



Universidade Nova de Lisboa  
Faculdade de Ciências Médicas

Master's dissertation in Mental Health Policy and services:

« La Réforme des soins en santé mentale en Belgique :  
Analyse d'un modèle »

Bernard JACOB

Thèse supervisée par

Professeur Benedetto SARACENO

2014

## Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier le Professeur Benedetto Saraceno, pour la richesse et la qualité de son enseignement, pour son soutien, sans limite, tout au long de l'élaboration de cette thèse.

Je souhaite également exprimer ma gratitude à Monsieur Chris Decoster, Directeur - Général soins de santé, Service public fédéral santé publique, qui m'a donné l'opportunité de me lancer dans cette aventure, au combien passionnante.

Enfin, ce travail n'aurait pu être réalisé sans l'aide conjointe et tellement précieuse de mes collaboratrices Sonia et Stéphanie.

## Summary

---

The World Health Organization's (WHO) annual report of 2001 identified a social interest for the increasing problems related to mental health and the urgent need of an extension and a better organization of mental health care. On a proposal of Belgium this statement was transformed into a resolution « Mental health: responding to the call for action» (Declaration of Intent, May 18th, 2002).

Some countries such as the USA or the UK systematically dismantled in-patient residential care in favor of more community-based care and a focus on early detection of psychiatric problems. This de-institutionalization has clearly and concretely paid off and the value of bringing mental health care to claimants and treating them in their own residence was acknowledged.

In Belgium, the evolutions which have shaped mental health care in the last forty years indicate that a number of important steps are already taken. The Reform aims to convert the supply of hospital care into community-based mental health care services through the creation of mobile teams which offer services in everyday life of the user. These teams take place in the community, historically highly active howbeit underfunded. The reorganization of health care system relies upon the creation of networks in order to build a flexible and continuous device which take into account user's needs.

This Reform can be seen as both ambitious and complex. It is a completely new vision, a major cultural shift for all mental health care stakeholders, but also for users and their relatives. The Reform is based on a global and integrated approach which links I, a same movement all relevant health authorities whether they be federal, regional or community

Key words : de-institutionalization – community mental health – recovery - users and families involvement - networking.

## Sommaire

---

Le rapport annuel de 2001 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), fait part de l'intérêt social des problèmes croissants en matière de santé mentale et du besoin urgent d'un élargissement, ainsi que, d'une meilleure organisation de l'offre de soins. Sur proposition de la Belgique, cette constatation a été traduite en une résolution « Mental health : responding to the call for action » (déclaration d'intention du 18 mai 2002).

Nous constatons dans certains pays, tels que les Etats-Unis ou la Grande Bretagne transforment systématiquement les soins résidentiels au profit de soins plus orientés vers la communauté. Ils se concentrent également sur la détection précoce des problèmes psychiatriques. Ce phénomène de désinstitutionnalisation a concrètement porté ses fruits et apporte une plus-value, à la fois aux acteurs du champ de la santé mentale, mais aussi aux demandeurs de soins. La prise en charge des personnes au sein de leur milieu de vie est très nettement reconnue.

Les évolutions qui ont marqué les soins en santé mentale en Belgique ces 40 dernières années montrent qu'un certain nombre de jalons importants sont d'ores et déjà posés. La Réforme a pour objectif de convertir l'offre de soins hospitalière et de mettre en place des soins orientés vers et au sein de la communauté par la création d'équipes mobiles qui s'inscrivent dans le dispositif, communautaire historiquement très actif bien que sous-financé. La réorganisation des systèmes de soins est basée sur la création des réseaux, de manière à construire un dispositif flexible et continu qui prend en considération les besoins des usagers.

Cette Réforme est, à la fois, ambitieuse et complexe. C'est une vision nouvelle, un changement de culture, non seulement, pour tous les acteurs de la santé mentale, mais aussi pour les usagers et leurs proches.

La Réforme est basée sur une approche globale et intégrée qui associe dans un même mouvement l'ensemble des autorités compétentes en matière de santé, qu'elles soient fédérales, régionales ou communautaires.

Mots clefs : désinstitutionnalisation, santé mentale communautaire, rétablissement, participation des usagers et des familles, travail en réseau

## Conteúdo

---

O relatório anual de 2001 da Organização Mundial de Saúde (OMS), anunciou o interesse social dos problemas crescentes em matéria de saúde mental e relativo à necessidade urgente de uma extensão, como também, para uma melhor organização da oferta de tratamento. Sob proposta da Bélgica, esta observação foi traduzida em uma resolução « Mental health : responding to the call for action » (déclaração de intenção do 18 de maio de 2002).

Nós notamos que certos países, como os Estados Unidos ou a Grã Bretanha transformam sistematicamente o tratamento residencial em um tratamento mais dirigido para a comunidade. Eles também se concentram na descoberta prematura dos problemas psiquiátricos. Este fenômeno de desinstitucionalização obteve resultados concretos e traz um ganho certo, tanto para os atores do campo da saúde mental, como também para os candidatos a um tratamento. O tratamento das pessoas dentro do seu meio de vida é muito claramente reconhecido.

As evoluções que marcaram os tratamentos em saúde mental na Bélgica durante estes últimos 40 anos mostram que vários passos importantes já foram feitos. A reforma tem como objetivo converter a oferta hospitalar e montar tratamentos dirigidos para e dentro da comunidade pela criação de equipas móveis que se inscrevem no dispositivo comunitário, historicamente muito activo bem que sub-financiado. A reorganização dos sistemas de tratamento está baseada na criação de redes, para construir um dispositivo flexível e contínuo que considera as necessidades dos pacientes.

Esta reforma é, ao mesmo tempo, ambiciosa e complexa,. É uma visão nova, uma mudança de cultura, não só, para todos os atores da saúde mental, mas também para os pacientes e suas famílias.

A reforma está baseada numa visão global e integrada que associa no mesmo movimento todas as autoridades competentes relativamente a saúde que elas sejam federais, regionais ou comunitárias.

Palavras chave : desinstitucionalização, saúde mental comunitária, restabelecimento, participação dos pacientes e das famílias, trabalho em rede

Introduction.....	9
Chapitre 1: Description du modèle.....	11
1. Contexte annonciateur de la Réforme des soins en santé mentale en Belgique.....	12
1.1. Contexte international comme déclencheur aux initiatives politiques.....	12
1.2. Belgique et problématiques de l'offre en santé mentale .....	14
1.3. La Belgique et son (ses) système(s) de soins en santé mentale : l'avant-Réforme	15
1.4. La Réforme des soins en santé mentale en Belgique : des projets pilote comme point de départ .....	16
2. Cadre conceptuel de la Réforme des soins en santé mentale.....	18
2.1. Des 'fonctions' en tant que symbolisation du réseau de services alternatifs .....	18
2.2. Description du modèle et de la vision sous-tendant la Réforme des soins en santé mentale et rôle des partenaires .....	22
3. Implémentation de la Réforme : le développement des réseaux .....	27
3.1. Projets pilotes.....	27
3.2. Une approche participative, par l'inclusion des usagers et des familles .....	28
4. Evaluation et follow-up scientifique de la Réforme (des soins en santé mentale).....	32
4.1. Approche « bottom-up ».....	32
4.2. Méthode d'évaluation de la Réforme et de l'approche par réseaux.....	32
4.3. Les résultats préliminaires, via l'expérience de neuf réseaux .....	33
4.4. Enquête auprès des usagers dits 'prioritaires' ou à problématique complexe .....	36
4.5. Enquête sur les membres de familles/proches en tant qu'aidants informels .....	37
4.6. Enquête sur les dispensateurs de soins .....	39
4.7. Les soins orientés vers le rétablissement.....	40
4.8. Actualisation des missions confiées aux équipes scientifiques pour l'avenir.....	40
Chapitre 2: Conceptualisation du modèle.....	43
1. Besoins qualitatifs et quantitatifs en termes d'équipes mobiles pour couvrir l'ensemble du territoire.....	45
1.1. Points de départ.....	45
1.2. Définition des normes quantitatives d'encadrement : .....	47
1.3. Définition des normes qualitatives d'encadrement : .....	53
1.4. Projection du nombre d'ETP sur le territoire (sur base de 13,5 ETP pour les équipes 2a et 10,5 ETP pour les équipes 2b) : .....	56
1.5. Perspectives de financement des équipes sur l'ensemble du territoire : différentes pistes de réflexions .....	57
1.6. Commentaires : .....	59
2. Rôles et financement de la fonction psychiatre au sein des équipes mobiles 2a et 2b :	64

2.1. Situation actuelle .....	64
2.2. Perspectives .....	67
3. Etat des lieux de Réforme des soins en santé mentale en Belgique .....	88
3.1. La Réforme : ses forces et ses faiblesses .....	89
3.2. Les challenges actuels et pour le futur : .....	91
3.3. Conclusion .....	92
Bibliographie .....	93
Annexes .....	104

## Liste des tableaux :

<i>Tableau 1: Les cinq fonctions de la Réforme des soins en santé mentale</i> .....	18
<i>Tableau 2 : Population concernée par les projets</i> .....	27
<i>Tableau 3: Résultats enquête, nombre équivalents temps plein / 100 .000 habitants</i> .....	50
<i>Tableau 4: Nombre théorique d'équivalents temps plein sans différenciation entre équipes mobiles 2a et 2b</i> ..	51
<i>Tableau 5 : Ecart entre nombre détaché d'équivalents temps plein théorique et nombre détaché d'équivalents temps plein effectif</i> .....	52
<i>Tableau 6 : Composition de base des équipes mobiles 2a et des équipes mobiles 2b</i> .....	54
<i>Tableau 7: Missions de base différenciées des équipes 2a et des équipes 2b et nombre etp</i> .....	55
<i>Tableau 8 : Nombre d'équivalents temps plein pour couvrir le territoire de la Belgique</i> .....	56
<i>Tableau 9: Nombre de lits T à geler sur le territoire</i> .....	58
<i>Tableau 10 : Calcul budget forfaitaire des psychiatres</i> .....	64
<i>Tableau 11 : Equivalence fermeture de lits/honoraires psychiatres</i> .....	64
<i>Tableau 12 : Récapitulatif des personnes interrogées par fonction</i> .....	68

## Liste des figures :

<i>Figure 1: Représentation de l'offre globale couverte par la liaison entre les 5 fonctions</i> .....	21
<i>Figure 2 : Cartographie des projets</i> .....	27

## Liste des graphiques :

<i>Graphiques 1: Le psychiatre de l'équipe mobile pose un diagnostic et prescrit un traitement : situation actuelle et situation idéale</i> .....	70
<i>Graphiques 2: Le psychiatre de l'équipe mobile a au moins un contact clinique avec chaque usager : situation actuelle et situation idéale</i> .....	71
<i>Graphiques 3: Le psychiatre de l'équipe mobile entame le traitement thérapeutique et médicamenteux, le met en place et réalise le suivi : situation actuelle et situation idéale</i> .....	72
<i>Graphiques 4 : Le psychiatre de l'équipe mobile collabore étroitement avec le psychiatre traitant (lorsque celui-ci est identifié) : situation actuelle et situation idéale</i> .....	73
<i>Graphiques 5 : Le psychiatre de l'équipe mobile doit nécessairement être le psychiatre traitant</i> .....	74
<i>Graphiques 6: Le psychiatre de l'équipe mobile collabore étroitement avec le médecin traitant de l'usager : situation actuelle et situation idéale</i> .....	75
<i>Graphiques 7: Le psychiatre de l'équipe mobile collabore étroitement avec l'ensemble des acteurs du réseau de l'usager : situation actuelle et situation idéale</i> .....	76
<i>Graphiques 8: La visite à domicile par le psychiatre de l'équipe mobile est considérée comme étant une plus-value : situation actuelle et situation idéale</i> .....	77

<i>Graphiques 9: Le psychiatre de l'équipe mobile participe aux entretiens de l'utilisateur : situation actuelle et situation idéale</i> .....	78
<i>Graphiques 10 : Le psychiatre de l'équipe mobile participe aux réunions administratives des équipes (non liées aux usagers) : situation actuelle et situation idéale</i> .....	79
<i>Graphiques 11 : Le psychiatre de l'équipe mobile supervise, coordonne et dirige l'équipe : situation actuelle et situation idéale</i> .....	80
<i>Graphiques 12 : Le psychiatre de l'équipe mobile participe à l'évaluation du travail de l'équipe mobile : situation actuelle et situation idéale</i> .....	81
<i>Graphiques 13: Le psychiatre de l'équipe mobile participe à l'élaboration du plan stratégique de l'équipe mobile : situation actuelle et situation idéale</i> .....	82
<i>Graphiques 14: Le psychiatre de l'équipe mobile est activement impliqué dans la gestion du personnel de son équipe : situation actuelle et situation idéale</i> .....	83

## Liste des abréviations/définitions

BMF	Budget des moyens financiers
CIM :	Conférence interministérielle
CNEH	Conseil National des Etablissements Hospitaliers
Equipes mobiles 2a	Equipes mobiles ou ambulatoires de traitement intensif, pour les situations de crise
Equipes mobiles 2b	Equipes mobiles ou ambulatoires pour les personnes qui nécessitent des suivis de longue durée.
Etp ou ETP	Equivalent temps plein
INAMI	Institut National Assurance Maladie Invalidité
ION	Inter Organizational Network - Réseaux inter organisationnels
Service T/Lits T :	Lits situés dans les services neuropsychiatriques de traitement de malades adultes (pour une hospitalisation beaucoup plus longue ou indéterminée, psychiatrie chronique
SMI	Severe mental illness

## Introduction

---

C'est, très certainement, un heureux hasard de rencontre qui m'a amené, voici, près de cinq années, déjà, à occuper le poste de chef de projet et de coordinateur fédéral de la Réforme des soins en santé mentale en Belgique.

C'est aussi, l'aboutissement de plus de 30 années d'activités dans le secteur, tant au niveau local, national qu'international.

C'est surtout, une opportunité unique de me trouver ainsi à un poste stratégique et déterminant dans la réorganisation des systèmes de soins en santé mentale qui, je l'espère aura une influence sur la qualité de vie des usagers<sup>1</sup> et de leur entourage.

