

# **L'OUTREACH EN SANTÉ MENTALE**

## **Services de santé mentale de proximité**

# **DOCUMENT DE TRAVAIL**

---

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec**

Produit par :

Mélissa Descôteaux, TS, chef d'équipe, équipe itinérance Trois-Rivières,  
Pascal Lavoie, ps.ed. SAC, SIM Victoriaville,  
Karine St-Jean, ps.ed. SAC, équipe FACT Nicolet

Avec la participation de :

Josée Cossette, ps.ed. SAC, SIV Shawinigan/Vallée-de-la-Batiscan  
Josée Arcand, inf., ASI par intérim SIM Shawinigan.

Collaboration spéciale de :

Sarah Laurendeau, étudiante à la Maîtrise en travail social  
Annie Hamelin, Chef de service | Santé mentale de proximité zone sud –  
Victoriaville

Date de production : 21 février 2019

## Table des matières

<b>1. PRÉAMBULE</b> .....	3
<b>2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX</b> .....	3
<b>3. DÉFINITION</b> .....	3
<b>4. DÉPLOIEMENT</b> .....	4
<b>5. SERVICE RÉGIONAL INFO-SANTÉ/INFO-SOCIAL (SRISIS)</b> .....	5
<b>6. GASMA - AAOR</b> .....	8
<b>7. ACTUALISATION DE L'OUTREACH</b> .....	9
<b>8. RÔLES ET APTITUDES DE L'INTERVENANT</b> .....	9
<b>9. L'OUTREACH ET LE CLIENT IMPARFAIT</b> .....	10
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	11
<b>ANNEXE 1</b> .....	12
Déploiement de l'offre de services .....	12
<b>ANNEXE 2</b> .....	13
Grille de suivi du déploiement outreach .....	13
<b>ANNEXE 3</b> .....	14
Le processus de l'outreach par l'intervenant du réseau comme pivot à un organisme de la communauté .....	14
<b>ANNEXE 4</b> .....	15
Le processus de l'outreach fait par l'intervenant du réseau .....	15
<b>ANNEXE 5</b> .....	16
L'anosognosie en santé mentale.....	16
<b>ANNEXE 6</b> .....	20
Outreach et confidentialité.....	20
<b>ANNEXE 7</b> .....	21
Outreach et saisie statistique I-CLSC .....	21

## 1. PRÉAMBULE

Depuis la fin de la désinstitutionnalisation, les services offerts aux gens avec un trouble grave en santé mentale se sont transposés dans la communauté. Bien qu'une majorité de personnes reçoivent des soins de proximité selon la nature de leurs besoins et de leurs problématiques, une partie de ces gens ne sont pas rattachés à des soins pour quelles que raisons que ce soient.

L'outreach est un changement de pratique, dont les intervenants ont avantage à mettre à profit afin de recruter des personnes qui ne demandent pas de service, mais dont le besoin est bel et bien réel.

Par conséquent, l'intervenant doit s'allier avec les acteurs de la communauté (ex : municipalités, policiers, prêtres, Office municipal d'habitation) et développer des partenariats. Les ressources communautaires offrant des services, tels que les refuges de nuits, les soupes populaires et les centres de jour sont des endroits propices à la création de liens significatifs en vue d'intégrer de futures personnes pouvant bénéficier de soins. Cependant, un certain nombre de ces personnes, parmi les plus malades, ne fréquentent aucune de ces ressources. Dans ces cas, c'est principalement dans divers lieux publics (rues, parcs, aires ouvertes des centres commerciaux, cours arrières des domiciles privés, stationnements extérieurs, etc.) que l'outreach se pratique.

«Donc, la pratique de l'équipe (NDLR : équipes santé mentale de proximité – équipes itinérance) s'enrichit des nombreux contacts et échanges avec nos partenaires. Ces derniers sont issus du milieu communautaire et du réseau public, ou encore, du secteur privé. [...] Ces nombreux partenaires sont essentiels à la pratique outreach. Ils sont des témoins privilégiés: leurs observations sont précieuses et souvent déterminantes dans la façon dont nous aborderons une personne tout au long de notre intervention» (*Denoncourt, Désilets, Plante et al., 2000*).

## 2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

L'objectif premier de l'outreach est d'entrer en lien la personne atteinte d'un trouble grave en santé mentale (schizophrénie, trouble bipolaire, avec ou sans diagnostic confirmé) répondant aux différents critères du suivi intensif dans le milieu (SIM) et du suivi d'intensité variable (SIV). Comme le mentionnent Denoncourt, Désilets, Plante et al. : «La caractéristique commune de toutes ces personnes est qu'en raison de problèmes de santé mentale graves, de difficultés majeures d'adaptation, de stratégies de survie inefficaces, de comportements inacceptables et d'incompatibilité avec les critères des différents services, ces personnes ont difficilement accès aux services de santé et de services sociaux.» Par conséquent, le second objectif est de permettre à ces individus d'accéder au continuum de services en santé mentale en utilisant des interventions créatives et non traditionnelles.

## 3. DÉFINITION

C'est dans cette optique que nous pouvons offrir une définition simple de ce qu'est l'outreach de façon générale. **L'outreach en santé mentale est défini comme la recherche de la clientèle en dehors du processus d'une trajectoire formelle de demande de services. La recherche d'une personne ayant fait l'objet d'une demande de services, mais avec laquelle la prise de contact est difficile, est appelé *inreach*.** Plus spécifiquement et concrètement, l'intervenant est appelé à aller à la rencontre dans la communauté (organismes communautaires, parcs, aires

communes de centre d'achat, etc.) des personnes n'ayant pas accès aux différents services en santé mentale par les approches traditionnelles.

#### 4. DÉPLOIEMENT

Pour que l'outreach soit efficace, l'organisation du déploiement de cette pratique se doit d'être portée par l'ensemble des paliers du réseau public et communautaire. Une action concertée par les différents niveaux de hiérarchie est essentielle pour expliquer le processus et permettre une compréhension commune du travail outreach. (Voir annexe 1).

