabilisés : soutenir l'utilisateur, lui offrir une structure, chercher à désamorcer la situation de crise, les motiver à accepter de l'aide et possiblement une médication, etc. En outre, l'infirmier joue un rôle supplémentaire dans la sensibilisation au sujet des médicaments et dans la gestion de leurs effets secondaires, ainsi que dans l'encouragement des modes de vie plus sains.

En tant que case manager, l'infirmier est également responsable de coordonner les soins sur le plan social, trouver des solutions en ce qui concerne le travail, le logement, les finances et le bien-être de l'utilisateur. L'infirmier évalue aussi le plan de traitement, avec l'utilisateur et la famille au moins une fois par an en se basant sur le suivi systématique des résultats (*Routine Outcome Monitoring*, ROM). L'ébauche du plan de traitement que le case manager développe avec l'utilisateur est discutée avec l'équipe interdisciplinaire, puis ajusté et adopté.

Ainsi, l'infirmier doit effectuer un large éventail de tâches. Dans le cadre de l'implantation de nombreuses équipes FACT, une formation composée de dix sessions d'une demi-journée chacune a été développée pour ceux qui ont opté pour le FACT, afin de leur fournir les informations nécessaires pour devenir un infirmier FACT.

## 6.3. Le psychiatre

Dans le modèle FACT, le psychiatre occupe une place centrale dans l'équipe. Ce n'est pas le cas dans certains pays, où le rôle du psychiatre dans les soins ambulatoires est parfois limité presque exclusivement à prescrire des médicaments. Dans certaines équipes australiennes, le psychiatre n'est impliqué que comme consultant. Cela est impensable dans le modèle FACT. Aux Pays-Bas le plan de traitement est signé, au nom de l'équipe, par le psychiatre. Il est responsable du contenu de ce plan de traitement et les divers intervenants s'adressent à lui s'ils ont des questions. Donc il ne s'occupe pas seulement de ses propres interventions (médicaments, psycho-éducation), mais aussi de l'organisation des interventions de l'équipe, avec le psychologue, l'infirmier en psychiatrie communautaire, l'infirmier clinicien et les case managers. Le rôle du psychiatre se situe à la fois sur le plan stratégique (comment le traitement fonctionne à long terme) et sur le plan opérationnel (qu'est-ce que l'équipe va faire aujourd'hui).

En collaboration avec l'infirmier en psychiatrie communautaire, le psychiatre assumera souvent le rôle principal dans la gestion de la déstabilisation (voir le modèle du sablier) et dans la gestion de la crise. Cela s'explique en partie par le fait que la médication d'urgence, les évaluations du risque et les demandes d'admission d'urgence passent généralement par le psychiatre. Dans une situation de crise, le psychiatre fait ainsi souvent des visites à domicile avec le case manager de l'utilisateur. Son rôle est également renforcé car tous les soins et suivis imposés par le juge peuvent seulement avoir lieu sous la responsabilité du psychiatre.

Les psychiatres néerlandais sont formés pour travailler selon le modèle biopsychosocial. Le psychiatre de l'équipe s'implique donc dans ces trois dimensions et il apportera une contribution à l'équipe dans ce sens. Les psychiatres néerlandais sont également formés selon l'idée que ce sont eux qui sont le capitaine de l'équipe. Ils apportent donc leur contribution, en collaboration avec le chef de l'équipe, à l'amélioration du travail en équipe et à la coordination entre les différentes disciplines. Tous ces aspects constituent un sujet de discussion, et un psychiatre peut se concentrer davantage sur le suivi individuel de l'utilisateur, tandis qu'un autre contribue très activement à la construction de l'équipe, mais certainement, en comparaison avec de nombreux autres pays, le psychiatre est très présent dans l'équipe FACT.

Et cela n'était pas toujours le cas au niveau des soins pour des usagers atteints d'une MMG. Alors que le psychiatre était plus à distance des soins pour les personnes avec une MMG à la fin du siècle dernier, il semble que FACT soit responsable pour le retour du psychiatre dans ce type de soins. Dans l'association de psychiatrie néerlandaise il existe une division MMG, et on y développe d'autres manières de travailler avec FACT. Ainsi, le Manuel FACT est une lecture obligatoire dans la formation du psychiatre. Le Manuel FACT décrit les tâches et les compétences du psychiatre FACT, à partir du modèle du sablier :

- La contribution du psychiatre dans la réduction de la déstabilisation comprend la médication d'urgence, l'évaluation du risque suicidaire, la consultation avec la famille, les décisions possibles en vue d'une admission, ou la contrainte et l'évaluation diagnostique.
- Lors du traitement, la contribution du psychiatre concerne la psychopharmacologie (par exemple la prescription – de façon ambulatoire - de Clozapine, et la vigilance pour le syndrome métabolique), la gestion de l'abus de substances, travailler à la

compliance au traitement, et parfois aussi discuter avec la famille ou examiner l'application d'un traitement obligatoire.

- Au niveau du rétablissement le rôle du psychiatre consiste à optimiser le status psychique de l'utilisateur, par une attitude respectueuse envers son processus et ses objectifs de rétablissement.

Le psychiatre néerlandais peut être inspiré par une riche tradition néerlandaise de psychiatrie sociale. Dans le respect de cette tradition, le psychiatre est avant tout un médecin et un diagnosticien. Aussi bien dans les phases stables que dans les moments de crise, il pose toujours la question de la pathologie sous-jacente, et se demande si elle est traitée de manière optimale. Comme diagnosticien, il fait attention à la situation somatique de l'utilisateur. En outre, ce qui est spécifique pour un psychiatre FACT est la recherche constante de la synergie entre traitement, réhabilitation, responsabilisation (*empowerment*) et rétablissement. Il s'agit de trouver l'équilibre entre conseiller, prendre le contrôle, laisser aller, respecter les propres choix de l'utilisateur, travailler vers une conformité au traitement et, si nécessaire, utiliser la coercition. Il doit également toujours être conscient qu'il travaille au sein de systèmes, et que ses interventions pour l'utilisateur ont également un impact sur la famille et la communauté.

