

# La pérennité des services de santé mentale en Angleterre : passé, présent, futur

Peter Ryan

Professeur en santé mentale

XVIIe COLLOQUE DE L'AQRP

Montreal - Québec

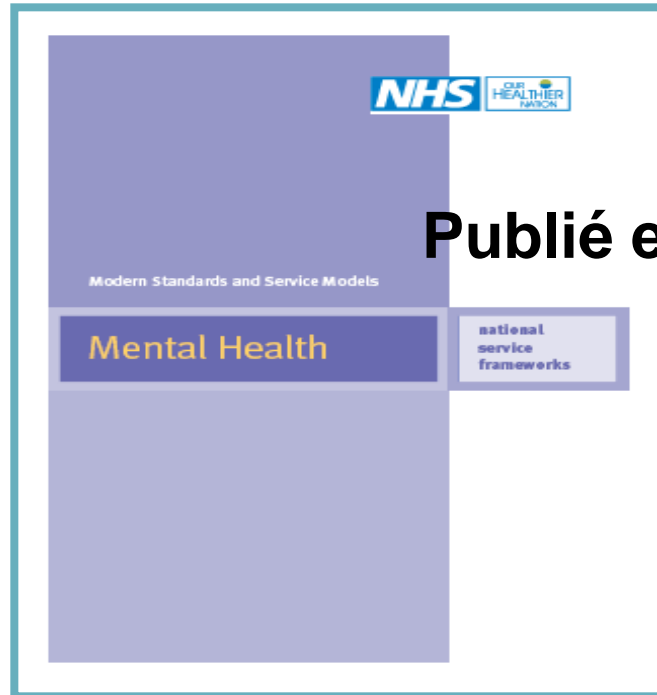
Du 10 au 12 Novembre 2014



# Structure de la présentation

- **Partie 1:** 1997-2005 : Le passé : le Cadre sanitaire national anglais (*NSF = National Service Framework*)
- **Partie 2 :** 2005-2014 : La durabilité : fonctionner avec la dure réalité des coupes budgétaires
- **Partie 3:** 2014 – Le futur : vers la co-production