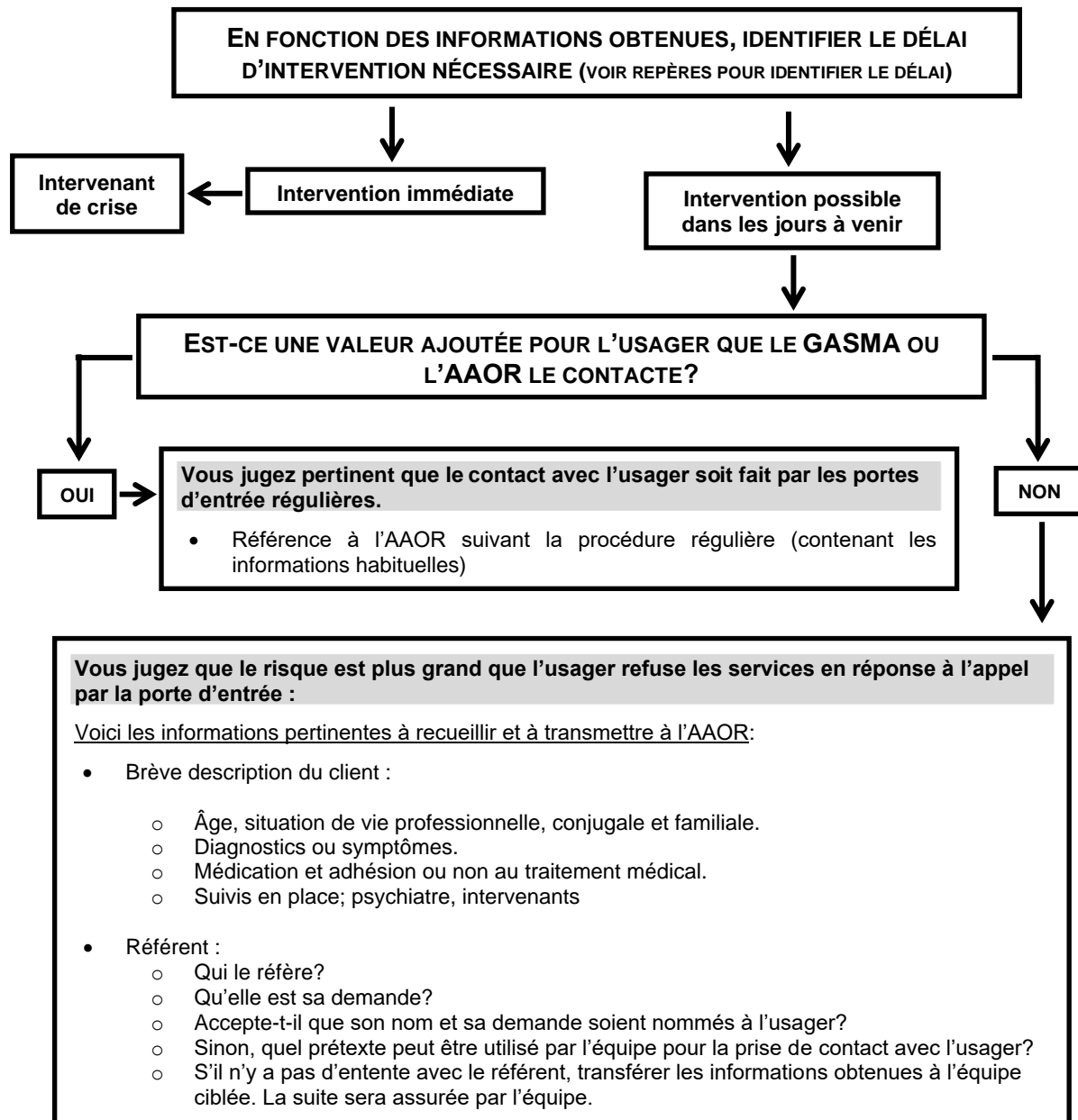
Le tableau ci-dessous présente les rôles de chacune des instances du réseau qui participent au déploiement. Une grille de suivi du déploiement outreach est proposée en annexe 2.

##### RÔLES DE CHACUN DANS LE DÉPLOIEMENT DE L'OUTREACH

<b>Chef de service</b>	<b>Chef d'équipe</b>	<b>GASMA- AAOR</b>	<b>Intervenants SIV-SIM</b>
Propose et explique aux partenaires siégeant sur les différentes tables ou comités de concertation le service outreach.	Présente le cadre de référence à l'équipe.	Dresse la liste (avec le chef d'équipe SIV-SIM-FACT) des partenaires déjà rencontrés dans le passé (état de situation).	Dresse la liste (avec le chef d'équipe) des organismes, partenaires, endroits déjà rencontrés dans le passé (état de situation).
Cible les ressources intéressées à avoir une présentation des services et avise le chef d'équipe.	Dresse la liste (avec les intervenants) des organismes, partenaires, endroits pouvant être des référents.	Dresse la liste (avec le chef d'équipe SIV-SIM-FACT) des partenaires pouvant être des référents.	Dresse la liste (avec le chef d'équipe) des organismes, partenaires, endroits pouvant être des référents.
	Départager entre les équipes SIM-SIV-PEP (s'il y a lieu) les organismes ciblés.		
	Assure le « pairage » (avec les intervenants) intervenant- ressource et se mettre en lien avec les équipes itinérances s'il y a lieu.	Présentation des services aux organismes identifiés (avec le chef d'équipe).	Présentation des services aux organismes identifiés (avec le chef d'équipe).
	Présentation des services aux organismes identifiés (avec l'intervenant « jumelé »).	Indique dans le rapport d'état toutes démarches outreach.	Retourne dans les organismes jumelés aux 2 à 3 semaines.
	Indique dans le rapport d'état les démarches outreach.		Indique dans le rapport d'état toutes démarches outreach.

## 5. SERVICE RÉGIONAL INFO-SANTÉ/INFO-SOCIAL (SRISIS)

Il se peut qu'info-social soit contacté par un référent (partenaires de la communauté, proches, etc.) qui demande de l'aide pour un usager présentant un trouble de santé mentale grave ou des symptômes faisant penser à un trouble de santé mentale grave. Voici un graphique résumant les étapes pour les intervenants pouvant recevoir de tels appels.



## PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE VISÉE

\*\* Accumulation de plusieurs éléments afin de déterminer l'orientation vers ce service

<b>** L'USAGER DOIT RÉPONDRE À L'UN DES 2 CRITÈRES SUIVANTS :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Présence d'un diagnostic de trouble mental grave :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles psychotiques / spectre de la schizophrénie;</li> <li>- Troubles de l'humeur;</li> <li>- Troubles anxieux sévères (T.O.C., état de stress post-traumatique, etc.).</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center; margin: 10px 0;"><b>OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En l'absence de diagnostic :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptômes s'apparentant à un trouble mental grave.</li> </ul> </li> </ul>		
<b>** L'USAGER DOIT PRÉSENTER L'UN OU PLUSIEURS DES CRITÈRES SUIVANTS</b>		
<b>Usager présentant des déficits fonctionnels (expliqués par le trouble de santé mentale) et un besoin de réadaptation devant être offert dans la communauté au niveau des sphères suivantes :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités de la vie quotidienne et domestique (soins et hygiène personnels, ménage, épicerie/courses, cuisine, entretien des vêtements, alimentation, transport et organisation des soins médicaux, etc.);</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien d'un réseau de soutien (instabilité résidentielle, fardeau familial, absence de soutien social, non utilisation ou absence de ressources, etc.);</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportement social (isolement, conflits, difficultés d'intégration sociale, etc.);</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités significatives (emploi du temps, loisirs, occupations du temps, etc.).</li> </ul>		
<b>Usager présentant le profil suivant :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réfractaire aux approches et traitements habituels ou proposés (médication, thérapies, etc.);</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu mobilisé aux changements (symptômes négatifs, difficulté à se mettre en action);</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-observance à la médication;</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-observance aux traitements;</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalisations et consultations médicales fréquentes/urgence/ hospitalisations prolongées;</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-observance aux rendez-vous;</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problématiques associées : toxicomanie, judiciarisation / commission d'examen des troubles mentaux, itinérance.</li> </ul>		

*Document de travail fait par Marie-Andrée Boudreau, chef d'équipe FACT*

*Basé sur les documents « grille aide-mémoire pour les services SIM-SIV, CIUSSS MCQ » et « Modèle FACT, formation de base, CNESM- 2017 ».*

*Modifié par Karine St-Jean, chef d'équipe FACT par intérim, 2018-11-05*

## REPÈRES POUR IDENTIFIER LE DÉLAI D'INTERVENTION NÉCESSAIRE

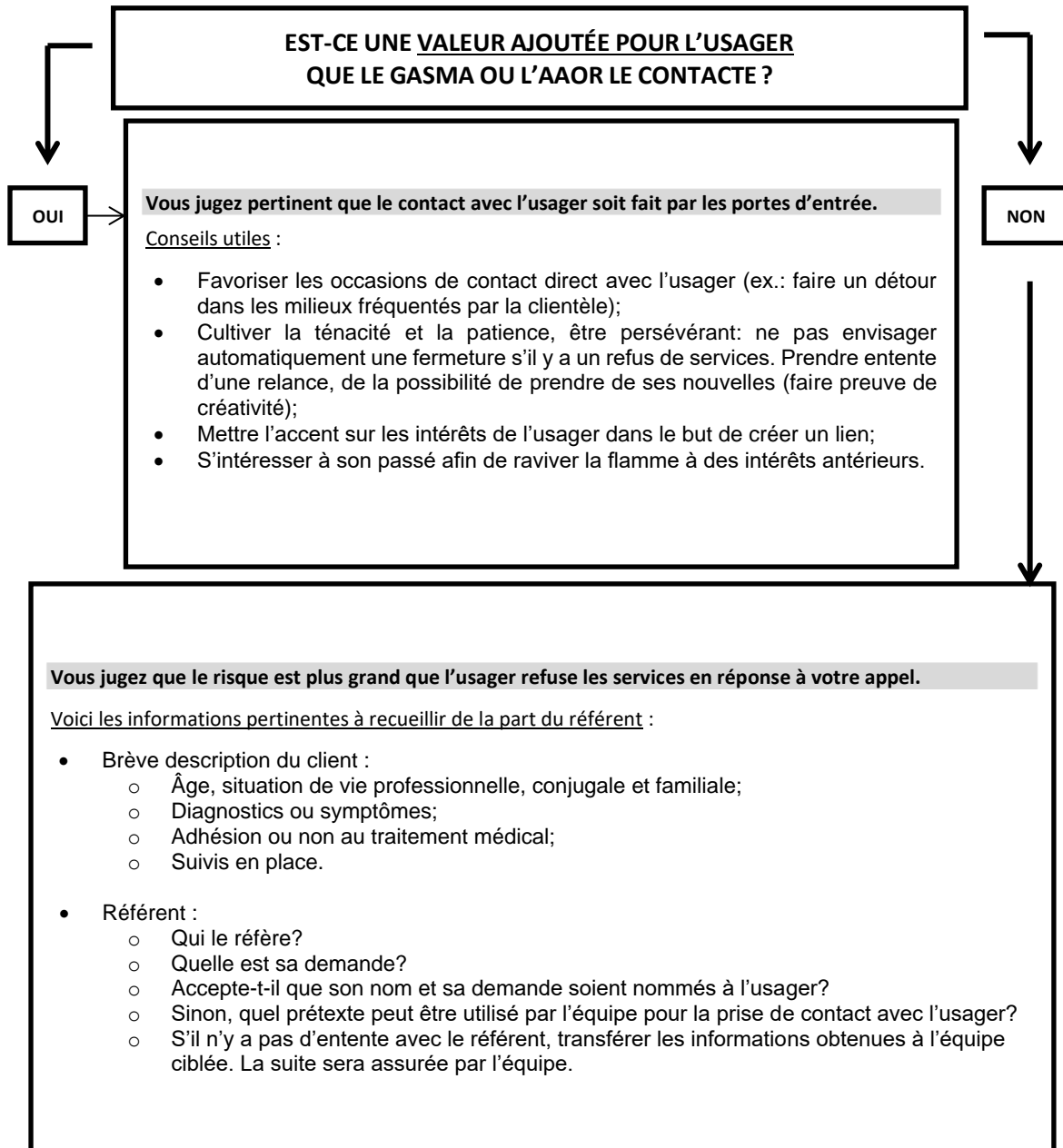
Inspiré de la « Grille de priorisation multi clientèle des demandes de services en CLSC- MSSS 2019 »

En plus des critères habituels pour déterminer une sortie-terrain ainsi que votre jugement clinique, voici certains repères pouvant aider à la prise de décision.