Nous vivons une évolution que l'on peut qualifier d'historique, tant la Réforme qui est proposée est ambitieuse, mais aussi complexe.

En effet, c'est une vision tout à fait nouvelle, un changement de culture important pour l'ensemble des acteurs des soins en santé mentale, mais aussi des usagers et des proches.

On parle d'une Réforme dont le concept est basé sur une approche globale et intégrée qui associe dans un même mouvement les compétences fédérales, régionales et communautaires.

La Réforme a pour but de convertir une partie de l'offre hospitalière en une offre de soins orientée dans la communauté par la création d'équipes mobiles qui prennent place dans le dispositif communautaire historiquement très actif bien que sous-financé.

Dans le même temps, nous proposons une approche nouvelle qui est celle du travail en réseau.

---

<sup>1</sup> J'utilise le terme « usager » plutôt que « patient »

Dans ce travail de fin d'étude du Master International « Mental Health policy and services », je propose, dans une première partie, de décrire le contenu de la Réforme, ses mécanismes et ses acteurs. Je présente l'état d'avancement de la phase exploratoire en insistant sur les aspects positifs qui mettent en avant le caractère évolutif de notre démarche mais aussi sur les difficultés rencontrées dans sa mise en place.

Dans la 2<sup>ème</sup> partie, je propose d'analyser la faisabilité de la conceptualisation du modèle sur l'ensemble du territoire.

Pour ce faire, je pose la question des besoins tant qualitatifs que quantitatifs pour la mise en place de la nouvelle offre de soins, à savoir les équipes mobiles de traitement intensif pour les situations de crise et les équipes mobiles pour les personnes qui nécessitent des suivis de longue durée.

Enfin, je trouve intéressant de définir le rôle des médecins psychiatres au sein de ces équipes mobiles qui restent en effet des acteurs incontournables de nos systèmes de soins.

La Réforme des soins en santé mentale en Belgique est en cours. Nous avons eu, jusqu'à ce jour, l'opportunité qu'elle soit soutenue et portée par l'ensemble des Autorités, qu'elles soient Fédérales, Régionales ou Communautaires.

Les acteurs de terrain font preuve d'originalité et de créativité en développant des pratiques innovantes qui s'inscrivent dans la vision du rétablissement, de l'insertion et de la qualité de vie des usagers.

Les associations d'usagers et de familles prennent part au mouvement en formulant des recommandations tant au niveau micro et meso que macro.

C'est cette expérience passionnante que je souhaite vous faire partager en rédigeant cette thèse.....

*"I Feel A Change Comin' On"*<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Bob DYLAN, album « Together Through Life », 2009

# Chapitre 1

## Description du modèle

## 1. Contexte annonciateur de la Réforme des soins en santé mentale en Belgique

---

### 1.1. Contexte international comme déclencheur aux initiatives politiques

Les évolutions qui ont marqué les soins en santé mentale en Belgique ces 40 dernières années montrent qu'un certain nombre de jalons importants sont d'ores et déjà posés vers la mise en place de soins plus orientés vers et au sein de la communauté (Bjaras & coll, 1991 & Emard & coll., 2004). Sur le plan international, nous tendons à amener les soins en santé mentale vers les demandeurs de soins, à les encadrer et les traiter dans leur milieu de vie (Thornicroft et Tansella, 2004).

Le rapport annuel de 2001 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), fait part de l'intérêt social pour les problèmes croissants en matière de santé mentale et du besoin urgent d'un élargissement et d'une meilleure organisation de l'offre de soins. Le 18 mai 2002, sur proposition de la Belgique, cette constatation fut transformée en une résolution « Mental health : responding to the call for action » (déclaration d'intention, 2002).

D'où la nécessité de promouvoir une offre de soins en santé mentale qualitative et quantitative optimisée orientée vers la demande. C'est la raison pour laquelle la Conférence européenne des Ministres de l'OMS de janvier 2005 à Helsinki a abouti à des accords politiques concrets et au plan d'action détaillé des soins en santé mentale (OMS, 2006).

Dans les pays, où les soins en santé mentale axés sur la communauté sont déjà plus développés, on constate que moins il y a de traitements résidentiels plus les problèmes psychiques peuvent être traités avec succès (Emard & Aubry, 2004).

En d'autres termes, dans ces pays, on remarque que des soins en santé mentale basés sur les besoins et les demandes de soins des personnes présentant des problèmes psychiques et offerts d'une manière continue ou aussi proche que possible du domicile donnent des résultats positifs et allant dans le sens du rétablissement (Mizock, 2011).

Au niveau Européen, nous constatons que le développement des soins orientés vers la communauté, la suppression systématique de l'offre de soins en santé mentale résidentiels et la focalisation sur le dépistage précoce des problèmes psychiatriques ont très nettement et concrètement porté leurs fruits (Morandi, 2010).

Au Royaume-Uni, par exemple, le nombre d'équipes mobiles qui proposent des traitements et un accompagnement au domicile de personnes présentant des problèmes psychiques a augmenté de manière exponentielle depuis le début des années 2000. Au cours de cette même période, on a observé une forte baisse du nombre de suicides par 12% (NAO, 2007 & NHS, 1999).

On n'a pas encore pu démontrer jusqu'à présent une relation statistique significative entre les deux phénomènes mais de nombreux acteurs des soins en santé mentale britanniques sont convaincus que la modification de l'organisation des soins a pour le moins amorcé la réduction de la problématique du suicide (Appleby, 1999 & Thornicroft, 2003)

Nuançons, cependant, cette étude en mentionnant une autre hypothèse souvent mise en avant, selon laquelle la diminution des suicides au Royaume-Uni serait plutôt la conséquence de la détoxification du gaz domestique et non de l'augmentation des équipes mobiles.

En France, dans certaines régions, nous constatons les résultats très encourageants du changement de politique proposant une offre de soins dans la communauté plutôt que le maintien des soins au sein des structures hospitalières (Roelandt, J-L., 2007).

Cette même évolution est constatée, avec des résultats assez comparables dans diverses régions, notamment en Hollande, en Suisse, en Norvège ou encore au Québec.

Mentionnons également, comme sources d'inspiration, les expériences de la Réforme italienne et des provinces espagnoles des Asturies et d'Andalousie.

## 1.2. Belgique et problématiques de l'offre en santé mentale

Le remaniement des offres en santé mentale, avec une limitation de l'offre hospitalière résidentielle au bénéfice d'un suivi communautaire, et plus largement au bénéfice de l'utilisateur, a amené le gouvernement belge, composé de ses entités fédérales, régionales et communautaires<sup>3</sup> à se concerter et à construire ensemble leur dispositif, tant sur le plan organisationnel que philosophique, pour proposer la mise en place d'une Réforme qui a pour but d'optimiser les soins en santé mentale actuels. Cette nouvelle offre est principalement orientée vers une approche et une vision communautaire (Besançon & col, 2009).

Il ressort de l'enquête de santé par interview de 2004 (Bellamy & Coll, 2005) qu'une personne sur quatre (24%) dans la population dès 15 ans et plus, a déjà lutté contre un mal être psychique et que pour plus de la moitié de ces personnes (13%), il s'agissait d'une affection assez grave. Pour un tiers des personnes incapables de travailler durant de longues périodes ou définitivement, la cause de cette incapacité est due à un dysfonctionnement mental. Il s'agit de près de 70.000 personnes.

Les données de l'enquête de santé montrent aussi qu'un belge sur quatre rencontre des problèmes de santé mentale (Gisle, 2008). Une subdivision par problématique indique que 8% de la population a présenté des épisodes dépressifs, 8% a rencontré des problèmes somatiques, 6% des symptômes de peur et 20% des dysfonctionnements du sommeil. De plus, 6% des personnes indiquent qu'elles ont traversé une grave dépression durant l'année précédant l'enquête.

---

<sup>3</sup> Pour bien comprendre l'organisation et la complexité à concerter tous les niveaux politiques, il faut savoir que la Belgique est un État fédéral qui se compose des Communautés et des Régions. Le pays est administré par diverses instances qui exercent de manière autonome leurs compétences dans les matières qui leur sont propres.

Les Communautés sont liées aux aspects culturels et de langue. La Belgique connaît trois langues officielles: le néerlandais, le français et l'allemand. La Belgique est donc composée de trois Communautés: la Communauté flamande, la Communauté française et la Communauté germanophone.

Les Régions aspirent à davantage d'autonomie, la création de trois Régions en étant la conséquence : la Région flamande, la Région de Bruxelles-Capitale et la Région wallonne. Les Régions belges sont comparables, jusqu'à un certain point, aux États américains et aux "Länder" allemands. Le pays est également subdivisé en 10 provinces et 589 communes.

Une partie des compétences relèvent des Communautés et des Régions, mais l'Etat fédéral conserve des compétences dans de nombreux domaines comme, entre autres, les affaires étrangères, la défense nationale, la justice, les finances, la sécurité sociale, ainsi qu'une partie importante de la santé publique et des affaires intérieures, ...

Cette organisation tripartite implique de concilier des identités régionales et culturelles dans une structure fédérale. Dans le cadre de la Réforme des soins en santé mentale, il a fallu que les sept cabinets ministériels compétents pour ce domaine se concertent et qu'un consensus émerge. Notez que l'entité communautaire évoquée ici est une notion politique, n'ayant bien entendu, pas de lien, avec la notion de santé mentale communautaire.

Il ressort des statistiques internationales que les taux de suicides se situent parmi les plus élevés au monde dans un certain nombre de pays européens. Le top cinq des pays dans le monde ayant les taux de suicides les plus élevés sont respectivement la Lituanie, la Biélorussie, la Russie, la Slovénie et la Hongrie. La Belgique est en 13<sup>ème</sup> position, évidemment une place peu enviable (OMS, 2006 & Centre de Prévention du Suicide, 2012).

### 1.3. La Belgique et son (ses) système(s) de soins en santé mentale : l'avant-Réforme

La Belgique propose un large éventail d'offres en matière de soins de santé et de bien-être aux personnes présentant des problèmes psychiques. Le public consulte essentiellement chez le médecin généraliste avec des problèmes physiques mais aussi de plus en plus avec des problématiques psychosociales.

Différents acteurs du bien-être, acteurs du secteur de l'enseignement, des instances judiciaires des soins aux personnes âgées, des services sociaux des Centres Publics d'Aide Sociale, de l'Office National de l'Emploi, des sociétés de logements sociaux, s'occupent également en première instance des personnes ayant des problèmes psychiques ou psychiatriques.

Suivant la gravité de la problématique, ces personnes sont orientées, pour plus d'assistance spécialisée, vers des centres de soins en santé mentale, des hôpitaux psychiatriques, des services psychiatriques des hôpitaux généraux et/ou vers des psychiatres privés et/ou des psychothérapeutes.

Cette orientation ne se déroule actuellement pas toujours de manière harmonieuse. Ceci est dû en partie à la méconnaissance de l'offre des soins en santé mentale ayant, pour effet, que les personnes n'arrivent pas directement au bon endroit, ceci est dû également au tabou qui plane au-dessus des problèmes psychiques (Bolle, 2007). Ce qui influe aussi sont les délais de traitement souvent longs auxquels les personnes présentant des problèmes psychiques et leurs orienteurs sont confrontés.

Des raisons historiques expliquent que la capacité de l'offre de soins en santé mentale résidentiels en Belgique n'a cessé de croître plus fortement que chez nos voisins. Malgré les démarches déjà entreprises pour ancrer les soins en santé mentale plus fortement dans la communauté, la Belgique est encore et toujours confrontée à l'un des ratios les plus élevés de lits psychiatriques par nombre d'habitants (Guide, 2009 & Mariage, 2010).

En 2008, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publiait son rapport « *Policies and Practices for Mental Health in Europe - Meeting the Challenges* » selon lequel la Belgique dispose de 152 lits psychiatriques (en hôpital psychiatrique et en services psychiatriques des hôpitaux généraux) par 100.000 habitants. De tous les pays européens, seule Malte a un ratio encore plus élevé, avec plus de 180 lits par 100.000 habitants.

La même année, le Centre fédéral belge d'expertise des soins de santé (KCE) a constaté dans une étude (KCE, 2008) que 4.730 patients psychiatriques adultes ont résidé en 2003 pendant plus d'un an dans un service de traitement d'un hébergement protégé visant la garantie optimale de leur réadaptation sociale (service T<sup>4</sup>).

Un tiers de cette population a déjà séjourné plus de 6 ans dans un service similaire. Une conclusion importante est que les hébergements ne fournissent pas suffisamment d'efforts pour intégrer ces usagers dans la société (Roy & Perron, 2009).

#### 1.4.La Réforme des soins en santé mentale en Belgique : des projets pilote comme point de départ

Lorsque des efforts sont réalisés pour orienter les soins en santé mentale vers la société et la communauté, cinq mouvements qui correspondent à la philosophie de base en cours d'implémentation en Belgique, peuvent être décrits (Guide, 2010).

Tout d'abord, la **désinstitutionalisation**<sup>5</sup> qui consiste à limiter les traitements résidentiels au sein d'institutions de soins, tout en favorisant la mise en place de formules de soins ambulatoires intensifs et spécialisés en tant qu'alternatives à l'hospitalisation et visant à maintenir l'utilisateur en santé mentale au sein de la Cité.

Ensuite, l'**inclusion** qui peut être décrite comme la réadaptation et la réhabilitation dans le cadre d'une indispensable collaboration avec les secteurs de l'enseignement, de la culture, du travail, du logement social... L'inclusion ne concerne donc pas que les secteurs de la santé mentale, mais l'ensemble des professionnels qui interviennent.

---

<sup>4</sup> Service T/Lits T : lits situés dans les services neuropsychiatriques de traitement de malades adultes (pour une hospitalisation beaucoup plus longue ou indéterminée, psychiatrie chronique).

<sup>5</sup> Cette définition peut paraître un peu légère si l'on suit l'idée de certains préconisant que la désinstitutionalisation n'est pas uniquement de limiter les traitements résidentiels mais bien d'inverser la proportion des ressources de l'hôpital vers la communauté avec une réduction significative (moyenne mondiale de réduction = 40%).