# Le NSF (national service framework)

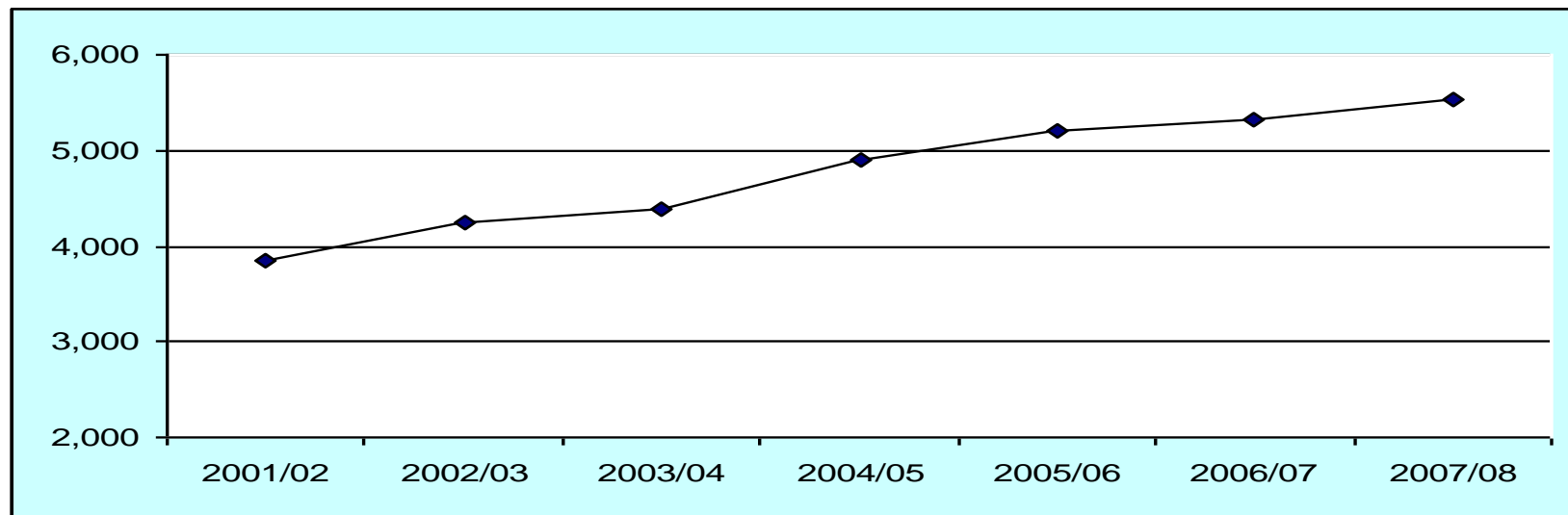


**Publié en 1999**

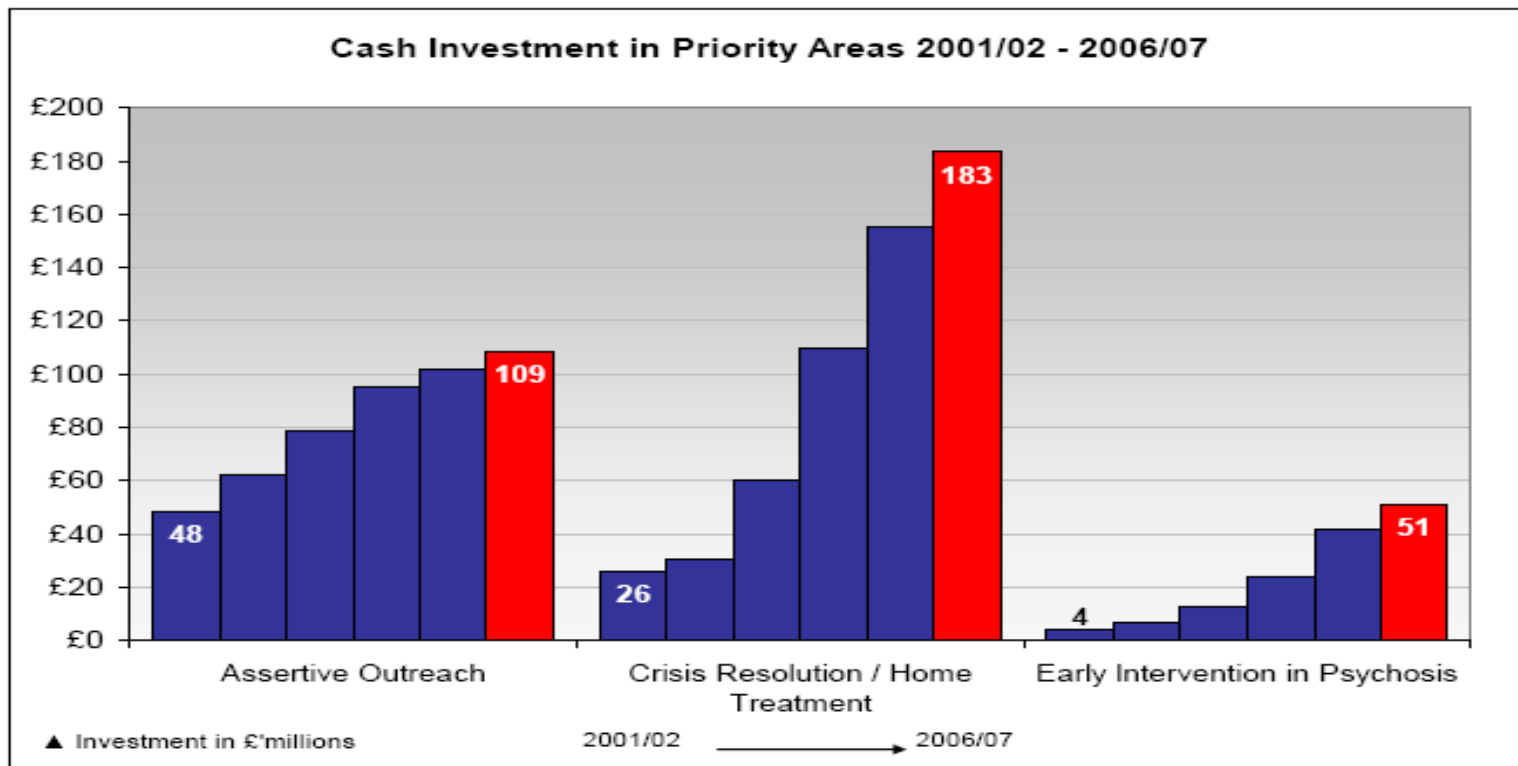
# Les services nationaux de la santé (NHS) : les objectifs du plan (1998 -2005)