#### 6.4. Le psychologue

Aux Pays-Bas, il existe deux niveaux d'expertise: le psychologue en santé mentale (études universitaires) et le psychologue clinicien (qui a suivi une formation supplémentaire, orientée, entre autres, sur les psychothérapies spécifiques, sur des examens psychodiagnostics, la recherche, sur le coaching et la supervision d'équipe). Ces deux types de psychologues travaillent dans les équipes FACT, mais on y retrouve plus souvent le psychologue en santé mentale.

Plusieurs changements significatifs se sont produits dans la position et le rôle du psychologue, causés en partie par l'introduction de FACT. En fait, la dernière décennie a mené au développement d'une nouvelle branche dans la psychologie appliquée. Jusqu'à il y a environ 10 à 20 ans, les psychologues qui travaillaient pour les personnes ayant une MMG étaient basés à l'hôpital, où ils ont contribué à l'évaluation diagnostique et souvent à la qualité de vie dans l'hôpital.

Suite au développement de la thérapie cognitivo-comportementale, certaines applications spécifiques de cette thérapie ont fait leur apparition, comme la thérapie comportementale méta-cognitive. Le psychologue de l'équipe FACT a eu plus de contacts avec la famille de l'utilisateur et s'est mis à travailler à des formations sur le terrain. D'autres psychologues ont développé divers programmes et sessions de groupe, entre autres pour des personnes aux prises avec la psychose (*Hearing Voices*), des groupes de psycho-éducation, d'entraînement métacognitif, d'entraînement aux habiletés, tels que les modules de Liberman, l'entraînement de compétences pour des troubles de régulation des émotions, et divers groupes de traitement selon l'IDDT (*Integrated Dual Diagnosis Treatment*, traitement intégré des doubles diagnostics) et l'IMR (*Illness Management and Recovery*, la gestion de la maladie et le rétablissement).

La connaissance plus large de l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) a d'ailleurs contribué à faire prendre conscience aux équipes FACT qu'un très grand nombre de nos usagers luttent contre des symptômes liés à des événements traumatisants, et ceci plus que nous le pensions auparavant. Il s'agit d'une préoccupation croissante.

En plus de ces activités orientées vers l'utilisateur dans le cadre du traitement, le psychologue est d'une grande importance pour la culture de l'équipe. Il apporte une autre perspective en lien avec la personne et d'autres points de vue sur les processus de changement et le rétablissement que les médecins et infirmiers. Habituellement le psychologue propose également du coaching aux case managers, et il apporte sa contribution à la recherche et au domaine de la psychologie qui se développe très rapidement.

## 6.5. Le spécialiste en matière d'emploi

Le spécialiste en matière d'emploi a développé un nouveau profil et de nouvelles compétences grâce à l'IPS (*Individual Placement and Support*), ou le programme Individuel de Placement et de Soutien. Ce modèle amène le spécialiste en matière d'emploi au cœur de la communauté, à la recherche d'emplois pour ses usagers et à l'intérieur des milieux de travail, où il entraîne les usagers et soutient les employeurs. Dans d'autres pays, le spécialiste en matière d'emploi peut apporter une contribution d'une autre façon: à partir de projets de réinsertion professionnelle ou de projets sociaux relatifs à l'emploi. Le travailleur du programme IPS dans FACT se concentre exclusivement sur l'emploi rémunéré pour les personnes avec une MMG. Dans une approche sociale plus générale en matière de réinsertion professionnelle, cette clientèle est souvent éliminée en premier, les gens avec des limitations moins sévères étant plus souvent retenus. Une approche IPS intensive permet aussi à l'équipe FACT de garder le focus sur le travail.

Aux Pays-Bas il existait (peut-être plus qu'ailleurs) une tradition bien établie d'ergothérapie et les usagers des unités psychiatriques étaient accompagnés dans des activités et des passe-temps très variés, en partie pour lutter contre l'ennui, mais aussi en partie orientées vers l'entraînement en termes de travail, afin d'aider l'utilisateur à se préparer pour retourner dans la communauté. Dans la première phase de la désinstitutionalisation aux Pays-Bas, ces activités ont été transférées dans des centres d'activités de jour (comparable avec *Day Centres* / Centre de jour et *Social Clubs* / Club social ou thérapeutique dans d'autres pays). Depuis quelques années, ces centres sont sous pression aux Pays-Bas. L'idée est que les personnes atteintes d'une MMG dans la communauté devraient avoir le droit de s'appuyer sur des services généraux et moins stigmatisants.

Le spécialiste en matière d'emploi peut obtenir beaucoup de soutien de la part d'autres disciplines dans l'équipe FACT. Un nouvel emploi rémunéré peut impliquer des défis pour les usagers, comme se lever à l'heure, se rendre au travail et s'occuper de son hygiène. Nous constatons également que des problèmes antérieurs peuvent refaire surface en milieu professionnel. Dans de telles situations, le case manager, le psychologue et le pair aidant peuvent tous collaborer afin de s'assurer de la réussite du processus IPS.

D'autre part, le spécialiste en matière d'emploi n'apporte aucune contribution directe à la prise en charge partagée ; son objectif est de se concentrer sur l'emploi rémunéré. Travailler en conformité avec le modèle IPS exige que le spécialiste en matière d'emploi ne s'occupe pas d'autres aspects des soins; les interventions de crise ne font pas partie des tâches de ce membre de l'équipe. Cependant, étant donné que le spécialiste en matière d'emploi est présent à la réunion matinale autour du tableau FACT, il connaît les histoires des usagers et, en cas d'une rechute imminente, il peut lui-même ajouter un usager sur le tableau.

## Chapitre 7: Implanter FACT

### 7.1 Travailler dans une région - règles générales pour la taille d'une région

La première chose qui devrait être faite lors de l'implantation d'une équipe FACT est de définir la région qu'elle va couvrir. La taille de la région est importante pour le nombre d'utilisateurs prévus ; ce nombre ne devrait pas dépasser 250 utilisateurs par équipe.

La taille de la région est également importante pour l'évaluation de la faisabilité des temps de déplacement des intervenants. Par souci d'efficacité et d'accessibilité, ils devraient être en mesure de visiter un certain nombre de personnes par jour. Les régions sont souvent définies en fonction des codes postaux.

Le fait qu'une région soit clairement définie est également important pour les partenaires des équipes FACT. Il est important, pour les médecins généralistes, les services sociaux, les services en matière de logement et la police, de pouvoir faire appel à leur propre équipe FACT de la région.