Puis, la **dé catégorisation** qui est la mise en place, via les circuits et les réseaux de soins, d'une collaboration avec et entre les soins aux personnes adultes, les services de santé mentale, le secteur des personnes handicapées et la justice. L'ensemble des intervenants se concertent autour de l'utilisateur, limitant une prise en charge en silos.

Ensuite, l'**intensification** qui consiste en une intensification des soins au sein des hôpitaux, correspondant à des durées d'hospitalisations réduites et des soins avec des programmes de soins intenses, permettant de limiter la mise à l'écart de l'utilisateur.

Enfin, la **consolidation qui est une** régularisation des différents projets pilotes participants, tant aux niveaux fédéral, que communautaire et régional, dans le concept de globalisation des soins en santé mentale. L'idée étant de pouvoir structurer l'offre de soins globale et en réseau. Il convient également de signaler ici, mais, ce point sera développé infra, que cette vision de la santé mentale prend place dans une approche par réseau (Provan & Coll 2004), où une offre de service intégrale et globale est présente par zone ; chaque zone correspondant à un réseau et à un projet-pilote de la Réforme des soins en santé mentale.

En se basant sur les études mentionnées ci-dessus et sur d'autres études, et pour que l'organisation des soins en santé mentale réponde aux principes fondamentaux de la déclaration d'intention commune mentionnée supra, la conférence interministérielle belge (CIM) Santé Publique du 28 septembre 2009 a décidé de passer à la mise en application de l'article 107 de la loi concernant les hôpitaux et autres institutions de soins (Ceuterick, 2010 & 2013). Cet article dit que « *Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes* ».

Autrement dit, la mise en œuvre de l'art.107 est une technique financière qui permet la réallocation d'une partie du budget des moyens financiers (BMF) (Ceuterick, 2010 & 2013) des hôpitaux afin d'adapter l'offre actuelle de soins en santé mentale.

## 2. Cadre conceptuel de la Réforme des soins en santé mentale

### 2.1. Des 'fonctions' en tant que symbolisation du réseau de services alternatifs

Le modèle que nous mettons en place (Guide, 2010) a comme originalité et spécificité d'associer, au sein d'une vision globale et intégrée, l'ensemble du dispositif en intégrant les ressources des institutions hospitalières et des services développés dans la communauté, qu'ils soient directement en lien avec la santé mentale ou non.

L'organisation que nous préconisons concerne donc l'ensemble des intervenants présents sur un territoire délimité qui ont à créer des stratégies pour répondre à l'ensemble des besoins en santé mentale de la population de ce territoire.

Pour construire ce nouveau modèle, et en assurer sa pérennité, nous postulons qu'un nombre de fonctions minimum doivent être remplies; fonctions qui progressivement s'organisent en réseau de services alternatifs répartis sur le territoire.

La finalité est le maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés. Le réseau ainsi construit est multidisciplinaire et basé sur des modalités d'intervention flexibles.

Ainsi, l'organisation d'une première ligne à bas seuil facilite l'accessibilité aux soins en santé mentale, encore trop souvent vécus comme stigmatisants.

**Fonction 1 :** prévention, promotion des soins, détection précoce, dépistage et établissement du diagnostic

**Fonction 2 :**

2a : Équipes mobiles ou ambulatoires de traitement intensif, pour les situations de crise

2b : Équipes mobiles ou ambulatoires pour les personnes qui nécessitent des suivis de longue durée

**Fonction 3 :** Equipes de réhabilitation, réinsertion et inclusion socio-professionnelle

**Fonction 4 :** Unités intensives de traitement résidentiel, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable.

**Fonction 5 :** Formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible.

Tableau 1: Les cinq fonctions de la Réforme des soins en santé mentale

***La fonction 1 : activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et établissement d'un diagnostic***

La première fonction concerne les missions de base de l'aide et des soins. Il s'agit d'actions qui se développent dans l'espace communautaire et qui concernent autant des actions de prévention, de détection précoce ou de première intervention.

Cela sous-entend un accueil de la demande accessible, l'organisation d'une réponse de proximité, basée sur un diagnostic qui permet de donner une réponse adaptée aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population du territoire concerné en assurant, si nécessaire, la continuité thérapeutique sur le long terme.

Dans ce cadre, il est primordial d'associer la première ligne généraliste dans la prise en charge des soins en santé mentale.

***La fonction 2 : équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques***

La deuxième fonction concerne les équipes de traitement à domicile, d'une part, celles qui s'adressent aux personnes en situation aiguë ou subaiguë (fonction 2a) et, d'autre part, celles qui s'adressent aux personnes qui présentent des difficultés psychiatriques chroniques (fonction 2b).

La nouveauté de cette fonction est d'explorer une nouvelle forme de soins en santé mentale plus rapidement accessible aux personnes et de leur offrir des soins adaptés dans leur environnement.

L'originalité est donc d'offrir une alternative à l'hospitalisation en créant une offre mobile, avec intervention immédiate et intensive pour les situations aiguës, dont la variabilité en intensité et en durée sera adaptée pour les personnes qui présentent des problématiques chroniques.

Cette nouvelle forme de ressources organise son action en complémentarité avec la première en y ajoutant une mobilité et une expertise. Le partenariat est structuré et s'inscrit dans une approche globale.

***La fonction 3 : Equipes de réhabilitation, réinsertion et inclusion socio-professionnelle***

La troisième fonction s'inscrit dans le secteur de la réhabilitation psychosociale. Il s'agit d'offrir des programmes particuliers à des personnes qui présentent des problématiques psychiatriques à un stade spécifique de leur maladie.

La réhabilitation psychosociale est un processus dynamique qui s'inscrit dans une logique de temporalité permettant aux personnes d'accéder à la réinsertion sociale et professionnelle dans la société et qui nécessite une approche politique transversale, impliquant des ministères et des administrations aux compétences diversifiées.

C'est un programme particulier qui prend en considération le développement des capacités permettant une autonomie suffisante dans la vie journalière, des capacités sociales par la participation à une vie communautaire, culturelle, et aussi par l'élaboration d'un projet professionnel adapté.

Ces programmes particuliers peuvent s'inscrire à la suite ou complémentaiement aux missions de base remplies par les ressources de la première fonction ou dans la continuité des interventions réalisées dans le milieu de vie par les équipes mobiles.

***La fonction 4 :** unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable*

La quatrième fonction concerne l'intensification des soins résidentiels spécialisés pour les personnes pour lesquelles l'aide dans l'environnement de vie ou au domicile n'est temporairement pas indiquée.

Ces unités peuvent délivrer une observation et un traitement spécifiques et intensifs en mettant l'accent sur les soins aigus, sur l'indication et l'établissement de diagnostic, sur la prise en charge résidentielle intensive.

Ces petites unités sont caractérisées par des séjours de courte durée, d'une grande intensité et fréquence, et nécessite un encadrement spécialisé. Les aspects relatifs à la coordination des soins sont pris en compte lors de la prise en charge. La gestion des hospitalisations est importante. Celles-ci sont réalisées avec une attention à la durée (brève) de l'hospitalisation, des filtres pour l'admission (au moins une procédure d'admission coordonnée), un suivi après la phase aigüe (autant que possible par le professionnel de l'équipe qui est le plus près de l'utilisateur).

Une communication permanente avec les autres acteurs du réseau assure le maintien du lien avec le réseau social des personnes tout en optimisant leur possibilité de retour au domicile et aux chances d'insertion.

La crise nécessite toujours une mise au point diagnostique spécialisée avec une approche médicale somatique, psychologique et psychiatrique qui peut être assurée au sein de chaque fonction du réseau.

L'urgence psychiatrique comporte un aspect d'urgence des pathologies psychiatriques avérées pour lesquelles des modalités d'accueil résidentiel spécifiques sont nécessaires.

*La fonction 5 : formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible*

La cinquième fonction concerne le développement d'habitats spécifiques et/ou adaptés pour des personnes qui souffrent de problématiques psychiatriques chroniques stabilisées et qui présentent des possibilités d'intégration sociale réduites.

Ces habitats ont pour but d'apporter un soutien à l'organisation de la vie quotidienne.

Le but poursuivi est de faciliter l'insertion sociale par des programmes individualisés, qui prennent en compte les besoins d'autonomie exprimés par les personnes.

Intégrés dans le tissu social, ils sont organisés sous forme d'hébergements protégés, d'appartements supervisés ou toute autre forme de logements adaptés.

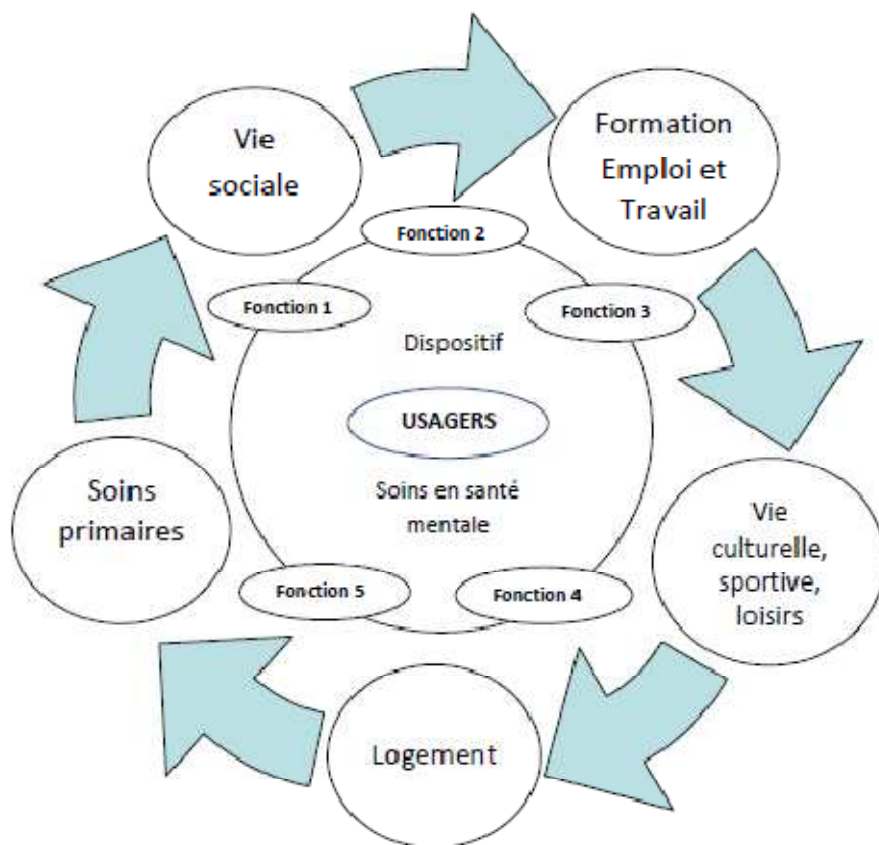


Figure 1: Représentation de l'offre globale couverte par la liaison entre les 5 fonctions

## 2.2. Description du modèle et de la vision sous-tendant la Réforme des soins en santé mentale et rôle des partenaires

Nous précisons notre démarche comme étant une approche globale et intégrée qui définit toutes les fonctions dans le cadre des soins en santé mentale et ce, au départ d'un modèle intégré.

L'organisation actuelle des soins en santé mentale doit progressivement évoluer et faire place à un réseau de services alternatifs répartis sur le territoire.

Ceci implique une adaptation de chacune des ressources qui, ensemble, sont amenées dans un souci de complémentarité, à développer leur modèle, basé à la fois sur la créativité et l'originalité des acteurs, de leur localisation, mais aussi et surtout en tenant compte de la philosophie globale de la Réforme.

Nous insistons sur le fait que ces fonctions fondamentales nécessitent une collaboration avec tous les acteurs concernés à différents niveaux.

Ceci nous amène à définir préalablement un cadre minimum qui a pour but, d'une part, de déterminer les différentes étapes nécessaires à la construction du réseau de collaboration et d'autre part de définir le profil du coordinateur de réseau ainsi que son rôle essentiel dans la construction du processus.

### **La construction du réseau**

#### *Définition du réseau*

Il faut être très précis sur la notion de réseau que nous devons comprendre comme étant un réseau de collaborations entre des structures et des ressources qui vont, dans un partenariat effectif, définir une finalité, un fonctionnement et des objectifs communs, ceci afin de garantir l'efficacité du suivi des usagers, une meilleure continuité des soins, l'amélioration de l'offre et l'amélioration de la qualité de prise en charge.

Il est nécessairement conçu sur base de la philosophie globale de la Réforme. Le réseau se définit sur base de programmes individualisés, dont, entre autre, l'offre thérapeutique, tout en respectant le libre choix de l'utilisateur.

Cette finalité doit être visible et doit devenir un modèle opérationnel de travail en réseau ayant pour but d'offrir une réponse adaptée à chacune des situations par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés.

Chaque réseau est ainsi constitué de l'ensemble des cinq fonctions définies préalablement.

*Déroulement de l'action*

Pour construire le réseau, certains éléments de base sont pris en considération<sup>6</sup> :

→ Mise en place des acteurs

Chaque ressource du réseau inscrite dans le projet désigne un représentant qui sera durant tout le processus l'interlocuteur, le garant de sa structure dans la construction organisationnelle du réseau.

Son mandat est clair, il est connu du coordinateur de réseau, il sert d'appui permanent et de liaison fonctionnelle entre les actions définies dans le projet de construction de réseau et leur concrétisation sur le terrain.

→ Mise en place du coordinateur de réseau

Un coordinateur de réseau est choisi pour un territoire donné et défini. Ce coordinateur est désigné par l'ensemble des garants et sur base d'un profil précis.

Le coordinateur de réseau prend connaissance des ressources mobilisables existantes sur le territoire du projet. Il se profile comme étant le facilitateur de la création du réseau. Il connaît les spécificités des différentes ressources, il connaît les projets en cours ...

Il rencontre les responsables, pouvoirs organisateurs et directions de ces structures, il s'imprègne de l'offre des différentes ressources mais aussi de leurs limites, il en connaît les législations. Il réalise une cartographie actualisée.

→ Mise en place du comité de travail

Le coordinateur de réseau et l'ensemble des garants de services constituent le comité de travail stratégique (ou encore appelé comité de réseau) qui aboutit à l'opérationnalisation du travail en réseau sur un territoire défini.