- **220 Equipes d'intervention de proximité**
- **335 Equipes de crise/d'intervention à domicile**
- **50 Equipes d'intervention précoce**
  - (développer les équipes nécessaires)

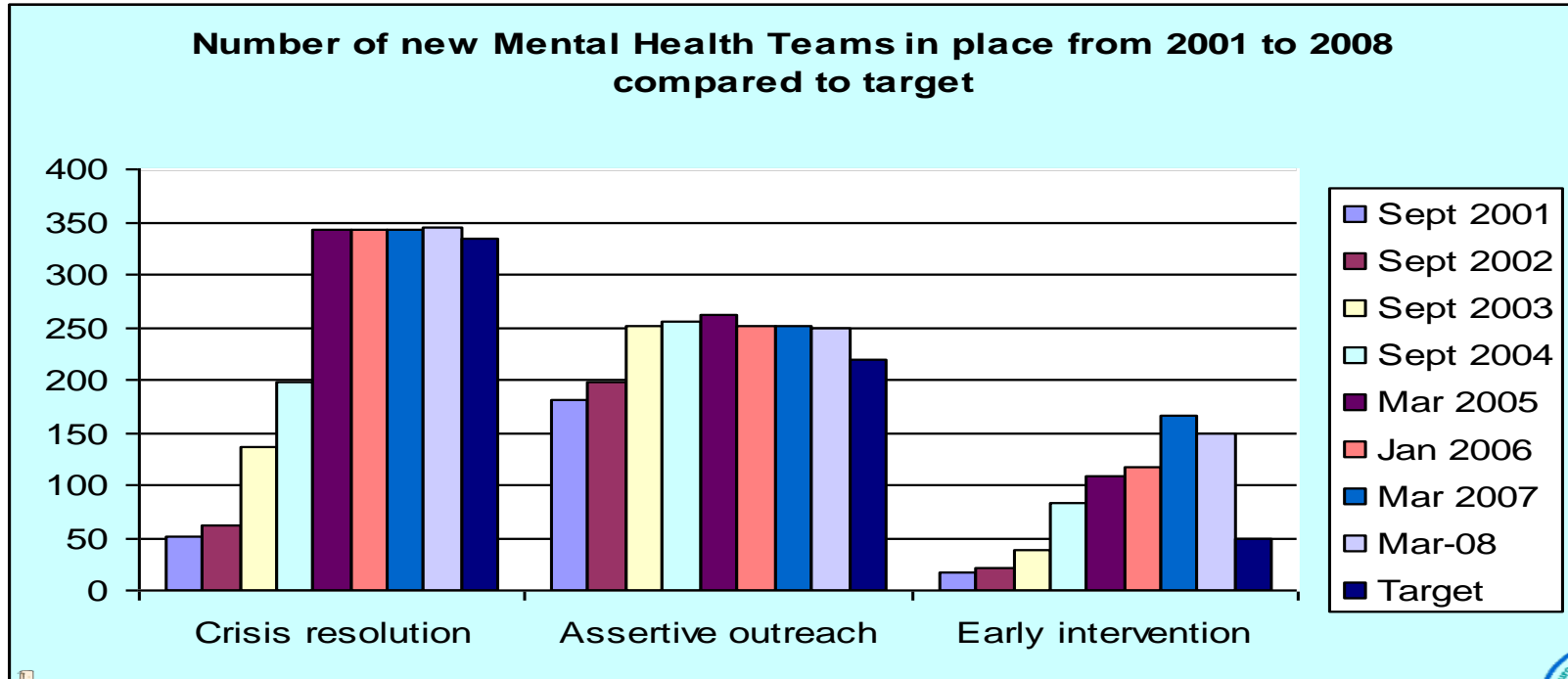
# Investissement dans les services de santé mentale pour adultes (£ millions)