Délai d'intervention nécessaire	Immédiat ou à l'intérieur de 3 jours		4 jours et plus	
<b>Niveau de risque et d'urgence</b>	Présence d'un danger imminent pour l'intégrité, la santé, la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille), ou le maintien à domicile est compromis si les besoins ne sont pas répondus.		Présence de risque d'atteinte à l'intégrité, la santé, la sécurité de la personne et/ou de ses proches (famille), ou le maintien à domicile est compromis si aucune intervention n'est faite à court terme ou moyen terme.	
<b>Problématique</b> <i>(Risque lié à l'intégrité et la sécurité de la personne et/ou de son réseau)</i>	Usager ou autrui	Milieu	Usager ou autrui	Milieu
	Présente un danger imminent, de : blessures graves, violence, homicide, suicide, feu, fugue, sans domicile, décompensation, détérioration de l'état de santé, etc.	Risque imminent d'hospitalisation, d'hébergement ou de placement.	Présente de facteurs aggravants ou de risques de détérioration de la situation ou de l'état de santé à court ou moyen terme.	Risque d'hospitalisation, d'hébergement ou de placement à court terme Ou Réponse aux besoins, pas de compromission imminente
<b>Vulnérabilité</b> <i>(Tenir compte de l'âge, des facteurs de risque et du portrait clinique)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>État dysfonctionnel dans de multiples sphères de vie;</li> <li>Situation critique actuelle ou imminente;</li> <li>État de santé instable ou en décompensation nécessitant une intervention dans les 72 heures;</li> <li>Besoins fondamentaux et développement compromis chez les usagers de 18 ans et plus;</li> <li>Santé et sécurité compromises chez les usagers de 18 ans et plus.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>État fonctionnel limité dans plusieurs sphères de vie ou état fonctionnel qui devient limité;</li> <li>Situation de crise potentielle;</li> <li>Éléments de vulnérabilité pouvant compromettre la santé ou la sécurité chez les usagers de 18 ans et plus;</li> <li>Comportements à risque;</li> <li>État de santé à risque de se détériorer si aucune intervention n'est faite d'ici les 14 à 30 prochains jours.</li> </ul>	
<b>État des ressources et présence de facteurs de protection</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réseau inexistant, problématique ou nuisible;</li> <li>Absence de facteurs de protection;</li> <li>Absence de ressource/aucune ressource financière pouvant compenser les incapacités;</li> <li>Planification d'une sortie d'un centre hospitalier;</li> <li>Risque d'expulsion;</li> <li>Réseau familial non fonctionnel.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Réseau d'aide limité, problématique, insuffisant, épuisé ou à risque d'épuisement;</li> <li>Peu ou pas de facteurs de protection;</li> <li>Difficultés d'accès aux ressources;</li> <li>Ressources financières limitées;</li> <li>Réseau familial vulnérable ou présentant des éléments de fragilité.</li> </ul>	

## 6. GASMA - AAOR

Il se peut que les portes d'entrée soient contactées par un référent (partenaires de la communauté, proches, etc.) qui demande de l'aide pour un usager présentant un trouble de santé mentale grave ou des symptômes faisant penser à un trouble de santé mentale grave. Voici un graphique résumant les étapes pour les intervenants pouvant recevoir de telles demandes.





## 7. ACTUALISATION DE L'OUTREACH

La démarche de l'outreach se traduit, dans un premier temps, à travers les organismes du milieu. Les différents intervenants des ressources identifient des usagers présentant un profil correspondant aux différents critères du SIM ou du SIV et assurent le lien avec les intervenants de ces services. Souvent, une co-intervention peut s'avérer bénéfique à la relation et au suivi (voir annexe 3). Dans un deuxième temps, l'intervenant se doit d'être attentif dans sa recherche personnelle de clients potentiels. Ainsi «s'il est facile de remarquer les personnes psychotiques présentant de nombreux symptômes positifs, il en est autrement des personnes repliées sur elles-mêmes, isolées, présentant des symptômes négatifs. Ces dernières peuvent facilement passer inaperçues pendant des mois, voire des années, d'autant plus qu'elles ne sont pas *dérangantes*» (Denoncourt, Désilets, Plante et al., 2000). (Voir annexe 4).

Donc, l'outreach se fait de deux façons distinctes : soit par l'entremise des différents organismes de la communauté et par l'initiative professionnelle de l'intervenant dans l'exercice de sa profession. Dans le premier cas, il importe de tenir compte de la notion de « double client », soit le fait d'entretenir à la fois une relation significative avec la personne usagère, mais également avec le partenaire de services. Selon la recension de certains écrits, les équipes gagneraient à collaborer avec les différents organismes, en instaurant un intervenant du réseau comme pivot.

## 8. RÔLES ET APTITUDES DE L'INTERVENANT

Des intervenants réalisant de l'outreach auprès d'une personne doivent être en mesure de tolérer une certaine zone d'inconfort et d'ambiguïté. Une grande part d'improvisation est normale, et souvent essentielle, en étant en contact avec cette clientèle. Pour les personnes atteintes d'un trouble mental grave, cette part d'improvisation est beaucoup plus grande considérant qu'elles sont souvent non médicamenteuses ou qu'elles prennent de façon erratique la médication. Par conséquent, nous nous retrouvons avec un individu symptomatique, aux comportements et discours désorganisés.

Dans cette optique, l'intervenant ne doit pas essayer de confronter la psychose du client avec la réalité. Il se doit de développer la capacité de « parler psychotique ». Il faut accepter de se laisser porter dans le délire de la personne sans pour autant l'alimenter. N'oublions jamais que le discours irrationnel de l'individu a du sens pour lui et que de se réfugier un peu avec lui dans ses symptômes peut être une forme d'acceptation, de non-jugement et d'accompagnement.

Il peut être confrontant pour un intervenant axé sur la tâche de se centrer seulement sur le lien à développer avec la personne, mais l'enjeu est primordial et essentiel afin de tisser une relation de confiance.

Le tableau à la page suivante présente un récapitulatif du rôle de l'intervenant en situation d'outreach, dont la finalité est l'établissement d'un lien de confiance significatif et une amélioration de sa situation globale.

<b>Rôle de l'intervenant</b>	
Répondre aux besoins de bases (nourriture, logement, vêtements).	Utiliser des activités pour prendre contact avec la personne (café, marche).
Répondre aux besoins ponctuels de la personne.	Prendre un pas de recul pour voir ce qui fonctionne bien ou non.
Prendre le temps de connaître la personne, contacts informels.	Promouvoir l'autonomie de la personne malgré le désir de l'intervenant d'accompagner.
Utiliser l'approche centrée sur les forces.	Instaurer un cadre et des limites en lien avec le service.
S'associer avec les partenaires pour donner confiance à la personne.	Exercer la défense de droits.
Susciter l'espoir de l'utilisateur en respectant le rythme de celui-ci, peu importe le temps requis.	Faire attention aux signes et symptômes (repli, isolement qu'on tend à oublier).
Ne pas être trop demandant vs les progrès de l'utilisateur. La tolérance à l'ambivalence vs l'acceptation des services est importante.	Anticiper et prévoir les situations de crise.
Se rendre dans un endroit non menaçant pour la personne, connue par elle, bien que non traditionnel pour les intervenants.	Selon le contexte, établir la gestion de la médication.