---

<sup>6</sup> Les notions de coordinateur de réseau, de garant de service et de référent de soins sont le résultat d'un consensus entre les représentants des Cabinets et Administrations ministériels des deux régimes linguistiques du pays. En effet, il fallait arriver à ce consensus pour assurer une bonne compréhension en français et en néerlandais.

C'est un groupe de préférence fermé, qui établit, dès le départ, un plan de travail structuré (plan de programme) comprenant obligatoirement : la finalité recherchée (construction opérationnelle du réseau), les objectifs généraux pour y parvenir, les actions à mener, les moyens à y affecter, un échéancier (un agenda opérationnel ou plan d'élaboration stratégique (Fleury & Coll, 2000 ; De Beer, 2013), une analyse feed back (évaluation en continu des résultats).

Ce plan programme est connu et bien intégré par tous les membres du comité de travail (le coordinateur de réseau et les garants de services). Il est sous la responsabilité globale du coordinateur de réseau qui veille à la réalisation des objectifs par une animation dynamisante des différents acteurs (pilotage).

→ Mise en place des comités de fonctions

Ils sont au nombre de cinq et réunissent, l'ensemble des partenaires par fonction, ils sont en lien direct et permanent avec le comité de travail stratégique.

→ Construction participative des outils

Cette étape est, bien sûr, la plus importante du plan programme. Elle a pour but de renforcer la coopération, résultat attendu d'une construction d'un réseau par les acteurs eux-mêmes.

Les objectifs peuvent être résumés à ces concepts clés : « L'organisation, la planification, l'élaboration des stratégies, l'établissement de complémentarités, la concertation, la coordination, la conception d'outils nouveaux, l'information et le partenariat. »

On comprend, dès lors, l'importance du choix du coordinateur de réseau, qui est en permanence confronté à des missions tant stratégiques et politiques, que d'organisation et de gestion, nécessitant un savoir-faire en communication. Il est aussi le facilitateur des processus de changements.

Dans cette étape de construction des outils, on peut retenir deux axes :

- Tout d'abord, la mise en commun des pratiques (des ressources), avec cette étape qui s'avère importante, mais souvent minimisée. On a souvent l'impression de connaître les partenaires mais cette connaissance des différentes ressources du territoire peut être incomplète, obsolète et demande une mise à jour permanente et un contact maintenu. C'est une des missions du comité de travail. La pratique de l'immersion (si possible croisée) au sein des services est recommandée.

Il s'agit d'un temps pendant lequel le garant de service est intégré, vit de l'intérieur le travail d'un ou de plusieurs services partenaires du réseau territorial. Il s'intéresse en profondeur aux conditions d'accès, à l'organisation du travail, aux programmes ou modules proposés. Il comprend la réalité du quotidien des partenaires, leur potentiel, mais aussi leurs limites.

Cette étape permet la mise en œuvre des potentialités du terrain, notamment par un décloisonnement des acteurs et des pratiques.

- La mise en place de consensus (aboutissant à des procédures) qui est également une étape indispensable. Les procédures sont construites par les acteurs eux-mêmes, elles prennent la forme de conventions de collaboration. Ces procédures constituent le cadre opérationnel du travail en réseau précisant de façon très claire, compréhensible, *qui fait quoi, quand et comment*.

→ Construction participative des méthodologies

A cette étape de construction du réseau, le coordinateur du réseau et les garants de services ont à définir une méthodologie de travail commune, la construction d'un modèle de fonctionnement visant à utiliser de façon intégrée dans un même programme les différentes ressources disponibles dans le réseau. Parmi les bonnes pratiques issues de la littérature ou des projets thérapeutiques (Somme et coll, 2008 & Becker, 2006 & Hutchinson, 2004 & Carrier, 1998), le modèle du plan de service individualisé ou plan de soins individualisé est l'approche la plus formalisée de ce type de préoccupation.

Ce modèle permet d'établir des procédures de formalisation, de planification et de coordination des interventions liées aux soins, à la réhabilitation psychosociale, à l'insertion des usagers, ce qui requiert de multiples ressources. Chaque projet définit une méthodologie propre concertée qui aboutit au développement du réseau organisationnel.

→ Développement de la fonction « référent de soins »

Cette étape est essentielle, elle est l'aboutissement et la réussite du projet de travail en réseau au départ de l'utilisateur. Dans la construction des procédures et des méthodologies, et dans un souci d'efficacité de travail en réseau autour de l'utilisateur, cette nouvelle fonction joue un rôle déterminant : elle utilise les procédures (conventions) signées par le coordinateur du réseau et les garants de services centrent leur action sur l'utilisateur et sont les pivots d'une coordination centrée sur les besoins de l'utilisateur. Le 'référent de soins' est responsable d'un parcours optimal de l'utilisateur et ils assurent la liaison entre les ressources (fonctions) disponibles du réseau.

### 3. Implémentation de la Réforme : le développement des réseaux

#### 3.1. Projets pilotes

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, les 19 projets qui ont été retenus ont tous débuté la construction du réseau et la mise en place des équipes mobiles. La totalité des projets couvrent actuellement un ensemble de communes sur le territoire belge qui représente une population de 7.933.919 habitants pour un total de la population belge de 11.082.744 habitants.

Répartis par région, nous notons la situation suivante :

	Nombre total d'habitants	Nombre d'habitants concernés dans les projets
<b>Bruxelles</b>	1.147.043	484.045
<b>Flandre</b>	6.376.425	5.144.668
<b>Wallonie</b>	3.559.276	2.305.206

Tableau 2 : Population concernée par les projets

La cartographie des projets sur la Belgique est donc la suivante :

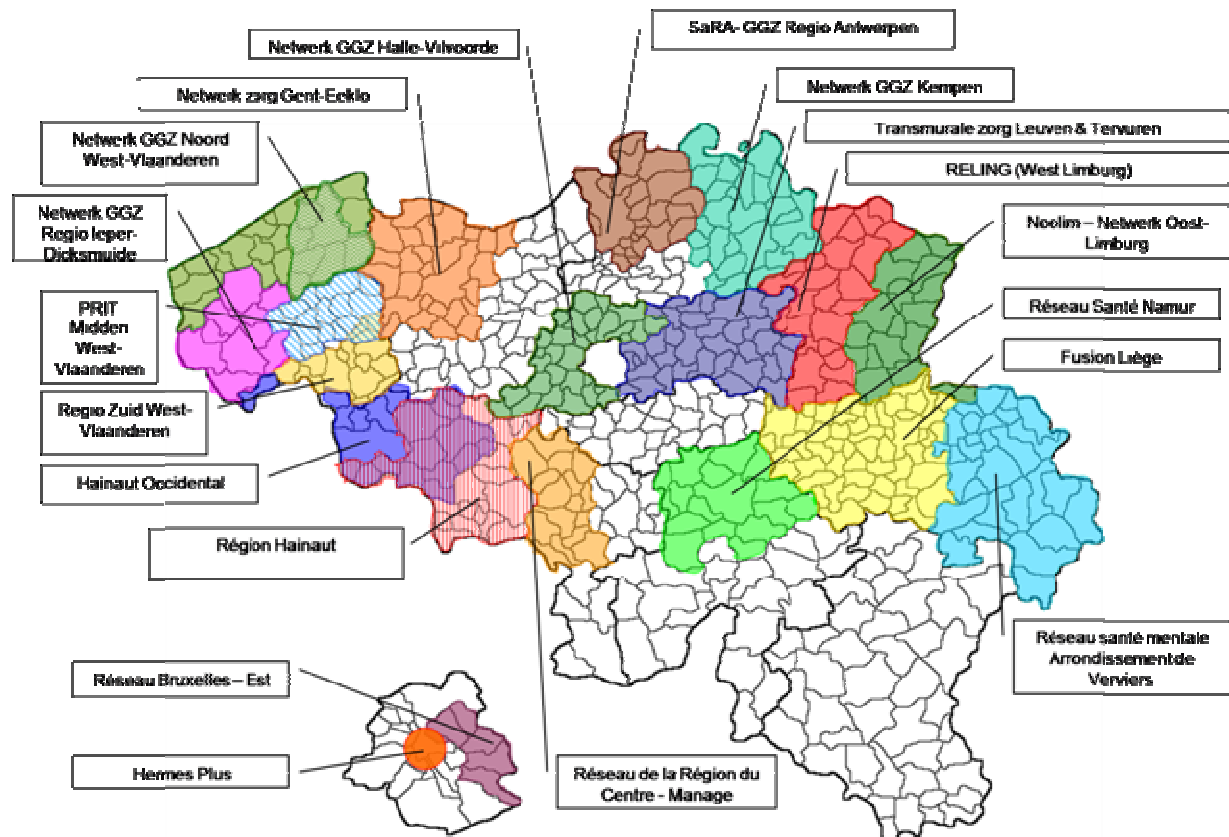


Figure 2 : Cartographie des projets

### 3.2. Une approche participative, par l'inclusion des usagers et des familles

La participation des usagers et des familles dans l'organisation des soins s'est développée, en Belgique, depuis maintenant de nombreuses années. Sans remonter trop loin, il faut considérer comme référence la "Note politique relative à la santé mentale" en 2005 du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Rudy Demotte.

Dans cette note politique, le Ministre aborde les éléments concrets qui doivent mener à une réorganisation des soins en santé mentale dans les circuits et réseaux de soins.

Les représentants des usagers et des familles en ont compris les enjeux. Il leur semblait donc impératif de participer activement à ce mouvement novateur et à sa mise en œuvre s'agissant de l'évolution future des soins en santé mentale en Belgique.

Dans le cadre de ces projets pilotes, 2 associations d'usagers, UilenSpiegel et Psytoyens, ainsi que 2 associations de familles, Similes Wallonie et Similes Vlaanderen, ont été sollicitées pour participer à la réflexion transversale de cette nouvelle approche visant à reconnaître et à concrétiser la notion de participation des usagers et des familles.

28

---

A la fin du printemps 2007, le Cabinet des Affaires sociales et de la Santé Publique et le Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, informent les organisations d'usagers et de familles de l'utilité d'inclure dans le partenariat un comité scientifique dont le pilotage a été confié à des experts de LuCas (centre de recherche interdisciplinaire de la Katholieke Universiteit Leuven) et à l'Association Interrégionale de Guidance et de Santé.

Les objectifs étaient alors les suivants:

- améliorer la représentation des familles et des usagers à l'organisation des soins de santé mentale
- accroître cette représentation au niveau politique.

Une possibilité inédite et unique était ainsi offerte aux usagers et aux familles d'être reconnus comme partenaires des professionnels de terrain dans la réflexion et l'action visant à poursuivre la Réforme du secteur de la santé mentale.

2010 marque le début officiel de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux ; qui concerne donc une étape nouvelle de la Réforme des soins en santé mentale prônant une organisation des soins centrés sur les besoins des usagers pris en considération dans leur milieu de vie.

C'est une nouvelle philosophie, un changement de culture considérable qui demandera du temps à la fois aux Autorités compétentes, aux directions d'institutions, aux professionnels mais aussi au sein des associations d'usagers et de familles.

Les 6 associations (usagers, familles et experts) ont donc été invitées à poursuivre la réflexion concernant le processus de concertation, entamé plus de deux ans auparavant.

Un financement spécifique a été réservé pour permettre aux représentants des usagers et des familles de réaliser des missions précises qui sont négociées et précisées dans un contrat signé avec la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique.

Voici, ci-dessous, un détail des objectifs et des actions réalisées par les 6 partenaires du projet :

- Favoriser la participation de représentants d'usagers et de proches à la Réforme en étant intégrés à des degrés divers à tous les projets. En effet, des représentants d'usagers et de proches sont présents au sein des comités de réseau et de fonction des projets.
- Les associations de terrain doivent favoriser la participation de leurs représentants par un soutien et un coaching en continu.
- De manière à recueillir des recommandations, les associations ont construit des questionnaires, qu'ils ont appelés « checklists »<sup>7</sup>.

Ils sont de deux types :

Deux questionnaires à l'attention des usagers et des proches qui bénéficient d'un soutien dans le cadre de la Réforme.

Deux questionnaires à l'attention des représentants d'usagers et de proches qui sont impliqués activement dans les projets.

---

<sup>7</sup> Voir Annexe n° 1

Ces questionnaires ont déjà été testés tant aux niveaux micro et méso que macro, ils ont été réadaptés en fonction des remarques et des critiques émises par les représentants, les usagers et les proches.

- Soutenir et implémenter les recommandations rédigées dans les rapports d'activités précédents, ainsi que les bonnes pratiques identifiées
- Diverses rencontres formatives ont été dispensées aux coordinateurs de réseau, d'autres sont en cours, à l'attention :
  - Des comités de réseau
  - Des comités de fonction
  - Des psychiatres
- Un colloque a eu lieu le 18 octobre 2013 qui avait pour thème : « La plus-value de la participation au sein de la Réforme : présentation et échange » Son objectif était, non seulement de valoriser le projet, le rendre visible, mais aussi de mettre l'accent sur les bonnes pratiques et sur les freins à la participation.
- Des annexes aux guides de la Réforme ont été sollicitées :
  - Le guide « Les familles comme partenaires de soins » a été testé en 2012, il a été largement diffusé et sert régulièrement de base dans le cadre des rencontres formatives à l'attention des professionnels.
  - Le guide « Comment travailler en partenariat avec les usagers de la santé mentale » est en cours d'élaboration.

Le projet « participation des représentations des patients et de leurs familles » est donc complètement intégré dans la Réforme; on peut considérer qu'il y a un impact à différents niveaux, à savoir :

- au niveau macro : vers les Autorités politiques et de l'Administration, que ce soit au niveau Fédéral, Régional et Communautaire.
- ➔ par des recommandations qualitatives concernant la mise en place et le déroulement de la Réforme. Un comité d'accompagnement organisé par les Autorités Fédérales est organisé trimestriellement afin de suivre l'évolution des missions et de prendre en considération l'état d'avancement des recommandations.

- au niveau meso : vers les institutions qui construisent les réseaux locaux dans le cadre de la phase expérimentale de la Réforme.
  - en participant aux différentes réunions des comités de réseau, de fonction, et en donnant l'avis des usagers/familles concernant les processus mis en place, les méthodologies développées...
  