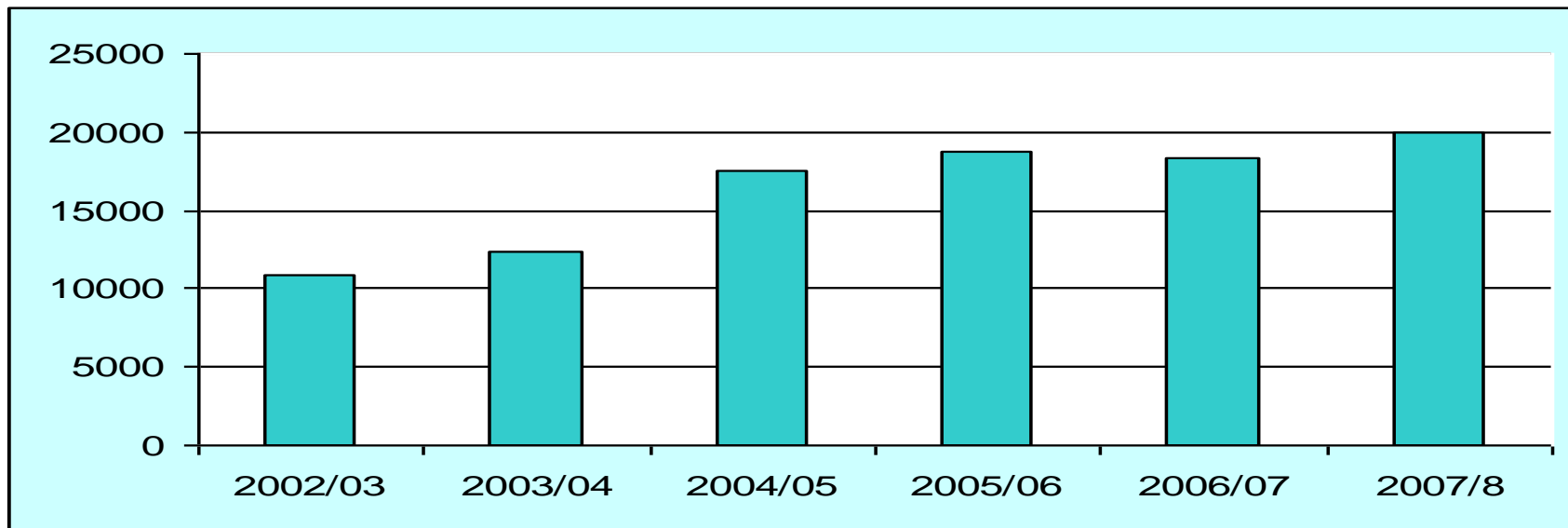
# Investissement du NSF



# Les équipes



# Nombre de personnes concernées par les services de proximité





# Part 2: 2005-2014

## Pérennité ?

A decorative horizontal line consisting of several parallel lines in shades of teal and white, extending across the width of the slide.

# Le contexte

- La crise financière
- Des coupes réelles dans les services de santé mentale depuis 2006 - ‘rationaliser’ l’offre de soins
- Conséquences sociales – santé mentale, chômage, addiction à l’alcool, aux substances (Audit commission, 2009)
- Un hiatus dans le plan national de santé mentale

# Les coupes : 2010-2013

- La BBC exige de la transparence : > 2/3 des agences régionales de santé mentale rapportent une baisse de financement de 2.3% depuis 2011/2012 ; dix agences prévoient des réductions supplémentaires l'année prochaine.
- En réponse à une enquête d'un organisme indépendant, 51 agences régionales de santé mentale annoncent des budgets des équipes de crise qui en diminution en moyenne de 1.7 % par rapport à 2011/12.
- Au même temps, le nombre de recours à ces équipes a augmenté de 16%.

# Assertive outreach: has the tide turned against the approach?



Pioneered in the United States in the 1970s and 1980s, assertive outreach teams came to be seen by policy makers and politicians in this country as a way of ensuring that people with severe and enduring mental health problems received adequate care and support in the community. But,

Optimisme /  
Foi

Doute / Déni

Confirmation

# ACT = Case Management

- ▶ Conçu pour (en GB) : personnes avec des troubles psychiques sévères avec des besoins sociaux élevés et qui n'ont accès à aucune offre de services
- ▶ Buts du case management
  - Accès facilité au service nécessaire et soins coordonnés.
  - Prévention des rechutes
  - Contrôle ou réduction des coûts
- ▶ Activités de case management-
- ▶ Identification, évaluation, planification de service, pilotage, offre de services, advocacy