## 9. L'OUTREACH ET LE CLIENT IMPARFAIT

En conclusion, pour pratiquer l'outreach, l'intervenant se doit d'avoir l'esprit ouvert, être humble, disponible, empathique, d'accepter les refus sans pour autant lâcher prise et d'avoir de la souplesse afin d'adapter le cadre de l'intervention aux besoins de la personne. L'entretien de la relation est d'ailleurs un principe clé de cette méthode d'intervention. C'est un processus qui requiert de la sensibilité au vécu de la personne et qui se construit sur plusieurs mois, voire années (Ng & Mcquistion, 2004).

De plus, l'outreach se fait dans un esprit totalement à l'inverse du client parfait et volontaire que l'on souhaite. « Nombreux sont les intervenants qui souhaitent que les clients respectent les règles assez strictes d'un suivi psychiatrique ou communautaire [...] Alors qu'on nous rappelle constamment de respecter les différences, il est curieux de constater à quel point le patient observant fait encore rêver bien des soignants. Cette rigidité cautionne l'abandon des clients qualifiés de difficiles et contribue à augmenter le nombre d'exclus des services de santé. » (Amador & Anthony, 2005). Il est également à noter que **la présence d'un refus n'exclut pas l'absence de besoins** et que **le volontariat de l'individu peut se présenter à divers degrés**.

Effectivement, la demande d'aide se manifeste parfois par de l'ambivalence ou du déni. Dr. Xavier Amador résume bien cet aspect particulier : « ce que nous constatons chez nos patients souffrants de schizophrénie était en réalité la conséquence d'un dysfonctionnement cérébral plutôt que de l'entêtement, d'un mécanisme de défense ou leur ignorance sur la maladie mentale en général. Le circuit cérébral responsable de l'enregistrement et de la mise à jour de la représentation de soi ne fonctionne pas correctement chez de tels patients. En effet, le refus de reconnaître d'être atteint d'un trouble mental grave est lié à des dommages au cerveau, plus spécifiquement le lobe frontal » (Amador & Anthony, 2005). Dr Xavier Amador s'est intéressé au trouble de l'anosognosie en santé mentale. Un résumé des écrits ainsi que des pistes d'intervention se retrouvent à l'annexe 5.

De surcroît, il est impératif de faire preuve de patience, d'avoir des attentes réalistes face aux résultats, de sorte que l'on n'exige pas davantage de l'utilisateur que l'intervenant n'exige lui-même dans sa vie personnelle (Aubin, Abdel-Baki, Baret et al., 2012).

## BIBLIOGRAPHIE

Amador, Xavier F. & Anthony S. David. (2005). *Insight and Psychosis*. Oxford University Press.

Amador, Xavier F. (2007). *Comment faire accepter son traitement au malade: schizophrénie & troubles bipolaires*. Traduit par: P. Klotz et Y. Hodé. RETZ.

American Psychiatric Association (2015). *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5e édition (DSM-5)*. Traduit par M-C Crocq et J.D. Guelfi. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Aubin, D., Abdel-Baki, A., Baret, C., Cadieux, C., Glaize, A., Hill, T., Lafortune, D., Létourneau, P., Monast, D. & Tiberghien, C. (2012). *Des rencontres de proximité: le prendre soin de soi des intervenants au cœur de l'intervention solidaire pour joindre les jeunes en marge: deuxième partie*. *Santé mentale au Québec*, 37(1), 13-30.

Boisvert, M., *Accompagner les intervenants du programme de soutien d'intensité variable dans la mise en place de stratégie basées sur la pratique outreach, thèse de Maîtrise, Psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières, Avril 2018, 95 p.*

Denoncourt, Désilets, Plante, Laplante, Choquet. (2000). *La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités, contraintes*. *Santé mentale au Québec*, vol. 25, no 2, 2000, p. 179-194.

Farrell, S.J., Huff, J., MacDonald, S.A., Middlebro, A., & Walsh, S. (2005). *Taking it to the street: a psychiatric outreach service in Canada*. *Community Mental Health Journal*, 41(6), 737-746.

Hayes, Myriam (2015). *L'anosognosie chez la personne atteinte d'un trouble mental grave : comment faire pour mieux la soutenir et l'accompagner sur la voie du rétablissement ?*, CNESM.

Hurtubise & Babin. (2010). *Les Équipes itinérances en santé. Description des pratiques innovantes. Le défi de la construction du lien et de sa fragilité: un travail de longue haleine*. <http://www.cremis.ca/sites/default/files/pdf/Recit-B.pdf>

Hurtubise & Rose. (2013). *Récit de pratique en itinérance. Projet chez soi. Prendre la parole au sérieux à travers le délire et saisir la balle au bond: une histoire de futon*. <http://www.cremis.ca/sites/default/files/pdf/Recit-5.pdf>

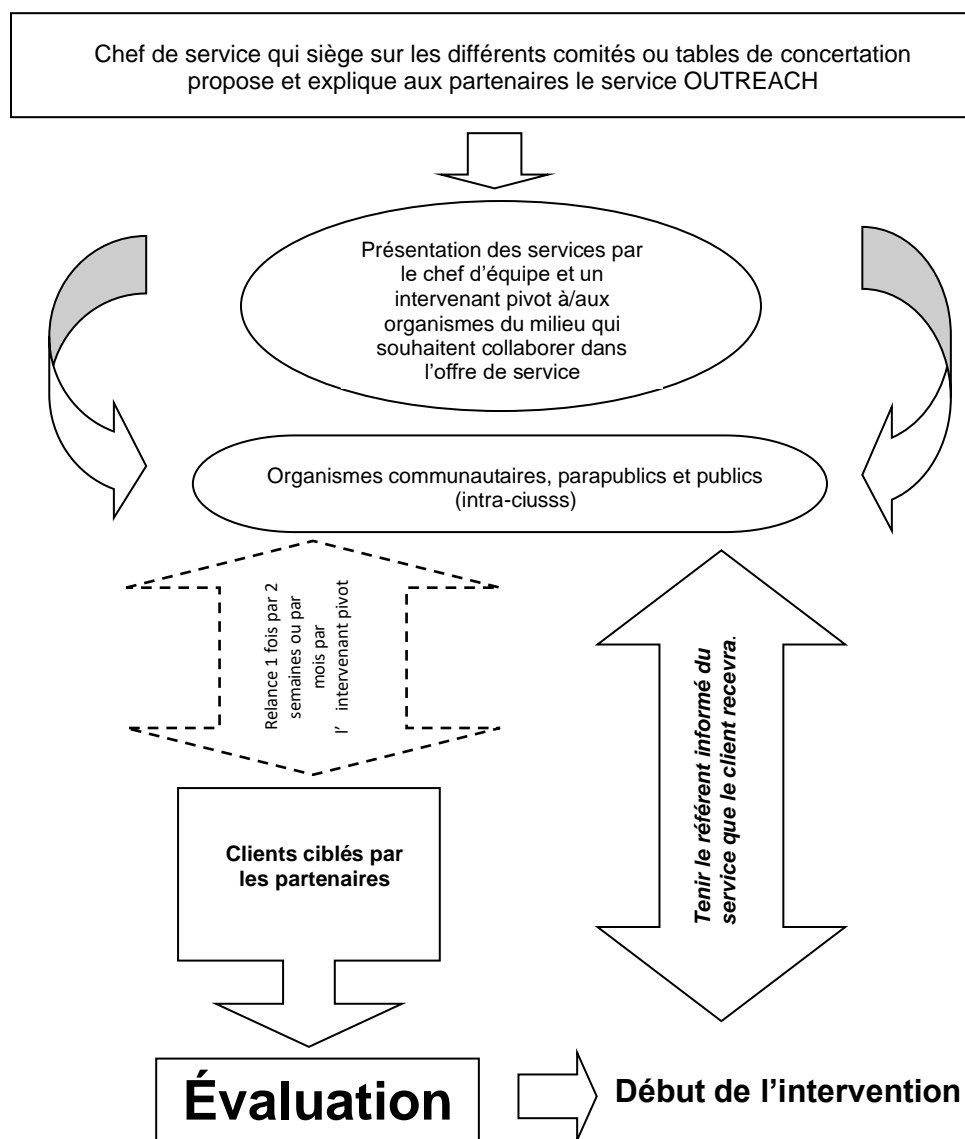
Ng. & Mcquistion. (2004). *Outreach to the Homeless: Craft, science and Future Implications*. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(2), 95-105.