- au niveau micro : vers les usagers/familles eux-mêmes au niveau individuel
  - en construisant les outils permettant aux usagers et aux proches de comprendre et s'impliquer dans les différentes étapes de la Réforme.

## 4. Evaluation et follow-up scientifique de la Réforme (des soins en santé mentale)

---

Les Autorités ont confié au coordinateur fédéral, le pilotage du programme de recherche scientifique avec trois équipes universitaires qui réalisent et poursuivent des objectifs spécifiques en lien avec leur expertise : Il s'agit de l'Université Catholique de Louvain (Louvain-la-Neuve), la Katholieke Universiteit Leuven-Lucas (Leuven), la Vrije Universiteit Brussel (Bruxelles). Les objectifs de recherche poursuivis sont de plusieurs ordres et sont spécifiques à chaque collecte de données effectuée dans le cadre de l'étude de faisabilité de la Réforme « vers de meilleurs soins en santé mentale ». Je vous présente ici le cadre général, ainsi que quelques objectifs et résultats dans le cadre de la recherche.

### 4.1. Approche « bottom-up »

L'approche méthodologique qui domine dans le cadre de la Réforme des soins en santé mentale peut être qualifiée de « bottom-up », dans la mesure où la démarche procédurale trouve son ancrage dans les pratiques de soins en santé mentale, faisant ensuite l'objet d'une analyse, d'un questionnement, d'un remaniement. Le souhait est de démarrer de l'opérationnel et de l'expérience, pour ensuite retravailler les pratiques de soins, de réseaux et de concertations, et ce, avec l'utilisateur au centre du dispositif.

Cette vision « bottom-up » prend en compte les propositions et recommandations des acteurs, dans un souci de participation, d'échange et d'inclusion, sans perdre de vue la philosophie de base inspirée des recommandations de l'OMS et d'une vision centrée sur le rétablissement.

### 4.2. Méthode d'évaluation de la Réforme et de l'approche par réseaux

La stratégie de recherche est ici fondée sur les méthodes d'évaluation de programme (par exemple, Rossi et al, 2004; Patton, 1986) et l'évaluation réaliste (Pawson et Tilley, 1997, Greenhalgh et al, 2009). La collecte des données est essentiellement qualitative : en utilisant une analyse systématique du contenu des documents et des sources électroniques, entretiens individuelles et de groupe. Une attention particulière est portée aux différentes parties prenantes.

Nous avons, tout d'abord, analysé les « plans » de réseaux et nous avons tenté de comprendre les choix sous-jacents pour la construction de ces réseaux, et ce, dans le cadre du programme établi par le gouvernement. Dans un second temps, nous avons évalué les facteurs internes et externes facilitant ou entravant leur mise en place. Ce travail doit se poursuivre, par l'accompagnement du processus et l'implémentation de la Réforme.

#### 4.3. Les résultats préliminaires, via l'expérience de neuf réseaux

L'étude est en cours. Nous livrons donc un résumé des résultats préliminaires couvrant l'expérience de neuf réseaux ; soit les premiers à s'être implémentés, et ce, depuis le début des projets en 2009 jusqu'à l'automne 2013. L'équipe de recherche de la Vrije Universiteit Brussel met principalement l'accent sur la « couverture géographique des réseaux et le développement des 'réseaux interorganisationnels' (ION) et la collaboration ».

Une attention particulière est accordée à la gouvernance du réseau. L'analyse est inspirée par les théories institutionnelles (Desreumaux, 2006) et des études « bottom-up ». Ces études identifient des caractéristiques liées aux pratiques dans lesquelles les organisations et les réseaux inter organisationnels se déploient ainsi que des modèles de gouvernance (Lamothe, 2002 & Provan, 2004 & Josserand, 2007 & Biarez, 2004)

Les plans des réseaux comprennent différents éléments, leur permettant de se définir et donnant leur identité propre :

- La couverture géographique (caractéristiques régionales et de superficie urbain, rural) diffère de manière assez significative entre les réseaux. Les Régions ne sont pas délimitées en fonction des besoins ou des caractéristiques épidémiologiques.
- Eventuellement, une différenciation des zones « sous-régionales », résultant du développement de "sous- ION"<sup>8</sup>. Dans de nombreux projets, la fonction "2" est développée le long des lignes sous régionales (avec les partenaires de réseau sélectionnés).

---

<sup>8</sup> ION= Inter Organizational Network - réseaux interorganisationnels

- La «complexité» des réseaux (mesurée par le nombre de partenaires et la diversité des secteurs concernés) varie grandement. Une distinction claire doit être faite entre les partenaires «officiels» du réseau (par la signature d'un accord de collaboration) et les « informels » (être informé ou impliqué sur une base informelle)
- La plupart des réseaux - partenariats dans ce programme sont construits sur base de collaborations préexistantes.
- La complexité de la coordination et le modèle de gouvernance sont fortement associés à la complexité du réseau, bien que des variations se produisent.
- Les buts et les objectifs du projet / ION sont écrits dans un discours très «général» : ils font référence à une évolution globale de la politique de la société, mais il manque de spécificité dans l'élaboration.

Certains réseaux ont choisi, dès le départ, d'inclure tous les partenaires potentiels du territoire dans un processus de collaboration. D'autres projets, ont plutôt choisi de démarrer la conception de leur réseau avec un groupe restreint de partenaires connus.

Les premières expériences de mise en œuvre soulignent que tous les projets ont théoriquement fonctionné dans les zones géographiques initialement désignées, bien que beaucoup aient implanté les différentes fonctions à un niveau subrégional. Ensuite, ils ont poursuivi leur développement durant les deux premières années de fonctionnement du programme. Puis, la plupart d'entre eux se concentrent sur la mise en œuvre et les aspects opérationnels de la fonction 2. Le développement d'une approche géographique globale pour la prestation de soins en santé mentale dans la région n'est pas une question prioritaire pour tous. Le principal point d'attention reste les questions opérationnelles.

La stratégie de « déployer » le réseau varie entre projets : certains ION commencent avec les principaux partenaires avec lesquels ils ont collaboré précédemment, d'autres ont effectué de longs tours de consultation et d'information auprès des partenaires potentiels. Presque tous les ION ont adapté leur coordination et leur gouvernance au cours de la mise en œuvre : certains ION ont ajouté des gouvernances et des couches de direction, d'autres ION ont supprimé certaines de leurs plates-formes de coordination. En général, ces choix ont été basés sur une perception de l'inefficacité des conseils ou des comités et sur la peur de perdre l'engagement des partenaires à cause de ces inefficacités.

Dans l'ensemble, il y a un turn-over tout à fait pertinent des coordinateurs de projets, aussi parce que de nombreux coordinateurs ont perdu leur engagement en raison de la complexité et la charge de travail. En plus de la gouvernance, certains ont du mal avec les dirigeants de l'ION: l'approche est, dans la plupart des projets, limitée à une coordination bureaucratique administrative.

Notons également qu'avec les chercheurs de l'Université Catholique de Louvain, trois grands objectifs sont pris en considération : tout d'abord, décrire et comprendre les réseaux et circuits de soins au sein des différents projets de la Réforme; puis, décrire la patientèle des projets et caractériser les usagers dont la concertation autour d'une prise en charge multi-services est plus appropriée ; et enfin, décrire cette frange plus spécifique de la population étudiée en termes de qualité de vie, de continuité de soins et de consommation du réseau.

Concernant l'analyse de la structure du réseau de soins, plusieurs résultats probants ont été relevés. Tout d'abord, les services des projets de la Réforme sont fortement connectés entre eux, offrant ainsi un potentiel des parcours de soins optimaux aux usagers. Les liens sont hétérophiles, tendant à se déployer prioritairement vers des services ayant une offre de soins complémentaire, ce qui peut être considéré comme des résultats positifs dans le cadre du processus de réforme. Les résultats indiquent que les services hospitaliers psychiatriques ont souvent une place centrale.

L'analyse de la patientèle des réseaux a démontré une participation relativement hétérogène des différents types de services inclus dans la phase-pilote de la Réforme. Les outils HoNOS (Andreas, 2010) et SIX (Priebe, 2008) ont permis de définir les usagers en terme de fonctionnement psycho-social et d'intégration sociale à travers tous les types de services.

Cela fut également une des études pionnières en matière de comparaison de patientèle entre toutes les couches de services composant la santé mentale en Belgique. L'étude a enfin déterminé un groupe privilégié pour la concertation pour une prise en charge multi-services.

Ce groupe s'apparente aux malades sévères et chroniques (SMI)<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> SMI = Severe mental illness

L'analyse sur ce groupe d'utilisateurs spécifiques a permis de montrer une relative satisfaction de la qualité de vie et de la continuité de soins des utilisateurs. Il semblerait qu'afin d'améliorer la qualité de vie de ceux-ci, les questions relatives à la sexualité et essentiellement à l'emploi seraient déterminantes. Concernant la consommation du réseau par les utilisateurs, nous avons pu voir que les fonctions 1 et 2 avaient un rôle complémentaire alors que la fonction 5 (voir supra) avait plutôt un rôle exclusif. Enfin, l'étude a également permis de montrer la grande précarité des utilisateurs d'un point de vue socio-économique. Ce résultat est conforme à ce que les cliniciens connaissent de ces utilisateurs.

#### 4.4. Enquête auprès des utilisateurs dits 'prioritaires' ou à problématique complexe

Nous nous sommes penchés sur le développement d'une étude de faisabilité dont voici les premiers résultats. Au terme de celle-ci, nous avons prévu de continuer l'évaluation sur le modèle de l'étude de faisabilité, moyennant des adaptations modérées.

L'enquête auprès des utilisateurs 'prioritaires' ou à problématique complexe (c'est-à-dire qui ont été désignés par le réseau de soins comme étant prioritaires dans le suivi par plusieurs ressources) est composée d'un questionnaire. Nous avons examiné, dans ce cadre, deux domaines d'évaluation : « le niveau de rétablissement de l'utilisateur » avec l'instrument « HOOP » (HOOP Test, 1999) et un questionnaire sur l'« empowerment » qui correspond à la capacité d'un individu à agir sur ses conditions de vie, à se représenter, investi de compétences pour ce faire (Bakker, 2012) ; ainsi que « la satisfaction des utilisateurs concernant l'offre de soins » avec un instrument « Visie op zorg » (vision des soins) (Van Humbeek, 1999).

Nous attendions les réponses de 150 utilisateurs et avons obtenu 95 questionnaires en retour.

Les résultats de cette enquête peuvent être résumés comme suit :

##### (1) Le niveau de rétablissement des utilisateurs

Les utilisateurs prioritaires se caractérisent par un degré modéré d'espoir et un degré un peu plus haut que la moyenne concernant le rétablissement. Plus concrètement : il y a encore beaucoup d'espace pour l'amélioration du sentiment d'espoir et de récupération de son propre pouvoir pour les utilisateurs prioritaires ; qu'ils soient ou non aidés par une équipe mobile semble n'avoir aucun effet significatif sur le sentiment global d'espoir et « d'empowerment ».

Cependant, on observe une tendance des usagers prioritaires à utiliser des nouvelles formes de soins, avec comme conséquence : un regard positif sur la vie et sur l'avenir, ainsi que le sentiment d'une vie précieuse et utile. Notons également que les usagers de sexe masculin donnent une plus grande importance que les usagers de sexe féminin à considérer que la vie est précieuse, utile et a un sens.

(2) La situation des usagers concernant les soins fournis.

Les résultats obtenus en utilisant l'instrument « Visie op zorg » montrent que : les usagers prioritaires sont globalement satisfaits de l'aide apportée par les fournisseurs de soins de santé ; le degré de satisfaction des usagers prioritaires dépend de leurs revenus. Les usagers qui bénéficient de 1500 à 2500 euros/mois sont globalement plus satisfaits de l'aide qu'ils reçoivent des professionnels que ceux ayant moins de ressources ; et les usagers prioritaires considèrent avoir besoin d'avantage de soutien dans certaines situations : éducation concernant la grossesse et le sida, continuité des soins, soutien par les pairs, prévention des rechutes et information aux familles et aux proches.

4.5. Enquête sur les membres de familles/proches en tant qu'aidants informels

L'enquête auprès des familles/proches en tant qu'aidants informels est composée d'un questionnaire ainsi que de focus groupes. Le questionnaire comprend les domaines d'évaluation suivants : « soutien pour les membres des familles en tant qu'aidants informels » par l'instrument du « thermomètre des soins en santé mentale » (Vragenlijst, GGZ Thermometer voor waardering door cliënten (volwassenenzorg versie 2003.2), ainsi que « la charge pour les familles en tant qu'aidants informels » à travers le « Zarit Burden interview » (Jeon, 2005 & Herbert, 2000).

Il était attendu un nombre de 500 réponses ; 158 questionnaires ont été enregistrés. Les focus groupes ont été construits sur les thématiques issues des questionnaires. Il était prévu 10 focus groupes ; 7 ont pu être organisés.

Les résultats de l'enquête des familles en tant qu'aidants informels (Repper & Carter, 2010) mettent en avant les éléments suivants :

- les membres des familles subissent une lourde charge, et une aide supplémentaire et un soutien financier seraient les bienvenus pour les tâches quotidiennes ;
- les membres des familles souhaitent un soutien administratif complémentaire afin de faciliter la coordination et la continuité des soins ;
- les aidants informels connaissent une forte charge émotionnelle (liée surtout à un manque de communication avec les médecins, ainsi que trop de stigma et de préjugés) ;
- les membres des familles pensent qu'ils pourraient bénéficier de plusieurs types de soutien comme une aide à la prise en charge émotionnelle, une psychothérapie, des entretiens de familles, un renforcement de l'information concernant les soins pour les usagers.

Les expériences en tant qu'aidants informels ont aussi un impact sur leur vie sociale et professionnelle. Les membres des familles pensent à différentes formes de soutien : plus de soutien par les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé, de la psychoéducation en individuel ou en groupe, et enfin une thérapie familiale. En outre, les membres des familles ne se considèrent pas suffisamment impliqués dans la surveillance et le traitement des usagers, cela peut dépendre de différents facteurs et notamment : la culture des services, des professionnels, le respect de la vie privée et l'assertivité des aidants informels.