La taille idéale des districts est basée sur l'expérience pratique. À partir de l'expérience des cent premières équipes FACT, on note qu'une région rurale de 50 000 habitants concerne entre 180 à 220 utilisateurs FACT. Les personnes avec une MMG vivent d'avantage dans les régions urbaines. Pour une région métropolitaine comprenant de 35 000 à 40 000 habitants, 180 à 200 personnes avec une MMG ont une indication pour un suivi FACT.

Si nous devons suivre le document MDR (Guidelines multidisciplinaires), les régions devraient être plus petites, parce que ce document estime que, pour la population des Pays-Bas qui est de 17 millions habitants, on retrouve 162 000 personnes entre 18 et 65 ans avec une MMG. Cela conduit à une estimation globale que 1% de la population appartient au groupe considéré par les services de santé mentale comme étant aux prises avec une maladie mentale grave. On devrait donc s'attendre à 500 personnes avec une MMG dans une région de 50 000 personnes. Mais la réalité est différente. Il n'est pas encore clair pourquoi une équipe FACT n'inclus possiblement pas plus de la moitié du nombre d'utilisateurs attendus. Un certain nombre de facteurs peuvent jouer un rôle dans ces données : certains utilisateurs avec une MMG évitent les soins et n'attirent pas l'attention, d'autres reçoivent uniquement des soins dispensés par le médecin généraliste; d'autres encore sont suivis par d'autres services communautaires, des services de traitement des dépendances, ou encore font partie du système médico-légal (prisons et unités psychiatriques).

Il est fort possible que les chiffres néerlandais soient peu pertinents pour les autres pays, où les soins de santé mentale sont organisés différemment. En outre, les soins sur le plan social ainsi que les systèmes de soutien familial peuvent aussi être différents. Nous avons toutefois observé que le principe de base d'une équipe pour une région de 50'000 habitants s'applique aussi dans les autres pays. Par exemple, les services de santé mentale à Trieste en Italie, qui sont très développés sur le plan de la psychiatrie sociale, ont une structure d'unités régionales concernant 50 000 habitants. On retrouve ce même nombre dans la taille des secteurs de la psychiatrie de secteur en France. En Australie également nous avons remarqué que de nombreuses équipes de soins de longue durée sont opérationnelles dans une circonscription de 40 000 à 50 000 habitants.

Pour déterminer la zone d'action d'une équipe FACT, on pourrait utiliser le principe de base suivant: pour les régions rurales et les petites régions urbaines on peut viser des zones avec environ 50 000 habitants, et pour les plus grandes régions urbaines on peut choisir une communauté ou un regroupement de communautés d'environ 40 000 habitants.

Pour des communautés étendues géographiquement et difficiles à atteindre qui sont composées de moins de 50 000 habitants, le modèle FACT devra être adapté. Souvent nous constatons que pour ce genre de situation, une équipe FACT plus petite se met en place, qui s'adresse à une patientèle plus large que ceux avec une MMG, et peut également concerner la patientèle pédopsychiatrique ou encore les usagers présentant de problèmes d'addiction.

## 7.2 Des services de santé mentale intégrés

Les soins de santé mentale néerlandais disposent d'un secteur clinique (hospitalier) très développé. Durant les dernières décennies du vingtième siècle, les anciennes institutions psychiatriques ont été transformées en hôpitaux psychiatriques, où une grande attention est portée aux droits des usagers lorsqu'ils sont admis ainsi qu'à leur intimité (nombreuses chambres simples). Comparativement à d'autres pays, la durée d'une hospitalisation reste encore longue, voire même très longue parfois. Sur le plan international et en termes de nombre de lits psychiatriques par 100 000 habitants, les Pays-Bas obtiennent le score le plus élevé, avec la Belgique (et dans une certaine mesure avec l'Allemagne). Par 100 000 habitants, les Pays-Bas disposent de deux fois plus de lit que l'Angleterre et quatre fois plus que l'Australie. Tout cela commence à changer depuis quelques années. En 2011, il a été convenu qu'une réduction de 30% de la capacité de prise en charge hospitalière doit être réalisée dans les 10 prochaines années.

Les Pays-bas ont accordé une grande attention à la collaboration entre la clinique ou l'hôpital et les soins ambulatoires de santé mentale, et ce peut-être d'avantage que d'autres pays. C'est ce qu'on appelle la psychiatrie 'transmurale', et celle-ci comprend :

- \* de s'assurer que la psychiatrie intramurale (hospitalisation dans une unité de soins) soit une forme de temps d'arrêt le plus court possible d'un traitement et d'un suivi qui est en principe extramural.
- \* de s'assurer que la psychiatrie intramurale se concentre sur les objectifs de traitement de l'utilisateur orientés vers la communauté et que la gestion de ce traitement reste ambulatoire, ou extramurale.
- \* de travailler sur divers aspects tels que la continuité des soins entre l'hôpital et les services ambulatoires (une vision commune, un plan de traitement intégré, des contacts ambulatoires continus au cours d'une hospitalisation, etc.)

Ceci se traduit par des admissions parfois très courtes, qui peuvent être organisées à la demande de l'utilisateur pour une seule nuit (lit sur demande), afin que l'équipe ambulatoire puisse continuer le traitement le jour suivant. En cas d'admission, les membres des équipes FACT rendent visite à leurs usagers à l'hôpital de façon hebdomadaire. Ils sont impliqués dans les discussions concernant le plan de traitement. Il y a une continuité des objectifs. Lors de la mise en place d'une équipe FACT, il est très important pour l'équipe de s'organiser de manière claire, détaillée et précise avec l'unité psychiatrique hospitalière de la région. De nombreuses organisations de santé mentales font en sorte que les psychiatres du FACT et les psychiatres de l'unité psychiatrique se rencontrent une fois par semaine afin de discuter et de coordonner les soins. Ensemble, ils déterminent les stratégies de traitement de l'hôpital.