Tsemberis, & Efenbein. (1999). *A perspective on voluntary and Involuntary Outreach Services for the Homeless Mentally I11*. *New Directions for Mental Health Services*, 82, 9-19.

# ANNEXE 1

## Déploiement de l'offre de services

Pratique de l'outreach (Boisvert, 2018)	
Recrutement (Outreach)	Engagement (Inreach)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aller vers les personnes dans le besoin, même si elles se montrent réticentes;</li> <li>• Privilégier les contacts avec les partenaires dans la communauté;</li> <li>• Tisser des liens avec les partenaires de la communauté travaillant auprès des gens présentant des TMG;</li> <li>• L'intervenant doit se rendre visible et accessible pour pouvoir établir des rapports de collaboration.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorité : développer l'alliance thérapeutique;</li> <li>• Travailler en partenariat avec le client, ne pas se positionner en expert;</li> <li>• Adapter les services aux besoins des usagers;</li> <li>• Considérer les forces et le potentiel de rétablissement des usagers;</li> <li>• Mettre l'accent sur les intérêts du client, ses aspirations, ses ressources personnelles;</li> <li>• Pratiquer l'entretien motivationnel pour accompagner le client dans le processus de changement.</li> </ul>



## ANNEXE 2

### Grille de suivi du déploiement outreach

Partenaires ciblés	Rejoint	Ce qui a été fait	Ce qui est à faire	Service - intervenant	Quand ?
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

## ANNEXE 3

### Le processus de l'outreach par l'intervenant du réseau comme pivot à un organisme de la communauté

#### Le partenariat et l'arrimage

Le but souhaité est que des organismes collaborent avec les intervenants du réseau afin d'entrer en lien avec la clientèle à référer. Des explications doivent être fournies afin que les organismes soient au fait de ce qui est attendu d'eux et d'établir le champ d'action et les limites de celui-ci. C'est par la connaissance des services du réseau que les différents milieux seront en mesure de créer le lien entre le client et ceux-ci. Par conséquent, le partenariat entre les services est optimal à la réussite du processus.



#### Rencontre d'évaluation de la référence

Lorsque les intervenants du milieu ont ciblé une ou des personnes qui pourraient bénéficier des services du réseau, ceux-ci interpellent l'intervenant pivot afin qu'une discussion puisse avoir lieu. À la suite de cette rencontre, une décision est prise quant à la nature des services à offrir (s'il y a lieu). Il importe d'assurer une bonne fréquence de contacts auprès des collaborateurs (maintenir un lien) et de valider régulièrement leurs besoins en matière d'outreach.

