

### Définition

Aider à la réhabilitation des personnes aux prises avec des troubles mentaux:

- **normalisation** : favoriser l'accès aux ressources disponibles pour tout citoyen, afin de leur permettre de fonctionner dans les mêmes lieux que les autres. Ce principe s'oppose à la ségrégation
- **soutien « in vivo »** : Assurer une présence sur le terrain pour les aider à surmonter leurs difficultés qui surgissent dans leurs quotidien
- **prise en charge holistique** : c'est la prise en compte de tous les aspects de l'environnement de la personne (familial, professionnel, éducatif, social, ...). et de leurs interactions à l'égard de la personne.

Le suivi communautaire comprend:

#### 1. le repérage des personnes en difficultés (recherche active de la clientèle sur le terrain)

- des personnes du fait de difficultés multiples sont isolées socialement, voir en situation de rupture sociale, marginalisées
- intervention proactive: offrir au plutôt les prestations pour éviter que ces personnes subissent une diminution de leurs compétences sociales et de leurs qualités de vie.

#### 2. l'évaluation des problèmes :

- satisfaction des besoins de bases
- obstacles personnels liés à la maladie (symptômes, faible estime de soi ...)
- disponibilité de l'entourage (les proches, la famille, ...)
- disponibilité des ressources de la communauté.

#### 3. la mise en place d'un programme de soutien

Celui ci est généralement assuré par différents prestataires de services (sanitaires, sociaux, associatifs, ...)

#### 4. le suivi de l'adéquation et de la qualité des mesures de soutien

### Objectifs

#### 1. à court terme: assurer les rôle de survie

- résolution de problèmes immédiats
- pallier aux incapacités fonctionnelles

- satisfaction des besoins de base de la personne

## 2. à moyen terme

### A. améliorer la qualité de vie

1. accroître l'autonomie
2. retrouver un sentiment d'appartenance
3. leurs (re)donner une maîtrise sur leurs existence par une reprise du pouvoir d'agir et un rôle significatif
4. processus de meilleur vie (logement, se faire des amis, relations familiales, participer à la vie communautaire, réinsertion professionnelle, ...

### B. prévenir les rechutes et les hospitalisations

## Référentiel d'actions

### A. LA RELATION

La qualité du lien entre l'utilisateur et l'intervenant constitue la pierre angulaire de l'intervention. Elle prend en compte:

1. **le respect des droits et des désirs de l'utilisateur:** c'est sur le consentement de la personne que se structurera la prise en charge communautaire et que sa participation active (la motivation) prendra source.
2. **le soutien centré sur la personne:** les rapports avec l'utilisateur sont marqués par une approche humaniste (empathie, congruence, respect..), la personne et ses forces étant au premier plan plutôt que ses symptômes et ses incapacités
3. **l'attitude des intervenants:** une conviction ferme doit exister, à savoir que les personnes aux prises avec les troubles mentaux graves peuvent continuer à apprendre, à changer et à croître et peuvent être aidées en ce sens. L'objectif n'est pas ici d'établir une alliance strictement thérapeutique mais de créer une conviction intime chez l'utilisateur que l'intervenant se préoccupe réellement de son bien être et sera là pour lui.
4. **l'individualisation et la flexibilité des interventions:** les méthodes de travail et d'intervention doivent être taillées sur mesure. Les services et le degré de soutien offerts doivent être modifiés constamment afin de respecter l'évolution de la personne et de ses besoins.

### B. LE TRAVAIL EN RÉSEAU

Pour élaborer une aide efficace à la personne, il est nécessaire d'asseoir la prise en charge sur le dispositif de prestations existant. Deux éléments sont essentiels:

#### La responsabilité:

La prise en charge suivie communautaire n'est efficace que si un individu ou un groupe se sentent responsable du suivi de la personne:

- relation « privilégiée » avec la personne
- évaluation des besoins
- planifications des services et coordination des différents intervenants
- garder le lien: **ressources communautaires - personne souffrant de troubles mentaux**
- évaluation du soutien communautaire

## Le partenariat

Le responsable de la coordination, en fonction de la demande de la personne, active les partenaires du réseau nécessaires (connaissance des ressources de la communauté)

- **consentement volontaire** et éclairé des différents partenaires: concertation, congruence dans les interventions, éducation des professionnels, du public ...
- **partage des pouvoirs** et des responsabilités face à la personne: reconnaître l'identité de chacun, respect mutuel des intervenants, limiter « l'appropriation du client », décentrer le processus des ressources hospitalières
- obtenir le **soutien du milieu** ou vie la personne (famille, ...)
- favoriser **l'évolution des pratiques**: améliorer l'accès aux services, développement de ressources ...

Dans le cadre d'un travail en réseau, le responsable n'est pas obligatoirement un professionnel soignant (réseau santé mental), ou social (assistante sociale). Il peut s'agir d'une association, de l'aidant naturel ....

Ce qui importe c'est qu'il soit capable d'activer les éléments du réseau et d'intervenir in vivo (dans le milieu de vie de la personne) de manière proactive

## **LES PRESTATIONS**

La priorité est la continuité. Il n'y a pas de contrainte de temps dans la prise en charge communautaire. (Cf. l'individualisation et la flexibilité des interventions)

Le soutien communautaire sera essentiellement:

### **une prise en charge de réadaptation**

- développement des habiletés instrumentales et sociales des personnes : (ré) apprendre les comportements pour agir dans un environnement)
- soutien psychoéducatif
- réadaptation professionnelle

### **une suppléance** (en parallèle à une démarche de réadaptation)

- action sur les désavantages (rôle de survie)
- accompagnement dans des démarches diverses : lien entre le réseau et la personne (sanitaire, social, associatif, ...)