### 7.3 Démarrer et créer une vision

Maintenant qu'il y a 150 équipes FACT actives aux Pays-Bas, il y a une acceptation croissante du mode de travail de FACT. De plus en plus de membres de famille d'utilisateurs ont entendu parler de FACT, et ils sont beaucoup moins critiques qu'en 2005 ; FACT était alors considéré comme une perturbation potentielle de l'existence protégée de l'utilisateur dans une institution. D'abord, les familles se sont montrées surprises par les visites régulières à domicile. Et parfois, la perspective que plusieurs membres de l'équipe viendraient à domicile n'était pas agréable pour les utilisateurs. Dans ce genre de situation, il était utile d'expliquer pourquoi les choses étaient faites ainsi : que seulement une équipe peut offrir des soins intensifs, que de cette façon les soins peuvent être continués en cas de maladie ou de vacances de leur propre case manager, et qu'à long terme, il peut devenir agréable d'avoir des contacts avec plusieurs personnes. De nos jours, les organisations de patients et de familles soutiennent fortement le modèle FACT et ils ont contribué à l'expansion rapide et à l'implantation du FACT.

Toutefois, lorsqu'une équipe en est à ses débuts, il est important de fournir des informations détaillées aux utilisateurs, aux familles, aux politiciens et aux instances responsables du financement. Il n'est pas facile d'obtenir la confiance dans la solidité et l'intensité des soins offerts par FACT dans la communauté. Aux Pays-Bas il y avait beaucoup de mécontentement sur les soins de santé mentale et FACT n'était pas considéré comme un changement dans la bonne direction. En outre des représentants des hôpitaux psychiatriques et généraux, et les psychiatres de l'hôpital n'ont pas d'emblée soutenu ces développements.

En regardant en arrière sur le processus d'implantation aux Pays-Bas, il était extrêmement utile que FACT soit introduit par un certain nombre d'éminents professionnels motivés, dont certains étaient aussi des chercheurs, qui ont réussi à créer un mouvement et à trouver très rapidement une collaboration avec les associations de patients et de famille.

### 7.4 Implanter et former les équipes

Au niveau local, il est important de préparer un plan solide. Dans des régions plus grandes il peut être très intéressant de commencer avec une ou deux équipes pilotes. Dans ces équipes pilotes, les procédures sont mises place : il devient clair comment FACT se distingue du système existant, comment la connexion avec l'hôpital et la collaboration avec la communauté sont organisées (équipes sociales, police, services en matière de logement). Les équipes pilotes peuvent également développer le mode de travail utilisant le tableau FACT, le pilotage d'un tableau FACT numérique, et développer les divers processus administratifs nécessaires, en collaborant avec les associations existantes.

Une fois que tout cela est réalisé, il devient alors beaucoup plus facile d'implanter d'autres équipes. Une fois que la phase pilote arrive à son terme, on peut organiser un séminaire pour les familles, la municipalité, les services, etc., de sorte à ce que chacun se sente impliqué dans la transition vers ce nouveau modèle de soins.

En même temps il est important d'offrir une formation aux membres des équipes débutantes (d'abord les équipes pilotes, et plus tard les autres), incluant entre autres :

- Un cours d'introduction FACT (avec l'équipe au complet)
- Une formation de l'équipe sur le terrain, qui vise à introduire et améliorer les processus de travail de tous les jours avec le tableau FACT

- Une formation pour les présidents du tableau FACT (de préférence 3 par équipe) sur les processus de travail avec le tableau et les techniques de réunion appropriées à la discussion autour du tableau FACT
- Une formation par discipline (avec par exemple 8 psychologues provenant de 8 équipes FACT), au sujet du rôle propre à leur discipline dans FACT

Dans la plupart des programmes de formation, l'accent est mis sur le changement d'attitude qui doit être effectué lorsqu'on passe d'un travail dans un hôpital ou dans une polyclinique à un travail beaucoup plus communautaire, sous la forme d'*outreach*. Pour certains professionnels, il s'agit d'une importante adaptation parce que, pour ainsi dire, ils perdent leur environnement protecteur. Dans un travail plus communautaire, caractérisé par l'*outreach*, ils sont confrontés à de nouvelles situations et de nouveaux risques. Parfois cela exige une formation ciblée sur le terrain et de bannir activement le fait de dispenser les soins dans un environnement de bureau.

Une autre étape qui peut parfois être difficile pour les professionnels est le travail sous la forme d'une prise en charge partagée. Plusieurs professionnels néerlandais sont très bien formés pour travailler individuellement et n'ont pas été habitués à partager leurs usagers avec d'autres professionnels. Le principe de soins d'équipe peut provoquer de la résistance, qui doit être gérée activement. Cela implique également de travailler en équipe; le case manager doit apprendre à transmettre à l'équipe quels soins dispensés par l'équipe sont nécessaires à l'utilisateur à un moment donné.

La discussion sur tous ces sujets est souvent très enrichissante. Lorsque les professionnels peuvent dépasser ces obstacles, ils en sont vivement récompensés :

- À plusieurs reprises nous avons remarqué que, suite à une formation axée sur l'*outreach*, les intervenants apprécient beaucoup de travailler de cette façon et en voient rapidement les avantages.
- Nous avons aussi souvent entendu que, suite à une période d'initiation à cette façon de travailler, les intervenants sont beaucoup plus détendus au travail, et se sentent beaucoup moins isolés et chargés dans leur travail; chaque matin une rencontre a lieu avec les autres membres de l'équipe; ils n'ont plus la responsabilité exclusive de leurs usagers les plus difficiles.

## 7.5 Le bureau de l'équipe

L'aménagement du bureau d'une équipe FACT est bien décrit et aujourd'hui on peut l'observer dans de nombreux endroits aux Pays-Bas. L'élément le plus important est la salle de réunion avec le tableau FACT, où la discussion autour du tableau a lieu chaque matin. De préférence on y trouve une grande table de réunion, avec un ordinateur pour faire fonctionner le projecteur avec le tableau Excel. Les membres de l'équipe (une quinzaine de personnes) devraient être en mesure de s'asseoir confortablement autour de la table, en formant un « U », avec possiblement un deuxième demi-cercle constitué de stagiaires et de personnes en formation. La grande salle de réunion peut servir également comme espace administratif général pour le reste de la journée, où des postes de travail avec des portables sont installés le long des murs et sur la table.