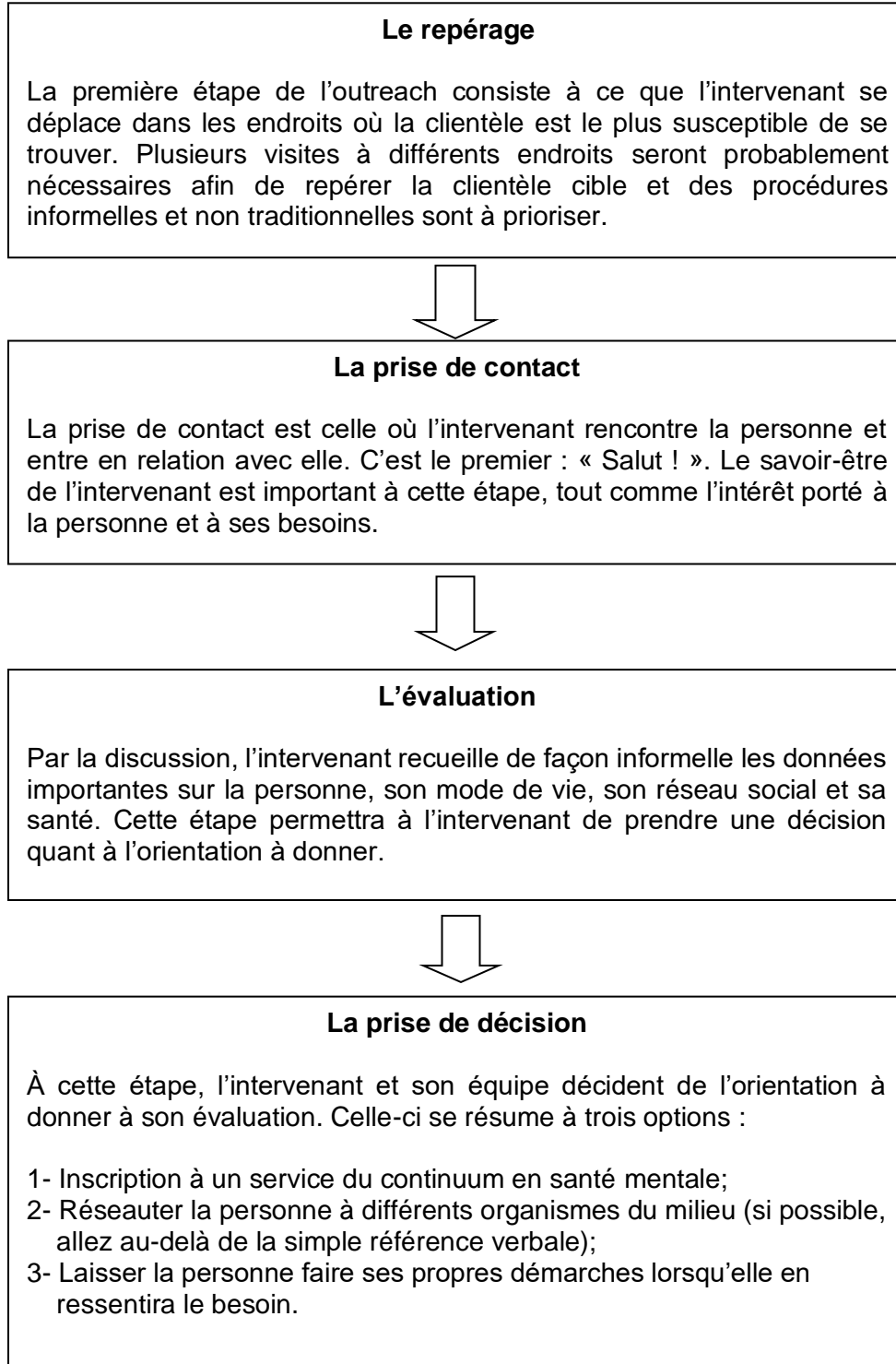


#### La prise de contact

La prise de contact pourrait se faire sur les lieux de l'organisme référent ou tout autre lieu à la convenance de la personne en besoins. Quelques rencontres peuvent être nécessaires pour arriver à entrer en contact avec la personne ciblée.

## ANNEXE 4

### Le processus de l'outreach fait par l'intervenant du réseau



## **ANNEXE 5**

### **L'anosognosie en santé mentale**

#### **Définition**

Les personnes souffrant d'anosognosie montrent une absence de reconnaissance de leurs déficits et de leurs symptômes liés à un trouble mental grave. Ces personnes peuvent manquer «d'insight» ou de conscience de leur maladie. Elles donnent souvent d'étranges explications pour défendre le fait qu'elles ne sont pas malades. Pour plusieurs d'entre elles, la méconnaissance de la maladie et des bénéfices à attendre du traitement est un symptôme de la maladie.

#### **Quelques chiffres**

Les études ont rapporté que 60% des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie présentent aussi de l'anosognosie. Alors que 25% des gens ayant un diagnostic de trouble schizo-affectif et 50% des gens ayant un trouble bipolaire souffriraient aussi d'anosognosie.

#### **Causes**

Plusieurs professionnels avancent l'hypothèse d'un mécanisme de défense, le déni, en lien avec l'absence de reconnaissance de la maladie. Or, les comportements défensifs usuels ne sont pas responsables des déficits de perception de la maladie, si courants chez ces personnes. Pour la plupart des patients souffrants de schizophrénie et de désordres psychotiques associés, les déficits de perception de la maladie et le manque d'adhésion au traitement résultent d'un dommage cérébral et non de l'entêtement, du déni ou d'un niveau intellectuel inférieur. La méconnaissance de la maladie est typiquement un symptôme de la schizophrénie elle-même plutôt qu'une stratégie de défense.

L'anosognosie est causée à des déficits neurocognitifs. Ainsi, le symptôme d'un dysfonctionnement cérébral lié à ce genre de maladie serait responsable de l'absence de reconnaissance des troubles mentaux, de l'enregistrement et de la mise à jour de la représentation de soi. Les confabulations (explications données par les individus souffrant d'anosognosie) sont le produit d'un « réflexe » cérébral qui comble les incohérences dans la compréhension et la mémoire du monde environnant. Il s'agit pour ces personnes de la seule explication sensée. Elles raisonnent à l'aide de croyances liées à leur moi antérieur plutôt qu'à leur moi actuel. Elles apparaissent comme psychorigides dans leur méconnaissance de la réalité et incapable d'intégrer des informations nouvelles contraires à leurs croyances erronées.

#### **Traitement et évolution**

En ce qui a trait à l'adhésion au traitement, la conviction du caractère positif du traitement peut être plus importante que la perception des autres aspects de la maladie. Le fait d'être conscient de ces aspects et des effets bénéfiques associés au traitement favoriserait l'adhésion. Le refus de recevoir de l'aide peut être considéré comme un symptôme de l'anosognosie sous-jacent au manque de perception de la maladie. Le refus d'adhérer au traitement résulte d'un déficit cérébral plutôt que d'un choix éclairé.



L'anosognosie est le facteur le plus prédictif d'un refus de traitement (médicamenteux ou autre). Elle prédit aussi une fréquence plus élevée de rechutes et un nombre plus important de traitements sans consentement. Les effets secondaires liés aux médicaments sont souvent «une défaite» du patient pour refuser la médication, car ce dernier sait que cette raison est davantage acceptée par les professionnels pour modifier, voire cesser, une médication.

S'il n'y a pas d'intervention spécifique réalisée au niveau des perceptions, ce dernier reste généralement stable. Elles sont capables de reconnaître qu'elles ont été malades dans le passé, mais sont incapables de reconnaître qu'elles le sont actuellement. Cette incapacité à se considérer malades semble être un trait persistant chez certains patients, ce qui les expose aux hospitalisations contre leur gré.

Une fois confrontée à la réalité, la personne serait davantage portée au suicide. Cependant, le manque de soutien face à cette nouvelle réalité se veut un facteur de risque additionnel. Il est donc important que le lien avec des intervenants soit bien établi.

Ce qui est le plus important dans la perception de la maladie est, d'une part, de reconnaître les signaux d'alarme précoces de la maladie et, d'autre part, la perception des effets bénéfiques du traitement et non pas de reconnaître le trouble de santé mentale en soi.

## **UNE PISTE DE SOLUTION : LA MÉTHODE EEAP (ÉCOUTE, ENTENTE, ACCORD, PARTENARIAT)**

Cette méthode a comme objectif d'aider les personnes présentant de l'anosognosie à trouver leurs propres raisons d'accepter le traitement ou toute forme d'aide, et ce, en dépit de ce qu'elles croient au sujet de la maladie. Elle est basée sur l'approche de l'entrevue motivationnelle pour chercher à obtenir une relation de collaboration avec quelqu'un qui est incapable de reconnaître qu'il est malade.