# ACT = Soins collaboratifs

- Definition- Le planning, les décisions, les objectifs et les responsabilités sont partagés par les personnes qui travaillent ensemble, en toute transparence et coopération
- Caractéristiques majeures
  - Collaboration étroite avec des professionnels de la santé mentale avec les professionnels du sanitaire et social afin de réaliser le plan d'intervention
  - Prise en compte des besoins de l'ensemble de la famille
  - Collaboration multi-disciplinaire

# L'enquête REACT : évaluation randomisée des ACT treatment dans le Nord de Londres

Helen Killaspy, Paul Bebbington, et al BMJ APR 2006

- Pas de ↓ dans l'utilisation de lits d'hospitalisation
- Pas de ↓ dans les coûts ou d'↑ dans le coût/efficacité
- Pas d'↑ des résultats
- MAIS ↑ d'engagement
- ET ↑ de satisfaction

## L'ACT indéniablement en baisse : raisons invoquées lors de situations de fermeture de services :

- des preuves solides que l'ACT ne réduit pas l'utilisation de lits (GB, Killaspy 2006/2009, Glover 2006)
- des résultats mitigés dans des analyses pré-post au niveau local (peu de régions ont recueilli des mesures de routine ou procédé à des évaluations locales)
- l'ACT est plus cher si il ne réduit pas l'utilisation de lits d'hospitalisation.
- On doit faire des économies (récession).



# Grandeur et décadence de l'Assertive Community Treatment (ACT)

Burns T. International Review of Psychiatry April 2010

- Les études RCT ne montrent un effet positif de l'ACT sur l'utilisation de lits que dans les lieux où on faisait de longs séjours
- L'offre de soins de base a, en fait, bénéficié de la recherche intense et du regard critique qui ont accompagné la mise en place de l'ACT
- Avoir une file active moins lourde (ce qui coûte plus cher) n'est pas forcément associée avec une moindre utilisation de lits
- Les apports de l'ACT : les aspects organisationnels tels que les équipes multidisciplinaires, les réunions régulières, les visites à domicile
- Tous ces éléments ne sont plus spécifiques à l'ACT: ils font dorénavant partie des éléments de base des soins communautaires .

# ACT : Une sépulture décente !

- Ce qui est crucial : s'assurer que le démantèlement et l'intégration de l'ACT se fait intelligemment en gardant ce qui était bien dans l'ACT par rapport aux soins de proximité.
- L'équipe de base saura-t-elle fonctionner davantage comme une équipe ACT avec des soins partagés et un niveau élevé de coordination ?

# Partie 3 : Le futur : Vers la co-production

A decorative graphic consisting of a solid teal horizontal bar at the top, followed by a white horizontal bar, and then several thin, parallel horizontal lines in teal and white extending across the width of the slide.

# Du paradigme de la chronicité à celui du rétablissement

- Regrouper les personnes par leur diagnostic ; les « cas » ; personnes regroupées et étiquetées comme « les chroniques »
- Prévisions pessimistes; « il a le cerveau cassé »
- Pathologie / déficit ; focus sur la vulnérabilité, les problèmes
- Modèles fragmentés axés sur le biologique / le psychosocial / l'oppression
- Évaluation des besoins par le professionnel / paternalisme
- Identité unique ; centré sur la personne ; « c'est la personne qui est au centre »
- Espoir ; optimisme réaliste
- Approche basée sur les forces de la personne/ les ressources/ la résilience ; capacités de reprise de pouvoir sur soi
- Approche holistique basée sur le bio-psycho-social-spirituel ; le contexte de vie
- Autodéfinition des besoins et des objectifs / la voix de l'utilisateur / le choix de l'utilisateur / l'auto-détermination

# Changement de paradigme

- Patient / client / consommateur
- Peu de ressources personnelles/ précarité
- Impuissance / passivité / dépendance
- Rôles de la vie ordinaire / rythmes de vie naturels
- Construire ses forces, ses atouts / créer des opportunités
- Auto-efficacité / autosuffisance / confiance en soi

# Les Collèges de rétablissement : les principes

Menés par le *Centre for Mental Health*

- **Espoir** : garantir la possibilité de poursuivre des objectifs et ambitions personnels ;
- **Contrôle** : aider la personne à maintenir un sentiment de contrôle sur sa vie ;
- **Opportunité** : aider la personne à construire sa vie au-delà de la maladie mentale.