D'autres particularités du lieu dépendent de la vision de l'organisation du service en question. Aux Pays-Bas, l'aménagement des bureaux est devenu de plus en plus flexible, et les intervenants ne disposent que très rarement de leur propre bureau ou espace de travail. On y trouve des salles de consultation, pour le psychiatre, le psychologue et le case manager/infirmier clinicien. On y trouve aussi plusieurs poste de travail avec un ordinateur portable et un téléphone, où les case managers peuvent écrire leurs rapports à la fin de la journée.

Relativement peu d'utilisateurs et de familles viennent au bureau pour une consultation. Cela concerne surtout le psychiatre et le psychologue. La partie publique du bureau peut donc être limitée à 3-5 cabinets de consultation.

L'emplacement du bureau FACT devrait être situé dans la région où l'équipe travaille. Malheureusement, nombreuses institutions néerlandaises ne se conforment pas à cette règle. Certains bureaux d'équipes FACT se trouvent assez loin de la région desservie, abrités par exemple dans des bâtiments vacants d'un ancien hôpital psychiatrique. C'est donc souvent des économies de bouts de chandelle, entre autre en raison des grandes distances de déplacement. Les meilleurs emplacements sont dans le quartier, dans la région où l'équipe opère et de préférence dans des bâtiments où d'autres services sont abrités, comme par exemple un service de l'aide à la jeunesse, un centre de soutien social, un service de logements, ou un centre de santé.

En opérant au milieu de la région et à proximité d'autres instances communautaires, l'équipe de quartier elle-même peut faire des démarches orientée vers l'intégration. Des endroits avec de vastes zones rurales requièrent également un stationnement pour les véhicules des membres de l'équipe, tandis que dans les grandes villes on a plutôt besoin d'espaces pour les vélos.

## 7.6 Ce qui s'est passé avec l'ACT aux Pays-Bas

Le modèle FACT est une adaptation de l'ACT (*Assertive Community Treatment*) ; toutefois aux Pays-Bas, le FACT a surpassé l'ACT. L'ACT a été introduit dans les années 2000 aux Pays-Bas, surtout lorsque dans les grandes villes, certaines personnes psychotiques, souvent avec un problème de dépendance, et sans abri, ont causé des problèmes dans la communauté. Ils avaient délaissé le système de santé et ils évitaient les soins. Dans les quatre plus grandes villes des équipes ACT ont été lancées et ont connu un énorme succès. En quelques années, les problèmes rencontrés dans les grandes villes ont été réduits, d'avantage de gens ont pu recevoir des soins, accepter un traitement et trouver un logement. Une fois la situation stabilisée, les méthodes très intensives de l'ACT n'étaient plus toujours nécessaires. De plus, il a été constaté que des soins étaient aussi nécessaires pour les autres usagers ayant une MMG.

Depuis 2010, de plus en plus d'équipes ACT se sont converties en équipes FACT dans les grandes villes, comme Amsterdam, Rotterdam et Utrecht. Par exemple, Amsterdam compte actuellement presque 20 équipes FACT et seulement 2 équipes ACT. Les équipes ACT ont en fait guidé les usagers vers les soins et ont réduit le nombre de personnes sans domicile fixe. Ces équipes ont également réussi à garder les personnes dans les soins. Mais lorsque les usagers sont devenus plus stables et ont présenté moins de problèmes sociaux, il est devenu moins nécessaires de les mentionner quotidiennement dans les réunions matinales. Donc, l'approche ACT était trop intensive.

Un autre facteur était que les équipes ACT offrent des soins pour toute la ville, alors que les équipes FACT offrent des soins dans une zone ou une région plus petite. Une plus petite échelle offre plus de possibilités de collaboration avec les médecins généralistes et les divers services de la communauté. Les temps de déplacement sont également plus courts.

Ainsi les grandes villes des Pays-Bas ont évolué lentement vers un modèle où des équipes FACT sont disponibles dans toutes les régions. Ces équipes constituent la base pour les soins spécialisés dans la communauté destinés aux personnes avec une MMG. Dans une ville comme Amsterdam ou Utrecht, il y a encore deux équipes ACT qui sont opérationnelles afin de travailler auprès des personnes avec une MMG. Ces gens, ayant des problèmes très graves, sont toujours à risque de devenir sans-abri et ils errent souvent dans la ville, de quartier en quartier.

En mai 2013, un rapport de l'Inspection de la Santé aux Pays-Bas a été publié, se concentrant sur l'état des soins pour les gens qui évitent les soins, appelé « Les soins de Santé Mentale Publics ». Ce rapport indique que les conditions pour des soins optimaux pour les gens qui évitent les soins ne sont pas encore suffisamment réalisées dans toutes les régions, mais qu'il y a un rôle important à jouer pour les équipes FACT qui se trouvent dans une évolution rapide. L'inspection considère comme un critère important la présence des équipes certifiées dans une région donnée, à condition que toute la région soit couverte. Dans une minorité de régions les équipes FACT ne sont pas encore implantées et d'autres formes de soins sont utilisées pour ce groupe cible dans ces régions. L'Inspectorat va effectuer une étude de suivi dans ces régions en 2013.

Un nouveau développement consiste dans l'implantation d'équipes FACT et ACT médico-légales, qui se spécialisent dans le traitement des usagers atteints d'une MMG ayant des démêlés avec la justice. Pour le moment on trouve une dizaine de ces équipes aux Pays-Bas, et une certaine croissance est prévue. Le nombre de professionnels dans ce type d'équipes ACT médico-légales est légèrement plus élevé. Ceci est en partie dû au fait que certains usagers doivent encore être vus par deux case managers. Ces équipes ont aussi besoin de plus de psychologues pour l'évaluation des risques, les rapports psychologiques et les rapports pour la Justice. La collaboration entre ces équipes médico-légales et les équipes ACT et FACT est bonne et comprend des conseils sur l'évaluation des risques par les équipes médico-légales pour les équipes ACT et FACT.

## Chapitre 8: L'ACT et le FACT, la fidélité au modèle, le FACT et la certification

### 8.1 Les différences entre ACT et FACT

L'ACT flexible s'appuie sur l'ACT et utilise un certain nombre d'éléments clés de l'ACT.