Ceci pourrait être facilité par le recours à des experts d'expérience (Jouet, 2010), la reconnaissance des membres des familles en tant que partenaires à part entière dans les soins et une communication transparente avec les prestataires.

#### 4.6. Enquête sur les dispensateurs de soins

Dans le cadre de cette partie de la recherche, des enquêtes ont été réalisées vers les prestataires de soins et les domaines portant sur « la satisfaction au travail » et « les soins orientés vers le rétablissement » (Farkas, 2005) ont été évalués.

Les questionnaires dans lesquels se trouvent le « Job Satisfaction Scale (JSS) » (Spector, 1985) et le « Utrechtse Burn-out Schaal » (Schaufeli, 2003) ont été utilisés pour la « satisfaction au travail ». 500 réponses étaient attendues et 414 questionnaires ont été transmis. Les résultats du questionnaire sur la « satisfaction au travail » par les prestataires de soins indiquent qu'ils sont relativement satisfaits concernant les qualités intrinsèques du rôle au travail et la supervision au niveau du fonctionnement des services. Les prestataires de soins sont moins satisfaits de leur salaire et des promotions possibles.

Sur base des facteurs précédents, il y a peu d'éléments permettant de mettre en avant un 'burnout' des prestataires de soins. Dans ce cadre, nous constatons un niveau de satisfaction moindre au travail auprès des sous-groupes de prestataires de soins les plus âgés, ou ceux avec moins de cinq ans ou plus de trente-cinq ans d'expérience dans les soins de santé mentale et également les assistants sociaux et les ergothérapeutes (en comparaison aux infirmières psychiatriques, psychologues, psychiatres ou médecins). Nous constatons également un niveau de satisfaction moins élevé au niveau de l'organisation pour les prestataires de soins qui ont plus de quarante heures de travail par semaine.

Nous pouvons aussi noter des compétences plus élevées au niveau des prestataires de soins qui ont entre 5 et 35 ans d'expérience professionnelle. Enfin, il semble intéressant de souligner que les prestataires de soins des équipes mobiles ont, dans la phase exploratoire, un sentiment plus élevé de la compétence individuelle que les autres.

#### 4.7. Les soins orientés vers le rétablissement

Le niveau des soins orientés vers le rétablissement (Farkas et coll, 2005) a été également mesuré en utilisant le Recovery Oriented Practices Index (ROPI) (Burgess, 2010). Il est convenu d'utiliser le ROPI dans dix établissements. Huit ont pu prendre part à l'étude.

Les résultats de cette enquête peuvent être résumés de la manière suivante :

- Certaines conditions sont nécessaires pour assurer une orientation de travail centrée vers le rétablissement : un panel large de services et des programmes de soins individuels coordonnés, ainsi qu'une disponibilité satisfaisante pour répondre aux besoins tout en accordant une attention suffisante et individuelle à chacun des usagers.
- Un soutien de certaines compétences est primordial pour des professionnels des institutions résidentielles, ceci afin de promouvoir des valeurs telles que : la participation, les capacités et les compétences des usagers, ainsi que les rôles sociaux.

#### 4.8. Actualisation des missions confiées aux équipes scientifiques pour l'avenir.

##### Art. 4 : Caractéristiques du projet:

Le projet est mené dans le cadre général de la Réforme des soins en santé mentale (Article 107 de la loi sur les hôpitaux) et ce, en étroite collaboration avec le coordinateur des formations.

La formation et la recherche travaillent de concert et de manière coordonnée.

Les équipes scientifiques coopèrent les unes avec les autres et produisent un rapport annuel commun.

Chaque équipe est responsable d'une partie de ce rapport.

Tant qu'une nouvelle liste d'objectifs n'a pas été éditée, ce sont sur les objectifs suivants que les équipes scientifiques doivent concentrer leurs actions

Les objectifs généraux

- Sur base de l'étude de faisabilité menée précédemment, les trois équipes scientifiques transmettent les résultats de la recherche scientifique qui a pour objectif d'évaluer la Réforme dans le cadre tous les projets (19).
- La participation à la recherche est obligatoire pour tous les projets (19)
- Un comité d'accompagnement sera constitué dans le but d'analyser l'évolution du processus scientifique de la Réforme.
- La recherche portera sur les acteurs suivants:
  - Les acteurs médicaux,
  - Les acteurs favorisant l'intégration sociale, professionnelle et l'autonomie,
  - Les équipes mobiles,
  - Les services résidentiels,
  - Les conventions INAMI<sup>10</sup>,
  - Les partenaires "ambulatoires" de soins en santé mentale,
  - Les partenaires hors santé mentale (par exemple: les services intégrés pour les soins à domicile).
- Si nécessaire, répondre aux questions que se posent le comité de pilotage et qui nécessitent des compétences scientifiques.
- Présentation des résultats de la recherche scientifique au comité de pilotage préalable à l'Inter-cabinet Ministériel de Décembre 2014.
- Présentation des résultats de la recherche scientifique à l'occasion de l'Inter-Cabinet Ministériel de Décembre 2014.
- Actualisation de la littérature concernant les expériences étrangères en matière de réseaux de soins en santé mentale et d'intégration sociale des usagers dans la société.
- Formuler des recommandations en matière de compétences professionnelles nécessaires aux différents acteurs sur base de la recherche scientifique.
- Formuler des recommandations relatives à la prolongation de la recherche scientifique à partir du 1er Janvier 2015.

---

<sup>10</sup> INAMI :Institut National Assurance Maladie Invalidité

- Les résultats de la recherche scientifique sont régulièrement communiqués à tous les projets.

Des objectifs plus spécifiques à chaque équipe scientifique ont également été formulés, ils se trouvent en annexe.<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Voir Annexe n° 2

## Chapitre 2:

# Conceptualisation du modèle

Dans ce chapitre, je propose d'analyser la possibilité de mettre un cadre conceptuel et d'implémenter le modèle sur l'ensemble du territoire.

Au niveau du plan stratégique de la Réforme des soins en santé mentale, la phase exploratoire initialement prévue jusqu'en décembre 2014 est prolongée au 31 décembre 2015, ceci afin d'aligner dans un même timing l'ensemble des 19 projets.

Ceci me permet également de développer une réflexion avec une base de données plus complète.

Pour cette analyse, je propose les étapes suivantes sous forme de questions :

- quels sont les besoins, pour couvrir l'ensemble du territoire belge en équipes mobiles et cette question est posée à 2 niveaux :
  - o au niveau qualitatif, à savoir : combien d'équivalents temps plein en termes de personnels seront nécessaires pour couvrir l'ensemble du territoire belge et, en fonction de ce constat, quel est le nombre de lits psychiatriques qui devra être gelé pour récupérer les moyens financiers et de personnels nécessaire pour la reconversion.
  - o au niveau qualitatif, à savoir : quelles seront les normes d'encadrement nécessaires pour construire ces équipes, quelles seront les tâches prioritaires et différenciées des équipes mobiles de traitement intensif et pour les équipes mobiles de suivis de longue durée ? Quels seront les case load... ?
  
- quel est le rôle des médecins psychiatres au sein de cette nouvelle offre de soins en tentant également de nuancer la spécificité des tâches au sein des équipes mobiles 2a et des équipes mobiles 2b<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Equipes mobiles 2a : équipes mobiles ou ambulatoires de traitement intensif, pour les situations de crise.

Equipes mobiles 2b : équipes mobiles ou ambulatoires pour les personnes qui nécessitent des suivis de longue durée.

## **1. Besoins qualitatifs et quantitatifs en termes d'équipes mobiles pour couvrir l'ensemble du territoire.**

---

### 1.1. Points de départ

Pour rappel, le modèle que nous développons dans le cadre de la Réforme des soins en santé mentale a comme originalité d'associer, avec une vision globale, l'ensemble du dispositif des soins en santé mentale en intégrant les ressources des institutions hospitalières et les services développés dans la communauté.

Pour construire ce nouveau modèle et en assurer sa pérennité, nous postulons qu'un nombre de fonctions minimum doivent être remplies ; fonctions qui progressivement s'organisent en réseau sur le territoire.

Les fonctions rassemblent l'ensemble des partenaires importants pour assurer une offre globale. L'aspect novateur de la Réforme concerne le développement des équipes mobiles.

La mise en place des équipes mobiles est le résultat d'une neutralisation de lits hospitaliers (gel de lits).

45

---

Si on analyse les dossiers de candidature des projets de la phase exploratoire, et prenant en considération les chiffres provisoires de ces dossiers, nous devons avoir en termes de lits neutralisés pour l'ensemble des projets :

- 663 lits T
- 104 lits A
- 203 lits a/t
- 100 lits tf et 15 lits TF

Ce qui correspond à environ 11% du nombre total des lits A et T en Belgique (9.428 lits A et T).

Pour mieux comprendre, il faut entendre par :

- "Lits T" : lits situés dans les services neuropsychiatriques de traitement de malades adultes;
- "Lits A" : lits situés dans les services neuropsychiatriques d'observation et de traitement de malades adultes;
- "Lits aj" : places situées dans les services d'hospitalisation de jour neuropsychiatriques d'observation et de traitement de malades adultes;
- "Lits tj" : places situées dans les services d'hospitalisation de jour neuropsychiatriques de traitement de malades adultes;
- "Lits a" : lits ou places situés dans les services d'hospitalisation de jour ou de nuit neuropsychiatriques d'observation et de traitement de malades adultes ;
- "Lits t" : lits ou places situés dans les services d'hospitalisation de jour ou de nuit neuropsychiatriques de traitement de malades adultes;
- "places Tf" : places pour les soins psychiatriques en milieu familial;
- "Lits psychogériatriques Sp" : lits situés dans les services pour le traitement et la réadaptation des malades souffrant d'affectations psychogériatriques;
- " Lits IB (PTCA-Adultes) " : lits pour le traitement intensif de patients psychiatriques, groupe cible des patients présentant des troubles graves du comportement et/ou agressifs.)

De manière plus simple pour certains lits:

- Lits A pour une hospitalisation courte, psychiatrie aiguë
- Lits T pour une hospitalisation beaucoup plus longue ou indéterminée, psychiatrie chronique
- Lits IB: lits pour le traitement intensif de patients psychiatriques, groupe cible des patients présentant des troubles graves du comportement et/ou agressifs
- Lits SP: psycho-gériatrie
- Indice Tf (lit): concerne des patients au sein de familles d'accueil.
- Indice Tf (place): soins permanents par une famille d'accueil

## 1.2. Définition des normes quantitatives d'encadrement :

La phase exploratoire doit me permettre de définir de façon théorique quelles seraient les normes d'encadrement possibles et disponibles pour développer dans de bonnes conditions des équipes mobiles 2a et des équipes mobiles 2b.

Je dois également analyser comment assurer la pérennité de ce nouveau dispositif. Enfin, je dois évaluer les différentes pistes qui permettront de couvrir l'ensemble du territoire belge.

Pour documenter cette réflexion, j'ai suivi plusieurs pistes, à savoir :

- *l'input international et la littérature scientifique ;*
- *un questionnaire spécifique aux experts de UK, Pays-Bas, Grèce et France ;*
- *un questionnaire spécifique aux projets locaux de la phase 1 ;*
  
- *l'input international et la littérature scientifique :*

L'input international et les documents dont je me suis inspiré proviennent principalement des travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé et de rencontres et visites que nous avons réalisées avec les partenaires :

- de UK :
  - o Centre for Community Mental Health - Birmingham City University
- de France :
  - o Etablissement Public de Santé mental, Armentières
  - o Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France)
- de Hollande :
  - o Innovations in Mental Health | School for Mental Health & Neurosciences | Maastricht University
- de Suisse :
  - o Lausanne : Centre hospitalier universitaire vaudois, service de psychiatrie communautaire

- de Norvège :
  - o Faculté de Médecine d'Oslo
  - o Coordination des soins de santé mentale sur le comté du Østfold
- de Grèce :
  - o Epapsy
  - o Society of Social Psychiatry and Mental health
- du Canada (Québec):
  - o Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction nationale de la santé mentale

Ces partenaires sont reconnus au niveau international pour leur expertise, soit parce ce qu'ils ont développé eux-mêmes des modèles novateurs à l'échelon local ou national ou encore en tant qu'experts scientifiques ayant contribué à l'organisation et à la mise en place de nouveaux systèmes de soins dans leur pays.

- *un questionnaire spécifique aux experts de UK, Pays-Bas, Grèce et France ;*

La littérature scientifique internationale et les nombreuses visites que j'ai réalisées sur le terrain dans les différents pays partenaires, m'ont certainement amené beaucoup d'éléments qui m'ont aidé à mieux comprendre le fonctionnement des équipes mobiles dans la réalité locale.

J'ai, cependant, souhaité analyser certaines données chiffrées concernant le développement des équipes mobiles dans ces régions ou pays partenaires, tout en prenant en considération bien sûr que la réalité est bien différente en termes d'organisation des systèmes de soins, de moyens financiers ou encore de culture locale.

Néanmoins, des éléments significatifs pouvaient être pris en considération.

Un template<sup>13</sup> a été envoyé à chacun des partenaires (période mars 2013).

---

<sup>13</sup> voir Annexe n° 3

Ces questionnaires m'ont permis de dégager un premier résultat concernant la composition des équipes mobiles en termes de personnels (nombre d'équivalents temps plein).

Ce premier résultat ne me permet pas de différencier la composition des équipes mobiles 2a et des équipes mobiles 2b dans la mesure où chez nos partenaires transnationaux, il n'y a pas toujours la nuance crise/longue durée en termes de dispositif ; une seule équipe réalise parfois l'ensemble des missions que nous avons considérées dans notre modèle comme étant différenciées.

Mon souci était de réaliser un tableau incluant à la fois les résultats transmis par les 10 projets de la phase 1 exploratoire en Belgique et les résultats transmis par nos partenaires de France, de Hollande, de Norvège, de Grèce et de UK.

Le tableau ci-dessous montre bien sûr des situations très différentes voire même des extrêmes.