# Les collèges de rétablissement : les buts

- Les *Collèges de rétablissement* proposent des programmes d'empowerment et de formation menées par des pairs au sein des services de santé mentale.
- Ils se placent comme n'importe quel autre collège : la formation est vue comme un moyen de rétablissement et non pas comme une thérapie.
- Les cours sont co-conçus et co-menés par des personnes ayant un vécu de la maladie mentale et par des professionnels de la santé mentale.

# Les Collèges de rétablissement (Recovery Colleges)

- En 2013 : six collèges de rétablissement en Angleterre ;
- En plus de proposer de la formation en parallèle au traitement, ils transforment la relation entre les services et ceux qui les utilisent ;
- De nouveaux travailleurs pairs qui intègrent les équipes professionnelles ; les collèges peuvent remplacer certains services existants.



# Vers la co-production

- L'utilisateur est considéré comme un partenaire à plein titre
- L'utilisateur a le droit de choisir son propre parcours de soins, en négociation avec son soignant référent
- Il est vu comme un collaborateur dans la prestation des soins, de l'audit, de la formation, de l'évaluation, des achats

# Vers la co-production

- 'une manière potentiellement transformatrice de penser le pouvoir, les ressources, les partenariats, les risques et les résultats, pas un modèle « Prêt à porter » de la prestation de services ni une solution unique magique. » (Needham & Carr 2009 p.1)
- La co-production : « un modèle où les connaissances du professionnel deviennent un « catalyseur d'empowerment »

# Les indicateurs de la co-production: 3 niveaux

Crepaz-Quay 2014

- **Individuel**

- Les objectifs des traitements / des services sont fixés conjointement par le professionnel et l'utilisateur

- **Opérationnel**

- Les utilisateurs proposent de la formation en partenariat avec les professionnels
- Les utilisateurs contribuent aux formations menées par les professionnels
- Les utilisateurs contribuent à la production de l'information officielle
- Le service a une réunion régulière à laquelle les utilisateurs peuvent assister et s'impliquer

- **Stratégique**

- De nouveaux services sont conçus ou coproduits par les utilisateurs et les professionnels conjointement
- Des utilisateurs siègent au conseil d'administration

# Centre de Co-production



- Donner un cadre général pour les réseaux, les personnes et les organisations engagés dans le développement et la promotion de la co-production
- Proposer une ressource nationale, régionale et locale de consultation, de recherche et de formation favorisant l'application et l'évaluation des principes et des pratiques de co-production
- Proposer des possibilités de croissance et de développement personnels, de sorte que l'utilisateur est considéré comme un actif, pas comme une charge dans un système surchargé

# Durabilité ? : Le Programme d'empowerment

## Plusieurs résultats attendus :

- Réduire le nombre de lits
- Réduire le nombre d'admissions
- Davantage d'usagers qui complètent le parcours de soins dans un temps plus court
- L'empowerment de l'utilisateur tout au long de son parcours de rétablissement
- Réduire le nombre d'usagers ayant, à un moment donné, un parcours de soins coordonné (suivant le modèle développé dans l'approche ACT)
- L'empowerment dès le premier contact avec le nouvel arrivant
- L'organisation a une bonne réputation
- De bons retours de la part du personnel soignant et des personnes accédant au programme