L'ACT ne se concentre pas sur tous les usagers atteints d'une MMG, mais est appliqué aux cas les plus sévères – surtout les usagers psychotiques instables qui ont besoin de fréquentes réadmissions en milieu hospitalier. Nombre d'entre eux souffrent de troubles de la personnalité, ont des problèmes de consommation de substances, ne sont pas compliant au traitement pharmacologique, et ont tendance à être en refus de soins. Ce groupe cible de cas plus lourds comprendrait environ 20% de l'ensemble du groupe ayant des problèmes psychiatriques de longue durée (Bond et al., 2001). Tous les usagers ACT sont suivis par l'ensemble de l'équipe (prise en charge partagée) et l'équipe coordonne les actions quotidiennement autour du tableau, sur lequel tous les 60 – 100 usagers figurent. Le mode de travail est proactif et directif (*outreach*).

FACT se concentre sur l'ensemble du groupe de personnes avec une MMG, à la fois les 20% ayant les problèmes les plus graves que l'autre 80%. Ainsi un suivi par l'ensemble de l'équipe et une discussion quotidienne de tous les usagers ne sont pas toujours nécessaire. Environ 15% des 180 – 220 usagers figure sur le tableau.

Tableau 2: Différences entre ACT et FACT.

	ACT	FACT
Groupe cible	Les 20 % MMG les plus difficiles, souvent pris dans un système de "porte tournante" et qui sont en refus de soins.	L'ensemble du groupe MMG d'un quartier ou d'une région
Nombre d'usagers par équipe	60 – 100	220 -250
Taille de la région	Souvent des grandes régions, par exemple 250'000 habitants	Rurale: 50'000 habitants Urbaine: 40-45'000
Composition de l'équipe	Multidisciplinaire : case managers, travailleurs sociaux, infirmiers, psychiatre, pair aidant ( presque comme FACT)	= ACT Avec une attention particulière pour le psychologue et le spécialiste en matière d'emploi (IPS), et parfois pour un accompagnement vers un mode de vie autonome et d'avantage d'experts en réhabilitation. Aux Pays-Bas FACT inclu beaucoup d'infirmiers.

caseload (par membre de l'équipe) :	1 : 10	1 : 20
Psychiatre	1: 100	0,8 : 200
Psychologue	Pas requis	0,6: 200
Chef de l'équipe impliqué directement dans les soins aux usagers)	Obligatoire	Possible, mais il peut être remplacé par 2-3 présidents du tableau
Présents sur le tableau ACT / FACT, pour la concertation quotidienne	Tous les 100 usagers	Seulement 20 -30 usagers, ayant, à ce moment-là, besoin quotidiennement de soins et d'attention ; également : les cas à discuter
Fréquence des contacts	> 3-4 par semaine	4-5x/semaine est une fréquence possible, si nécessaire; mais la fréquence est beaucoup plus faible dans de nombreux cas
Accent mis sur la médecine basée sur les données probantes (EBM interventions, Evidence Based Medicine)	Souvent difficiles car de nombreux usagers ne sont pas stables et pas encore prêts pour des interventions psychologiques	D'avantage possible, par l'approche du "sablier"
Accent mis sur le rétablissement et l' <i>empowerment</i>	Traditionnellement moins le cas, mais actuellement cela change beaucoup	Fait partie des principes de base FACT
Arrêt du suivi	Lorsque les contacts sont nécessaires moins d'une fois par semaine, il y a une transmission vers d'autres services	Uniquement les usagers qui fonctionnent de façon stable dans tous les domaines de la vie quotidienne, pendant une longue période (2-3 ans) et qui ne veulent plus de suivi. Ces usagers sont alors transmis au médecin généraliste.
Rechute	Peuvent reprendre un suivi ACT, mais parfois il y a des listes d'attentes.	Peuvent reprendre un suivi directement (retour direct sur le tableau FACT)

## 8.2. ACT versus FACT

Le modèle ACT est un modèle de traitement basé sur les données probantes pour le groupe de 20% des usagers les plus gravement malades sur le plan psychiatrique. Le modèle FACT ne peut pas prétendre à ça. Cela nécessite une recherche approfondie. Mais dans la pratique, l'approche FACT s'est avérée efficace (van Veldhuizen, 2006). Et, sur la base des recherches comparatives en Angleterre (Firn, 2012) et les premiers résultats aux Pays-Bas (Kroon 2006, van Os, 2006 en Bak, van Os en Delespaul et al., 2007), il y a également de bonnes raisons d'en supposer l'efficacité. Ainsi en 2012, dans la mise à jour des Guidelines multidisciplinaires de la schizophrénie, FACT a été reconnu comme "meilleure pratique".

L'ACT semble bien fonctionner en particulier pour des groupes cibles ayant besoin de soins très intensifs, et notamment quand les usagers se déplacent d'un quartier à l'autre. Dans la section 7.5 nous avons décrit comment au Pays-Bas FACT a été choisi comme le modèle de soins de base dans les grandes villes.

Au niveau international on discute de la règle 80-20%. Cette règle a été postulée par Bond (2001) : L'ACT a été développé à l'intention des 20% des usagers les plus lourds ayant une MMG. Mais cette règle n'a jamais été étayée par des chiffres. Bond et Drake (2007) ont suggéré que FACT peut potentiellement mettre en évidence un pourcentage plus fiable parce que les usagers figurent sur le tableau au moment où ils en ont besoin.

En pratique, il y a généralement moins de 20% des usagers qui figurent sur le tableau dans les équipes FACT, et plutôt 10-15% d'entre eux. Apparemment, les crises, les risques d'admission et de refus de soins sont moins fréquents. Cela peut être aussi un effet du travail des équipes FACT, car ils prêtent aussi attention au groupe des 80%, ce qui peut possiblement aider à la prévention des rechutes.

En appliquant les deux méthodes de travail dans une même équipe, la continuité des soins entre des phases stables et des phases instables est assurée au sein d'une équipe FACT. Ceci peut apporter des avantages en matière de réhabilitation et de rétablissement, et une continuité avec la famille et les systèmes de soutien.