J'ai souhaité me concentrer sur la partie centrale du tableau et retenir qu'une équipe mobile est moyennement composée de 8 ETP / 100.000 habitants (pas de différenciation entre les équipes mobiles 2a et les équipes mobiles 2b à ce niveau de l'analyse).

<b>INTERNATIONAL France (Lille)</b>	30 etp <sup>14</sup> / 80.000 hab <b>1 etp/2667 hab.</b>	37,50 etp/100.000 hab.
<b>Tournai</b>	29,1 etp / 19.0675 hab. <b>1 etp/6552 hab.</b>	15,26 etp/100.000 hab.
<b>INTERNATIONAL Hollande</b>	7 etp / 48.284 hab. <b>1 etp/6898 hab.</b>	14,50 etp/100.000 hab.
<b>INTERNATIONAL Norvège</b>	Urbain: 1 etp/5000-6428 hab. Rural : <b>1 etp/8333-8928 hab.</b>	17,50 etp/100.000 hab. 9,33 etp/100.000 hab.
<b>INTERNATIONAL Grèce</b>	5,5 etp / 50.000 hab. <b>1 etp/9090 hab.</b>	11,00 etp/100.000 hab.
<b>INTERNATIONAL Royaume-Uni</b>	28 etp / 300.000 hab. <b>1 etp/10.714 hab.</b>	9,33 etp/100.000 hab.
<b>Leuven</b>	48,98 etp / 55.0000 hab. <b>1 etp/11.229 hab.</b>	8,91 etp/100.000 hab.
<b>Bruxelles-Est</b>	20,5 etp / 250.727 hab. <b>1 etp/12.231 hab.</b>	8,18 etp/100.000 hab.
<b>Gent</b>	48,71 etp / 248.242 hab. <b>1 etp/12.266 hab.</b>	8,15 etp/100.000 hab.
<b>Namur</b>	23,3 etp / 30.7732 hab. <b>1 etp/13.207 hab.</b>	7,57 etp/100.000 hab.
<b>Noord-West Vlanderen</b>	29,75 etp / 21.2687 hab. <b>1 etp/14.282 hab.</b>	7,00 etp/100.000 hab.
<b>Reling</b>	30,4 etp / 477.069 hab. <b>1 etp/15.693 hab.</b>	6,37 etp/100.000 hab.
<b>Mons/Leuze</b>	26,65 etp / 421.576 hab. <b>1 etp/15.819 hab.</b>	6,32 etp/100.000 hab.
<b>Liège</b>	35,12 etp / 617.131 hab. <b>1 etp/17.572 hab.</b>	5,69 etp/100.000 hab.
<b>Kempen</b>	20,08 etp / 442.500 hab. <b>1 etp/22.037 hab.</b>	4,54 etp/100.000 hab.

Tableau 3: Résultats enquête, nombre équivalents temps plein / 100 .000 habitants

<sup>14</sup> etp ou ETP = équivalents temps plein

Cette première analyse m'a également permis de définir théoriquement le nombre d'équivalents temps plein qui serait nécessaire pour couvrir l'ensemble du territoire, par région et par province en prenant en considération le nombre d'habitants.

	<b>Habitants</b>	<b>Nombre théorique ETP Equipe mobile</b>
<b>BELGIQUE</b>	<b>11.082.744</b>	<b>886,62</b>
<b>BRUXELLES</b>	<b>1.147.043</b>	<b>91,76</b>
<b>FLANDRE</b>	<b>6.376.425</b>	<b>510,11</b>
Flandre occidentale	1.172.478	93,80
Flandre orientale	1.459.661	116,77
Anvers	1.790.924	143,27
Limbourg	852.778	68,22
Brabant flamand	1.100.584	88,05
<b>WALLONIE</b>	<b>3.559.276</b>	<b>284,74</b>
Brabant wallon	388.429	31,07
Hainaut	1.326.962	106,16
Namur	482.233	38,58
Liège	1.086.232	86,90
Luxembourg	275.420	22,03

Tableau 4: *Nombre théorique d'équivalents temps plein sans différenciation entre équipes mobiles 2a et 2b*

Dans un second temps, cette analyse m'a également permis de mesurer pour chacun des 10 projets de la phase 1 exploratoire, les territoires choisis ainsi que l'écart entre l'intention indiquée dans le dossier de candidature et la réalité de mise à disposition d'équivalents temps plein au moment de l'enquête.

	<b>Nombre théorique ETP</b>	<b>Nombre effectif ETP</b>	
Arrondissement Leuven + zorgregio Tervuren	46,1	49,0	106%
Regio Eeklo-Gent	49,6	48,7	98%
Réseau Santé Namur	25,4	23,3	92%
Netwerk GGZ Noord West Vlaanderen	34,6	29,8	86%
GGZ Netwerk « Reling »	39,6	30,4	77%
Netwerk geestelijke gezondheidszorg Kempen	35,6	20,1	56%
Fusion Liège	64,2	35,1	55%
Bruxelles Est	38,7	20,5	53%
Hainaut Occidental, Tournai	13,9	29,1	
Recouvrement Tournai/Leuze	10,5		
Mons, Leuze et Hainaut	23,6	26,7	
	<b>48,1</b>	<b>55,8</b>	<b>116%</b>

Tableau 5 : *Ecart entre nombre détaché d'équivalents temps plein théorique et nombre détaché d'équivalents temps plein effectif*

Explication :

Si l'on considère, par exemple, le projet de la région Eeklo-Gent, je note que sur base du calcul théorique (voir tableau 6), il faudrait détacher 49,6 équivalents temps plein pour composer les équipes mobiles 2a et les équipes mobiles 2b.

Au moment de l'enquête, ce projet, par la fermeture des lits psychiatriques avait déjà effectué un transfert de 48,7 équivalents temps plein, ce qui correspond au 98% nécessaire.

Par contre, au moment de l'enquête, je remarque que le projet Bruxelles Est a effectué seulement un transfert de 20,5 équivalents temps plein sur les 38,7 équivalents temps plein théoriques, ce qui correspond seulement à 53%.

### 1.3. Définition des normes qualitatives d'encadrement :

Au-delà d'un calcul théorique du besoin en équivalents temps plein pour couvrir le territoire en équipes mobiles, il faut différencier, comme convenu dans notre modèle, la spécificité, les tâches et missions spécifiques des équipes mobiles 2a et des équipes mobiles 2b.

53

---

L'enquête que j'ai réalisée pour obtenir les informations me permettant de faire une première proposition est issue de plusieurs sources, à savoir :

- *des réunions de coaching individuel avec les coordinateurs de la phase 1 :*

Réalisées de manière régulière par l'Expert Team, concernant à la fois la mise en place des équipes et bien sûr également la construction du réseau dans son ensemble.

- *des réunions sur terrain avec les chefs de service et les psychiatres des équipes mobiles 2a et 2b de la phase 1 :*

Réunions auxquelles sont conviés les coordinateurs de réseau et dont la finalité a été de clarifier, à ce moment de la phase exploratoire, les nuances entre les missions, le public cible, les horaires d'activités, le rôle des psychiatres, ....

- *des rencontres avec les médecins psychiatres ;*

Représentants des directions médicales des hôpitaux de Flandre, de Bruxelles, de Wallonie et prenant en considération, plus spécifiquement le point de vue des psychiatres dans la construction et la définition des tâches des équipes 2a et 2b ;

- *les avis délivrés par le CNEH<sup>15</sup>*

- *des journées de capitalisation avec les équipes mobiles 2a et 2b.*

Sur base des expériences et des connaissances acquises, le but de ces journées était de rechercher les caractéristiques principales des équipes mobiles 2a et 2b en présence des acteurs de terrain de l'ensemble des projets.

Une première journée de travail a été réalisée le 4 octobre 2013 pour les équipes 2b et une deuxième journée le 28 octobre 2013 pour les équipes 2a.

Sur base des éléments recueillis lors de ces différentes enquêtes, j'ai pu avec mes collègues de l'Expert Team et l'Administration du Service Public Fédéral Santé Publique définir une proposition de construction des équipes mobiles tant en termes de composition d'équipes qu'en termes de missions de base.

<b>Moyenne</b>	<b>2a</b>	<b>2b</b>
Heures d'ouverture	8h30-20h (7j/7)	8h30-20h (5j/7) 8h30-12h30 (samedi)
Case load (sur 1 an)	648 / an	126 / an
File active	54	126
Nombre usagers/1 ETP	4/ETP	12/ETP
Durée moyenne suivi	Un mois	Un à deux ans

Tableau 6 : Composition de base des équipes mobiles 2a et des équipes mobiles 2b

<sup>15</sup> Conseil National des Etablissements Hospitaliers

Moyenne	2a	2b
Nombre ETP/300.000 hab.	13,5ETP	10,5ETP
Composition d'une équipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pluridisciplinaire : infirmier(s), psychologue(s) minimum 0,5ETP, assistant(s)-social(aux)...</li> <li>- Temps psychiatre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pluridisciplinaire : infirmier(s), ergothérapeute, éducateur, psychologue(s) minimum 0,5ETP, assistant(s)-social(aux)...</li> <li>- Temps psychiatre</li> </ul>
Missions de base équipe (5 priorités)	<p>1) Offrir une réponse rapide et intensive de soins adaptée à des usagers en situation de crise.</p> <p>2) Rendre les usagers et les proches acteurs des soins, au plus tôt dans l'intervention.</p> <p>3) Limiter les hospitalisations et favoriser le maintien sur le lieu de vie. En cas de nécessité, les assurer pour le temps minimum nécessaire et de manière intensive.</p> <p>4) Construire et optimaliser le réseau de partenaires, tout en tenant compte des ressources préexistantes qu'elles soient dans ou hors du champ de la santé mentale.</p> <p>5) Se faire connaître et définir son champ d'intervention auprès des partenaires de réseau, et notamment établir une collaboration privilégiée avec les partenaires de première ligne</p>	<p>1) Stabiliser et traiter un usager présentant une problématique psychiatrique et/ou en santé mentale complexe et de longue durée.</p> <p>2) Intégrer à long terme les usagers et les proches comme acteurs de soins.</p> <p>3) Limiter les hospitalisations et favoriser la qualité de vie. Le cas échéant, assurer l'hospitalisation de manière intensive et pour le temps minimum nécessaire.</p> <p>4) Construire et optimaliser le réseau de partenaires et le réseau social autour de l'utilisateur, tout en tenant compte des ressources préexistantes qu'elles soient internes ou externes au champ de la santé mentale.</p> <p>5) Se faire connaître et définir son champ d'intervention auprès des partenaires de réseau, et notamment établir une collaboration privilégiée avec les partenaires des fonctions 1, 3, 4 &amp; 5.</p>

Tableau 7: Missions de base différenciées des équipes 2a et des équipes 2b et nombre d'équivalents temps plein

1.4. Projection du nombre d'ETP sur le territoire (sur base de 13,5 ETP pour les équipes 2a et 10,5 ETP pour les équipes 2b) :

Cette analyse m'a permis d'affiner et de compléter le Tableau 4 : *nombre théorique d'équivalents temps plein sans différenciation entre équipes mobiles 2a et 2b* en précisant le nombre d'équivalents temps plein nécessaire pour couvrir le territoire en équipes mobiles 2a et en équipes mobiles 2b.

	<b>Habitants</b>	<b>Nombre théorique ETP Equipe mobile</b>	<b>Nombre théorique ETP Equipe mobile 2a</b>	<b>Nombre théorique ETP Equipe mobile 2b</b>
<b>BELGIQUE</b>	<b>11.082.744</b>	<b>886,62</b>	<b>498,72</b>	<b>387,90</b>
<b>BRUXELLES</b>	<b>1.147.043</b>	<b>91,76</b>	<b>51,62</b>	<b>40,15</b>
<b>FLANDRE</b>	<b>6.376.425</b>	<b>510,11</b>	<b>286,94</b>	<b>223,17</b>
Flandre occidentale	1.172.478	93,80	52,76	41,04
Flandre orientale	1.459.661	116,77	65,68	51,09
Anvers	1.790.924	143,27	80,59	62,68
Limbourg	852.778	68,22	38,38	29,85
Brabant flamand	1.100.584	88,05	49,53	38,52
<b>WALLONIE</b>	<b>3.559.276</b>	<b>284,74</b>	<b>160,17</b>	<b>124,57</b>
Brabant wallon	388.429	31,07	17,48	13,60
Hainaut	1.326.962	106,16	59,71	46,44
Namur	482.233	38,58	21,70	16,88
Liège	1.086.232	86,90	48,88	38,02
Luxembourg	275.420	22,03	12,39	9,64

Tableau 8 : *Nombre d'équivalents temps plein pour couvrir le territoire de la Belgique*

### 1.5.Perspectives de financement des équipes sur l'ensemble du territoire : différentes pistes de réflexions

La période exploratoire de la Réforme a débuté en janvier 2010 et s'organise en deux phases :

- Première phase : mise en place de 10 projets au 1<sup>er</sup> janvier 2010
- Deuxième phase : mise en place de 9 projets au 1<sup>er</sup> janvier 2013

L'expérience est, donc, très récente, dans le temps, mais aussi, en termes de résultats et recommandations formulées par les équipes scientifiques.

Nous pouvons, néanmoins, retirer certains enseignements. Il est prématuré de considérer que nous possédons assez d'éléments pour proposer un modèle qui pourrait être étendu et implémenter de façon pérenne sur l'ensemble du territoire belge (la phase exploratoire couvre approximativement 2/3 du territoire).

Les Autorités politiques, de leur côté, souhaitent connaître, dès que possible, l'effort qui sera à fournir en termes de fermeture de lits (gel de lits) pour développer des équipes mobiles permettant d'étendre leurs activités de façon équitable à l'ensemble de la population belge.

57

Deux options se présentent, chacune faisant appel à une décision politique forte.

La première serait de prévoir une troisième phase dans la période exploratoire afin de couvrir l'ensemble du territoire par la concrétisation de projets pilotes.

La deuxième serait de prendre en considération les enseignements des deux premières phases et de généraliser la pratique de la fermeture de lits (gel de lits) et la création d'équipes mobiles.

Les besoins nécessaires pour réaliser cette opération seraient évalués en tenant compte des résultats issus de la phase 1 et 2<sup>16</sup>.