### **Écoute**

L'écoute réflexive est la pierre angulaire de l'approche. Le but étant de comprendre le point de vue de l'autre et de lui renvoyer ce que l'intervenant en a compris. Lorsque le professionnel pense avoir bien compris ce que l'autre exprime, il le redit dans ses propres mots sans discuter, sans ajouter de commentaires ni montrer de désapprobation. Le fait d'utiliser cette méthode diminue la résistance, la colère, de la personne et il est ainsi possible d'avoir une idée claire de sa vision de la maladie et du traitement qu'il refuse. Il est important de savoir quelles sont ses attentes, ses espérances pour l'avenir, qu'elles semblent réalistes ou non. Cette compréhension amène une prise pour commencer à changer la situation et démontre du respect pour son point de vue.

La confrontation n'a que pour effet d'augmenter la résistance. Le seul objectif à avoir est d'écouter et de comprendre. L'intervenant peut lui demander ce qu'elle ressent sans lui imposer son point de vue, sa croyance. Il est pertinent de s'intéresser à la raison pour laquelle elle refuse son traitement, comment elle se sent face à celui-ci. Le professionnel écoute les sentiments derrière les mots et renvoie l'émotion. Quand l'émotion sous-jacente est découverte, les préoccupations de la personne et ce qui la motive surgiront.

Une fois que l'écoute avec respect a été réalisée, il est possible de trouver quel est le problème d'après la personne. Il se peut que ce problème soit que la police ne la « lâche pas », que sa mère demande qu'elle déménage, etc. Un terrain d'entente est possible et des pistes de solutions peuvent être envisagées. Les problèmes que la personne croit avoir et les raisons qui la motivent à changer sont considérés. L'intervenant et la personne travailleront ensemble sur les problèmes qu'elle a définis, mais en les reliant à l'aide dont le professionnel pense que la personne a besoin. Ceci sera réalisé en tirant parti de ce qui la motive.

## **Empathie**

Pour que la personne prenne en considération le point de vue de l'intervenant, il se doit de réellement considérer le sien en se montrant compréhensif. Toutes les raisons données par la personne pour refuser le traitement doivent être considérées.

Il est très important d'explorer les sentiments, car ce sont eux qui conduisent les personnes ayant une maladie mentale à s'éloigner de leurs proches et de leurs intervenants. L'écoute mène à l'empathie et l'empathie que le professionnel transmet amènera la personne à se sentir mieux comprise et respectée.

### **L'empathie doit porter sur :**

- Les sentiments de frustration (portant sur les pressions exercées par autrui pour obtenir la prise des médicaments ou sur les objectifs personnels non atteints);
- Les sentiments de crainte (des médicaments, d'être stigmatisé, de l'échec);
- Les sentiments d'inconfort (attribué aux médicaments : gain de poids, impression de ne pas tenir sur ses jambes, d'être ralenti, raide, moins créatif, etc.);
- Les désirs (de travailler, de se marier, d'avoir des enfants, de retourner à l'école, d'éviter l'hôpital).

## **Entente**

Le point important de cette étape est que la personne reconnaisse que l'intervenant valorise le droit d'avoir des choix personnels et une responsabilité dans les décisions à prendre sur sa propre vie. Le professionnel doit donc se transformer en observateur neutre pointant les diverses conséquences, positives et négatives, des décisions que la personne aura prises.

L'objectif doit être de mettre l'accent sur ce que la personne et l'intervenant ont en commun de manière à identifier les faits sur lesquels vous pourrez finalement être en accord.

Des questions telles que «Qu'est-ce qui est arrivé après que tu aies arrêté ta médication?» ou bien «Tes voix ont-elles été moins fortes après l'interruption de ton traitement?» ou encore, «Combien de temps s'est écoulé entre l'arrêt de ta médication et ton arrivée à l'hôpital?». L'écoute réflexive et la démonstration d'empathie amèneront davantage de réponses et la discussion sera plus facile.

### **Quelques pistes favorisant l'entente :**

- Normaliser le vécu du patient (je ressentirais la même chose si j'étais à votre place);
- Ne discuter que des problèmes ou des symptômes perçus par le patient (rapporter les mots de la personne sans utiliser les mots insomnie ou délire, par exemple);
- Passer en revue les avantages et les désavantages du traitement tels que perçus par le patient (rationnels ou non);
- Corriger ses idées fausses (les médicaments antipsychotiques ne créent pas de dépendance, par exemple);
- Reprendre et souligner les bénéfices perçus par le client (si je comprends bien, vous dites que si vous continuez votre traitement, vous dormez mieux, par exemple);
- Accepter d'être en désaccord.

### **Partenariat**

Construire un partenariat pour atteindre des objectifs partagés est la dernière étape de ce processus et cette étape est la plus satisfaisante.

Une fois les points communs ciblés, il est possible de collaborer à atteindre les objectifs de la personne (ne pas être ré hospitalisée, trouver un emploi, un appartement, réduire le stress causé par une situation de complot contre elle, l'aider à dormir, pour que sa famille ne soit plus sur son dos, pour baisser le volume des voix qui étaient transmises par la police, etc.). Cet objectif peut s'appeler pour l'intervenant «se rétablir d'un trouble mental grave» tandis que pour la personne se sera «trouver un travail». Les mots ne sont pas pertinents pour atteindre l'objectif d'un plan d'action partagé qui, très probablement, passera par le traitement.

Le travail d'équipe en vue d'atteindre un objectif commun est essentiel. En faisant ressortir les raisons pour lesquelles la personne n'arrive pas à atteindre son but (manque de sommeil, voix, etc.), l'effet positif de la médication peut être abordé, en demandant à la personne si elle accepte que des hypothèses lui soient soumises.

*Résumé des écrits : Amador, Xavier F. (2007). Comment faire accepter son traitement au malade : schizophrénie & troubles bipolaires. Traduit par : P. Klotz et Y, Hodé. RETZ. et Hayes, Myriam (2015). L'anosognosie chez la personne atteinte d'un trouble mental grave : comment faire pour mieux la soutenir et l'accompagner sur la voie du rétablissement ?, CNESM*

## **ANNEXE 6**

### **Outreach et confidentialité**

## **ANNEXE 7**

### **Outreach et saisie statistique I-CLSC**

**Centre intégré universitaire  
de santé et de services sociaux de  
la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec**

---

[www.ciusssmcq.ca](http://www.ciusssmcq.ca)

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Mauricie-et-  
du-Centre-du-Québec*

Québec 