Nous constatons également que, sur une période de 3 ans, plus de 60% des 200 usagers d'une équipe FACT ont besoin d'un épisode de soins ou de traitement intensifs et figurent donc sur le tableau FACT. Dans la région 'Noord Holland' des Pays-Bas (organisation des soins de santé mentale Noord Holland Noord), le nombre de personnes mentionnées sur le tableau FACT en 2011 dans une équipe appelée Team Centrum a récemment été recensé. Au cours de l'année 2011, 132 des 165 personnes ont été mentionnées sur le tableau. Pour 71 de ces 132 personnes il s'agissait d'une crise. Et les autres avaient été inscrites sur le tableau pour les raisons suivantes : refus de soins, nouvel usager, événement de vie, admission et problèmes somatiques.

Nous considérons que ce résultat est d'une grande importance, et constitue probablement le plus grand argument en faveur du modèle FACT : il montre que FACT est adapté au parcours naturel d'une MMG. Autrefois, l'usager FACT était pris dans une porte tournante, entre l'hôpital et les soins ambulatoires; ensuite il était dans une porte tournante entre l'équipe ACT et des équipes de soins moins intensifs. Avec FACT, cette porte tournante a été déplacée sur le tableau FACT – mais l'usager est pris en charge par la même équipe.

### 8.3 La fidélité au modèle: Le FACTs

Inspiré par le *Dartmouth Assertive Community Treatment scale* (DACTs), nous avons développé aux Pays-Bas une échelle de fidélité FACT, le FACTs. Une première édition a été publiée par Bähler et al. en 2007. En 2010 le FACTs a été révisé par le Centre de Certification ACT et FACT (CCAF). Une troisième version a été publiée en 2013. Vous pouvez télécharger une version néerlandaise et anglaise sur le site [www.ccaf.nl](http://www.ccaf.nl).

Alors que la première échelle FACT a été conçue avec l'intention de rester proche de l'échelle *Dartmouth Assertive Community Treatment scale* (DACTs<sup>21</sup>) et le GOI (*General Organisational Index for Evidence Based Practices*<sup>22</sup>), complété par des items spécifiques pour FACT relatifs au passage d'un case management individuel à une prise en charge partagée, la deuxième version FACTs de 2010 adhère à sa propre voie de développement. *On n'y considère pas seulement la structure des équipes, mais on inclut également des items sur le plan des contenus associés avec des bonnes pratiques, comme des items sur la mesure et l'utilisation des résultats en vue d'une amélioration de la qualité dans les équipes.*

Le FACTs 2010 consiste en 60 items qui peuvent être évalués sur une échelle de cinq points, et qui s'intéressent à tous les aspects de FACT :

- La structure de l'équipe, avec entre autre le nombre de membres de l'équipe par discipline
- Le processus de l'équipe (et l'utilisation du tableau FACT)
- Le diagnostic et le traitement (avec des interventions conformes aux Guidelines Multidisciplinaires, à la réhabilitation et au rétablissement)
- L'organisation des soins de santé mentale (avec entre autre: l'admission dans un suivi FACT, l'organisation de soins intégrés et l'arrêt du suivi FACT))
- Les soins communautaires
- Le monitoring (avec entre autre le ROM, c.à.d. le monitoring orienté vers les résultats – *Routine Outcome Monitoring* )
- Le professionnalisme (vision, formation, orientation sur le rétablissement, surveillance de la qualité)

Au cours des dernières années, cette échelle a été utilisée pour plus de 70 équipes FACT néerlandaises. La fidélité inter-juge a été évaluée à 0.83.

Suite à ces résultats, à ces expériences et aux nouveaux développements, l'échelle FACTs sera ajustée par rapport à plusieurs items en 2013. Le changement le plus important concerne la structure de l'échelle. Compte tenu du développement récent d'équipes FACT pour des

---

<sup>21</sup> Teague GB, Bond GR, Drake RE: Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*68:216-232, 1998.

<sup>22</sup> (Lynne, D., Finnerty, M., & Boyle, P., 2005, website SAMHSA)

patientèles cibles différentes, l'échelle FACTs sera composée d'un volet général et d'un volet spécifique en fonction de la patientèle cible de l'équipe FACT. Il s'agit, entre autres, des items en relation avec les disciplines et les interventions multidisciplinaires.

Lors de la révision de l'échelle FACTs, on a également examiné le TMACT (*Tool for Measurement of Assertive Community Treatment*), le successeur de l'échelle DACTs. Comme pour le TMACT, nous avons mis davantage l'accent sur le rétablissement dans le FACTs révisé. La structure du TMACT n'est pas entièrement respectée, en partie parce qu'il est important que le FACTs puisse être complété correctement en une journée, alors que le TMACT peut nécessiter plus d'une journée.

Décrire et mesurer la fidélité au modèle est important pour plusieurs raisons. Il permet d'évaluer dans quelle mesure un programme a été mis en œuvre comme prévu, le degré selon lequel un programme est une reproduction fidèle du modèle, et dans quelle mesure un programme inclut des fonctions essentielles à la réalisation des résultats escomptés et exclut celles qui interfèrent avec la réalisation de ces résultats.

La recherche (van Vugt et al.) a démontré que, comme avec DACTs aux Etats-Unis (Mc Hugo et al.<sup>23</sup>), une plus grande fidélité au modèle a un effet sur l'implantation des pratiques basées sur les données probantes et sur les résultats du traitement au niveau de l'utilisateur. Cette recherche devrait être reprise pour l'échelle FACTs révisée.

#### 8.4. La certification

En 2008, le Centre de Certification ACT et FACT (CCAF) a été créé. En effet, il était devenu évident que FACT prendrait son essor aux Pays-Bas. Les risques d'une expansion aussi rapide étaient aussi clairs : avec une vaste implantation, une multitude de variantes FACT risquait de se développer. Et cela n'était pas souhaitable. Nous voulions offrir des standards conformes de soins et de traitement aux usagers atteints d'une MMG (et à leurs familles). Il devait être clair qu'une équipe FACT devait être en mesure de mettre en place des soins de type *outreach* solides, ainsi qu'un traitement en conformité avec les Guidelines.

Aux Pays-Bas, le financement pour ce type de soins provient en partie d'assureurs privés et en partie de l'état (au niveau national et au niveau des municipalités). Ces instances de financement doivent conclure des contrats avec les professionnels de soins de santé mentale locaux, et ce pour 20 à 30 différentes régions. Il était clair que l'organisation de ce type d'arrangements entre toutes ces parties pouvait être facilitée avec un modèle uniforme (FACT), défini clairement et qui peut être évalué au niveau de la fidélité au modèle.