### **développement du réseau**

- préserver et consolider les liens avec les dispensateurs de services, qu'ils soient formels ou informels, afin de pouvoir négocier avec eux et les soutenir de façon efficace
- sensibiliser les dispensateurs de services aux besoins et capacités des personnes aux prises avec des troubles mentaux (développer l'accessibilité)
- favoriser la création de ressources nouvelles

## **STRUCTURATIONS DU DISPOSITIF SANTE COMMUNAUTAIRE**

Il est né pour l'essentiel dans les pays anglo-saxons, suite à la mise en place de la psychiatrie communautaire, et son corollaire la désinstitutionnalisation. Deux courants lui ont donné naissance, en relation au dispositif de santé mental qui existait alors : c'est le « **case management** » (principalement aux états unis) et le « **Program Assertif Community Treatment :PACT** » : programme de suivi

intensif dans le milieu.

### Case Management [3] (gestion de cas)

Il est basé sur la nécessité de coordonner les différents prestataires de service, pour que les besoins complexes de l'individu puissent être résolus. Un référent (Case manager) à une fonction clinique et de coordination:

Le principal défaut [4] qui lui est attribué est la disponibilité des ressources. Si celles-ci se trouvent insuffisantes, c'est le case manager qui comble les manques. Hors, c'est une illusion qu'un seul puisse satisfaire à la globalité des prises en charge car cela conduit à l'épuisement professionnel. (fonction de courtage). De plus, le référent qui a un rôle pivot remplit d'avantage une fonction administrative que clinique.

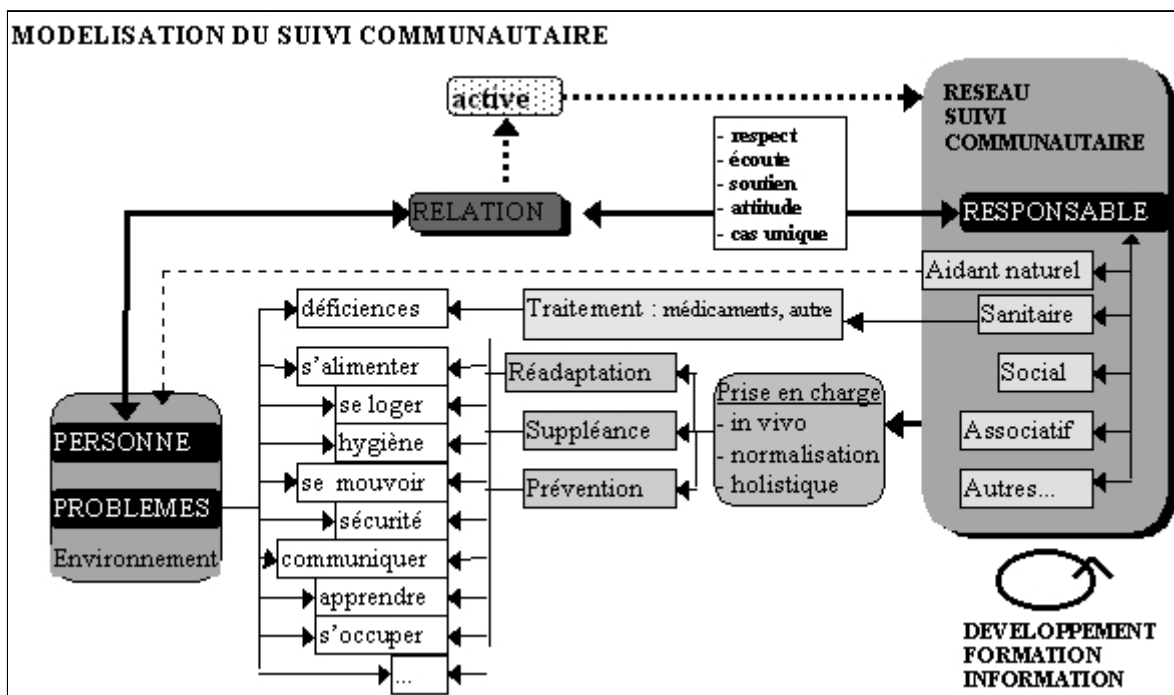
Ce système est intéressant, lorsque le soutien qui doit être apporté à la personne n'est pas intensif.

### PACT [5]

A l'inverse du modèle précédent, la plupart des prestations offertes au client sont données par une équipe pluridisciplinaire, avec une responsabilité collective.

La limite du PACT est essentiellement sa nature coercitive, d'où la nécessité d'asseoir l'intervention en recherchant activement le consentement de la personne.

Ce système permet néanmoins de répondre à une population ayant des besoins importants en matière de prise en charge.



[1] Résumé très synthétique de : Santé mentale au Québec, 1998, XXIII,2 .- Le suivi communautaire

[2] C. RAMEAU : Cadre infirmier Centre hospitalier Laval (France : 53), service du Dr BAIZE

[3] Mario Poirier Birgit Ritzhaupt Suzanne Larose Diane Chartrand .- case management Le modèle de l'Ouest de l'île de Montréal .- Santé mentale au Québec, 1998, XXIII,2 .- pages 93-118

[4] Daniel Gélinas .- points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves .- Santé mentale au Québec, 1998, XXIII,2 .- pages 17-47

[5] Mary Ann Test .- modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes .- santé mentale au Québec, 1998, XXIII, 2 .- pages 119-147