# 10 Défis majeurs

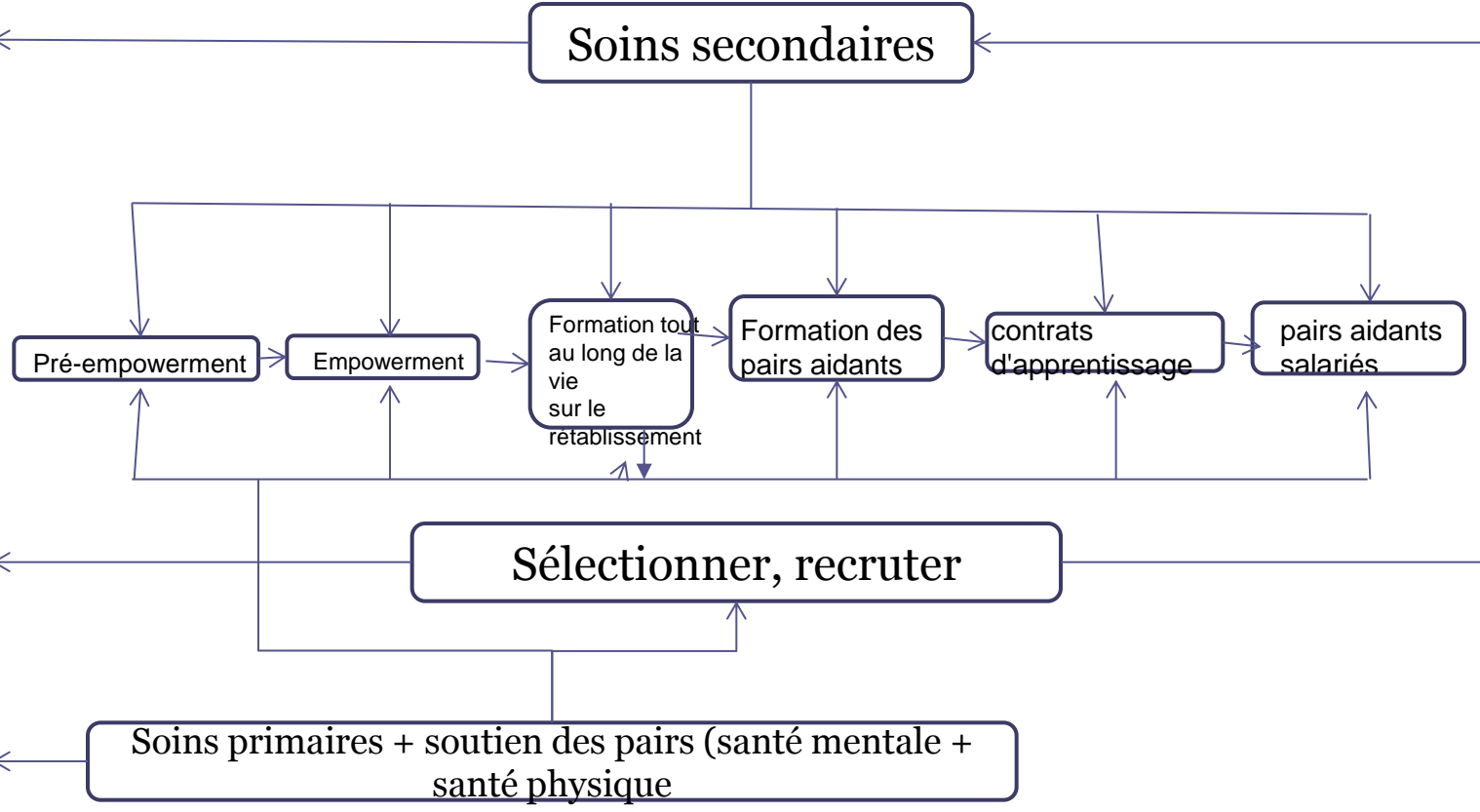
## L'empowerment au BEHMHT

Nous fondons notre transformations sur ces 10 défis et sommes liés à imROC afin d'être en relation avec d'autres organisations qui travaillent également à la mise en oeuvre de ce modèle

No.	Challenge
1	Changer la manière d'interagir au niveau quotidien, changer la qualité de l'expérience
2	Proposer des programmes de formation conduits par des usagers
3	Créer un "Centre de formation sur le rétablissement en santé mentale" pour catapulter les programmes vers l'avant
4	Assurer un engagement au niveau de l'organisation, créer une culture "commune"
5	Augmenter la personnalisation et les choix
6	Transformer notre manière d'évaluer et d'aborder le risque
7	Redéfinir la participation des usagers
8	Transformer le monde du travail
9	Soutenir le personnel dans leur "voyage" vers le rétablissement
10	Augmenter les opportunités de construire une vie au-delà de la maladie

Adapted from [Implementing Recovery: A new framework for organisational change](#) Boardman, J and Shepherd, G. (2009) Centre for Mental Health

**Autres services communautaires**



**Activation des patients (PAM)**

**Co-production**

# Un modèle dynamique du bien-être