En 2012, le CCAF a organisé des audits pour plus de cent équipes ACT et FACT. Deux évaluateurs viennent rencontrer l'équipe pendant une journée. Ils disposent d'informations préalables et, au cours de la journée d'évaluation, ils parlent avec environ dix membres de l'équipe, ils observent la réunion autour du tableau FACT, et ils sont autorisés à avoir accès aux dossiers médicaux. Ces évaluateurs sont des professionnels, des pairs aidants et des membres des familles d'utilisateurs de l'équipe, qui sont tous formés à la tâche d'évaluateur. Après la journée d'évaluation, ces évaluateurs compilent les résultats et complètent les scores

---

<sup>23</sup> Mc Hugo, G. J., Drake, R. E., Teague, G., Xie, H., (1999) Fidelity to Assertive Community Treatment and Client Outcomes in the New Hampshire Dual Disorders Study. *Psych Services* 50, 6.

de l'échelle FACTs. Le résultat est en effet un score provisoire. L'équipe a l'occasion de formuler des commentaires sur les résultats et scores provisoires.

Par la suite, ces résultats sont vérifiés par une commission de certification indépendante, qui détermine les scores finaux et qui va recommander l'une des quatre possibilités suivantes au bureau de la CCAF :

- Ne pas attribuer un certificat (l'équipe n'est pas du tout fidèle au modèle)
- Un certificat provisoire (y compris des recommandations pour un ajustement du mode de travail et pour l'évaluation suivante)
- Attribuer un certificat
- Attribuer un certificat avec mention optimale

En peu de temps la CCAF est devenue une référence. Les assureurs et les instances de financement exigent que les organisations de soins de santé mentale procèdent à la certification de leur équipe, et soulignent ainsi qu'ils sont d'accord avec les exigences formulées pour ce type de soins.

En 2013, l'Inspection des soins de santé mentale des Pays-Bas a fait des recherches sur les soins de santé mentale publics pour les usagers ayant une MMG et pour ceux qui refusent les soins. Ils en ont conclu que de nombreuses régions disposent d'équipes FACT. L'Inspection a l'intention de promouvoir la certification pour garantir la qualité de ce type de soins ambulatoires. Le ministre de la Santé estime – en réponse à cette recherche – qu'il est très positif qu'on retrouve dans la plupart des régions des équipes FACT pour desservir les personnes avec une MMG. Comme l'Inspection, le ministre a exprimé qu'il appréciait, dans une lettre du 2 mai 2013, les efforts des services de santé mentale dans ce domaine. Il y déclare : « je trouve qu'il est positif que l'Inspection va prendre des mesures à l'avenir pour assurer la qualité de ces équipes FACT par la poursuite de la certification ».

En outre, en 2012, le Conseil de Santé Publique (un organisme consultatif auprès du ministre) a exprimé son souhait que le nombre d'équipes FACT certifiées passe de 400 à 500. En même temps, il y a également un intérêt en Belgique et en Suède pour une telle certification.

ANNEXE: FACTs, version 2010 : [www.ccaf.nl](http://www.ccaf.nl)

## Références

- Bachrach, L.L. (1993). The Biopsychosocial Legacy of Deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol.44 No. 6, p.523-524.
- Bak, M., Os, J.van, Delespaul, Ph, Bie, A.de, Campo, J.A., Poddighe, G., Drukker, M. (2007) *An observational , 'real life' trial of the introduction of assertive Community Treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria*. Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 2007, Vol 42 number 2, pages125-130
- Bak, M., M. Drukker, A.de Bie, J.a Campo, G.Poddighe, J.van Os, Ph.Delespaul (2008). Een observationele trial naar 'assertive outreach' met remissie als uitkomstmaat 1. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 50,(5),p.253-262
- Bond, Gary R.; Becker, Deborah R.; Drake, Robert E.; Vogler, Kathleen M.(1997) A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, Vol 40(4), Jun 1997, 265-284.
- Bond, G.R.& R.E. Drake (2007). Should We Adopt the Dutch Version of ACT? Commentary on "FACT: A Dutch Version of ACT". *Community Mental Health Journal*, Vol 43, No.4, 435-437.
- Bond, G.R., R.E. Drake, K.T. Mueser & E. Latimer (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness, Critical ingredients and impact on patients. *Disaese Management and Health Outcomes*, 9 (3), p.142-157.
- Drake R.E., Susan M. Essock, Andrew Shaner, Kate B. Carey, Kenneth Minkoff, Lenore Kola, David Lynde, Fred C. Osher, Robin E. Clark, and Lawrence Rickards (2001). Implementing Dual Diagnosis Services for Clients with Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, v52, April, p469-476.
- IGZ Rapport "Voorwaarden voor zorg aan zorgmijders", 6 mei 2013, Den Haag
- Intagliata, J. (1982). Improving the quality of community care for the chronically disabled: The role of casemanagement. *Schizophrenia Bulletin*, 8 (40), p.655-674.
- Minister VWS, Brief 28 maart 2013 aan Congres FACT Couleur –Locale, Den Haag
- Phelan, M, Slade, M., Thornicroft, G., et al (1995) *The Camberwell Assessment of Need (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness*. *British Journal of Psychiatry*, 167, 589 -595.
- Priebe, S. Huxley, P. Knight, S. Evenas, S. Application and results of the Manchester short quality of life (MANSA), *International Journal of Social Psychiatry*, 1999 45 (1): 7-12

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2012). *Stoornis en delict*. Den Haag

Test, M.A. & L.I. Stein (Eds.) (1978). *Alternatives To Mental Hospital Treatment*. Plenum Press USA.

[Tiihonen J](#), [Lönngqvist J](#), [Wahlbeck K](#), [Klaukka T](#), [Niskanen L](#), [Tanskanen A](#), [Haukka J](#). (2009) 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study) [Lancet](#) 22;374(9690):620-7.

Veldhuizen, J. R. van, (2007). FACT: A Dutch Version of ACT, *Community Mental Health Journal*, (43), 4, 421-433.

Veldhuizen, J. R. van, M. Bähler, D. Polhuis en J. van Os (red.) (2008). *Handboek FACT*, De Tijdstroom Utrecht.

Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., et al (1998) Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18. 2 mei 2013