Dans cette optique, nous avons convenu que, pour couvrir, l'ensemble du territoire, en équipes mobiles, 886,62 équivalents temps plein seront nécessaires, calculés, sur base de 8 équivalents temps plein pour 100.000 habitants.

---

<sup>16</sup> Voir Chapitre 2, point 2.1.

Si on considère que la fermeture de 30 lits T permet de dégager 10 équivalents temps plein, il faudra fermer 2501 lits T pour l'ensemble des hôpitaux psychiatriques.

Ces chiffres correspondent plus ou moins au double du nombre de lits théoriquement fermés dans le courant de la période exploratoire (phases 1 et 2) et à moins de la moitié du nombre total des lits T disponibles dans les hôpitaux psychiatriques (2051 lits pour 5536 lits, soit 42,5%).

La répartition de ces lits disponibles n'est pas équilibrée sur le territoire ; un processus dit de solidarité entre les Régions et Communautés serait donc à mettre en place.

	Equivalents lits T	% actuel lits T	Lits T
<b>BELGIQUE</b>	<b>2501</b>	<b>45,2%</b>	<b>5.536</b>
<b>BRUXELLES</b>	<b>275</b>	<b>100,5%</b>	<b>274</b>
<b>FLANDRE</b>	<b>1530</b>	<b>45,5%</b>	<b>3.360</b>
Flandre occidentale	281	43,6%	646
Flandre orientale	350	38,0%	923
Anvers	430	50,2%	856
Limbourg	205	46,3%	442
Brabant flamand	264	53,6%	493
<b>WALLONIE</b>	<b>854</b>	<b>44,9%</b>	<b>1.902</b>
Brabant wallon	93	65,2%	143
Hainaut	318	44,6%	714
Namur	116	27,9%	415
Liège	261	44,8%	582
Luxembourg	66	137,7%	48

Tableau 9: *Nombre de lits T à geler sur le territoire*

La tâche s'avère donc politiquement complexe puisqu'elle doit être le résultat de ce consensus entre les Autorités des entités fédérées avec la nécessité d'un transfert financier d'une Région à l'autre.

Ce principe de solidarité est-il toujours envisageable dans une période de crise et de restriction budgétaire ?

Si la Réforme n'a pas pour objet de réduire les dépenses du secteur des soins en santé mentale, je constate que la stratégie choisie en utilisant l'activation de l'Article 107<sup>17</sup> sur la loi des hôpitaux reste très compliquée et dès lors, très restrictive.

#### 1.6. Commentaires :

Comme expliqué précédemment, et selon une des dernières enquêtes de Santé réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique, un Belge sur 4 souffre d'un certain degré de « mal-être » et, plus de la moitié de ceux-ci présenteraient un problème psychologique suffisamment sérieux (Enquête de Santé par interview Belgique 2008).

Comme nous l'avons signalé, la croissance de ces problèmes de santé mentale a provoqué d'une part, une forte augmentation des demandes de soutien, mais aussi, et fort heureusement, l'émergence de nouvelles réponses mieux adaptées à ces problématiques complexes.

Nous avons aussi précisé que les Autorités compétentes Belges, qu'elles soient Fédérales, Régionales ou Communautaires, ont entrepris au cours de ces dernières décennies de nombreuses réformes qui ont contribué à faire évoluer le secteur.

L'objectif avoué a toujours été d'adapter de manière qualitative l'offre de soins en l'orientant vers un soutien en ambulatoire et à domicile.

Pour y parvenir, la stratégie définie par les Autorités s'est construite sur une reconversion des lits afin de créer d'autres places dans d'autres services ou dans de nouvelles structures d'accueil.

Si on analyse la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux psychiatriques au cours des 10 dernières années, on pourrait croire que ces réformes ont porté leurs fruits.

---

<sup>17</sup> L'article 107 de la loi sur les hôpitaux dit que « *Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes* ».

Cependant, contrairement aux services psychiatriques intégrés dans les hôpitaux généraux, qui ont enregistré une baisse continue des admissions, les hôpitaux psychiatriques, ont, par contre, enregistré une augmentation importante et constante du nombre d'admissions entraînant une hausse des taux d'occupation.

De plus, le caractère trop résidentiel des nouveaux services issus de la fermeture des lits reste très dominant et, malgré le souhait des Autorités, les hôpitaux psychiatriques continuent à jouer un rôle central inadapté et inapproprié en matière de soins en santé mentale.

Le sujet de ma thèse est de présenter la phase actuelle d'une Réforme appelée l'article 107 conséquence d'une nécessité de réorganiser les soins en santé mentale à l'échelle locale, Régionale et Fédérale, s'inscrivant dans le cadre d'un modèle de soins global et intégré.

C'est le résultat de mutations importantes en matière de santé mentale qui se traduit par l'apparition et l'augmentation des nouvelles demandes de soins ; l'offre actuelle s'avère inadéquate pour répondre de façon efficace aux nouveaux défis.

Penser que l'on pourrait s'orienter vers un nouveau système de financement de la santé mentale en Belgique reste une utopie !

En effet, le financement des dépenses des soins de santé est majoritairement public. Cette composante publique est plus importante encore au niveau du financement des soins en santé mentale que dans d'autres secteurs.

Il faut noter que les dépenses publiques pour les soins de santé ont fortement augmenté au cours des dernières décennies puisqu'elles sont passées de 2,4% du Produit Intérieur Brut (P.I.B) en 1977 à 11,8% en 2011 (WHO, 2011).

Comme partout en Europe et dans le monde, la croissance macro-économique joue un rôle important au niveau des finances publiques et réduit directement les moyens que les Autorités peuvent accorder au secteur hospitalier.

Dans ce contexte, la succession de réformes orientées vers des modèles de réseau, de soins coordonnés ou encore de « managed care » auraient pu constituer un moyen pour réduire les dépenses de soins (équilibre coût/efficacité).

Les études montrent très clairement que, non seulement, l'offre proposée par les hôpitaux psychiatriques ne répond plus aux besoins de cette nouvelle catégorie d'usagers, mais également que cette offre de soins exerce une influence négative sur les chances de rétablissement et d'inclusion.

En outre, l'hospitalisation de longue durée dans ces services est très coûteuse et évaluée moyennement au double du budget nécessaire aux suivis dans les logements protégés et dans la communauté.

Le choix de financement en vigueur détermine donc le système, l'organisation et le fonctionnement de l'ensemble des services et est souvent cité comme un frein à la réorganisation de l'offre globale des soins en santé mentale.

On constate que le processus de désinstitutionalisation est très lent et que les financements destinés aux soins de proximité dans les structures ambulatoires restent très faibles comparé aux moyens réservés aux structures hospitalières.

La logique d'organiser les soins en santé mentale basés sur les besoins des personnes par l'organisation de réseaux se heurte encore bien sûr à des réflexes professionnels mais surtout à des réalités de pouvoirs financiers institutionnels bien ancrés.

En effet, le système actuel des financements des hôpitaux psychiatriques ne favorisent nullement la mise en place d'un modèle s'orientant vers une reconversion (fermeture) radicale des lits hospitaliers.

Les moyens financiers ont toujours été et restent, malgré tout, destinés principalement au financement de structures d'accueil résidentiel.

La Réforme des soins en santé mentale peut changer cette situation ; malheureusement, le réflexe institutionnel prédomine en Belgique.

Pourtant, la vision de la Réforme s'inscrit dans un mouvement de désinstitutionalisation recommandé par l'OMS et suivi dans de nombreux pays européens. Ceci est confirmé dans le rapport « Organisation et financement des soins de santé mentale en Belgique » (Service Public Fédéral Santé Publique, Direction Générale de l'Organisation des établissements de soins, Service comptabilité et gestion des hôpitaux (novembre 2011)) et dont je tire ici un extrait :

*« Cette nouvelle réorganisation sera soutenue par le SPF Santé Publique qui a lancé, en 2010, le nouveau modèle de soins de santé mentale basé sur l'article 107.*

*Ce nouveau modèle aspire à poursuivre la diversification de l'offre de soins en santé mentale actuelle afin de répondre de façon optimale à l'ensemble des besoins en santé mentale de la population et intensifier la collaboration entre l'ensemble des intervenants. Il accorde une place centrale au patient, à la désinstitutionalisation et à l'intégration complète des soins psychologiques et psychiatriques dans les soins de santé en général.*

*Une phase expérimentale de trois ans a été prévue afin de faciliter la mise en place des projets et permettre aux hôpitaux de réaliser la transition de la situation existante vers l'organisation pratique du réseau et la diversification de l'offre de soins.*

*Cette nouvelle réforme confirme, de nouveau, la volonté des Autorités de démanteler progressivement les soins en institution au profit de soins au sein de la société. Les Autorités ont privilégié la mise en œuvre d'une réforme souple sur une base volontaire qui laisse suffisamment de temps aux acteurs pour s'adapter, se former, se concerter et prendre les décisions de réorganisation qui s'imposent.*

*La réalisation des circuits et réseaux de soins conduira à terme à une transformation du paysage des soins de santé mentale en Belgique, dans le sens d'une désinstitutionalisation, à l'instar de ce qui se passe dans d'autres pays européens. »*

Mais pour réaliser cela, il aurait peut-être fallu adopter une politique plus ambitieuse encore, à savoir de transférer les moyens financiers récupérés par la fermeture de lits vers des organismes communautaires qui ont, depuis de très nombreuses années, développés des initiatives dans le milieu de vie construites sur le modèle du rétablissement.

Ce n'est pas ce choix qui a été posé, bien au contraire puisqu'un financement spécifique pour débiter la phase exploratoire a été octroyé aux institutions hospitalières, promoteurs des différents projets.

De plus, un financement « de compensation » a été prévu pour la fonction psychiatre au sein des équipes mobiles ; ces mêmes équipes restant intégrées au sein des hôpitaux psychiatriques. On est donc très loin du modèle développé au Brésil (Delgado 2013)<sup>18</sup>.

On ne peut pas, dès lors, vraiment parler de désinstitutionalisation ; l'influence et la culture hospitalière restent ancrées dans la nouvelle offre de soins.

Par ailleurs, les structures communautaires existantes, souvent sous financées, doivent prendre place dans les réseaux nouvellement construits sans pour autant prétendre à des moyens financiers additionnels.

Il faudra encore du temps, beaucoup de temps, pour espérer changer la culture institutionnelle en Belgique. Mais, bénéficierons-nous du temps nécessaire pour démontrer la pertinence du modèle que nous avons initié alors que les pressions de ces institutions persistent, soutenues par des lobbyings très puissants.

---

<sup>18</sup> voir Annexe n° 4

## 2. Rôles et financement de la fonction psychiatre au sein des équipes mobiles 2a et 2b :

---

### 2.1. Situation actuelle

Concernant la fonction médicale, un budget est prévu et est fixé dans une convention avec l'hôpital.

Un budget de € 225.000 est prévu de manière forfaitaire et concerne une responsabilité médicale pour 2 équipes mobiles.

Cette somme a été calculée sur base du gel d'un nombre de lits psychiatriques et équivaut à une « récupération » des honoraires qui ne sont plus octroyés aux usagers qui occupaient ces lits.

Concrètement, le budget de € 225.000,- est le résultat du calcul suivant :

	T	A
Honoraires par an, par 30 lits	80.500	215.000
Honoraires par lit, par an	2683	7167

Tableau 10 : *Calcul budget forfaitaire des psychiatres*

Dans ce calcul, sont pris en considération: 75% d'usagers en lits T et 25% d'usagers en lits A. Pour les deux équipes mobiles (fermeture de 60 lits), cela correspond :

	Honoraires	
Nombre de lits T fermés	45	120.750 euro
Nombre de lits A fermés	15	107.500 euro
	<b>60</b>	<b>228.250 euros<sup>19</sup></b>

Tableau 11 : *Equivalence fermeture de lits/honoraires psychiatres*

---

<sup>19</sup> Montant arrondi à 225000 Euros, par projet

L'ensemble des tâches concerne donc, en premier lieu, la direction des deux équipes. Le chef d'équipe médical assume la responsabilité de son organisation pratique.

Il définit également la politique médicale : en d'autres termes, il détermine l'orientation du fonctionnement médical. Un aspect inhérent à cette tâche est qu'il est conjointement responsable de la planification des activités mais aussi de leur exécution et de leur suivi. Il doit se porter garant de la gestion des dossiers des usagers et de l'enregistrement des activités.

En tant que médecin coordinateur des deux équipes, il doit faire en sorte qu'il y ait, avec les membres des équipes, un suivi quotidien des usagers. Il entretiendra des contacts étroits avec le généraliste qui a orienté les usagers vers les équipes mobiles. Le cas échéant, le psychiatre doit faire en sorte que l'utilisateur puisse bénéficier du médecin généraliste de son choix. Le psychiatre doit également viser une collaboration optimale avec les différents partenaires du réseau. Il s'agit en l'occurrence, non seulement, des partenaires qui offrent des soins médicaux, mais aussi, des partenaires du secteur socioculturel ; dans ce cadre, l'utilisateur est considéré dans son contexte de vie global et, précisément pour cette raison, se voit offrir toutes les chances d'une réintégration et d'un épanouissement dans la vie sociale. Le psychiatre n'est donc pas seul pour l'exécution de ces tâches. Il s'agit essentiellement d'un fonctionnement en équipe et en réseau qui doit apporter une valeur ajoutée à l'ensemble. La responsabilité n'est donc pas assumée par une seule personne mais est bien partagée.

65

La rémunération doit permettre de payer 1,5 équivalents temps-plein pour couvrir l'ensemble des tâches décrites ci-dessus, y compris la participation aux activités des deux équipes mobiles. Cette rémunération ne comprend pas les consultations effectuées par le psychiatre pour d'autres usagers que ceux qui sont traités par les équipes mobiles, elle s'ajoute à l'indemnité de médecin coordinateur.

La rémunération doit être garantie durant toute la période de la phase exploratoire, indépendamment du nombre d'utilisateurs. Cette rémunération fixe est motivée par le fait que la création des deux équipes aura lieu progressivement et demandera donc du temps.

Durant la phase initiale, le fonctionnement des équipes devra en effet être mis au point en :

- offrant les instruments indispensables au fonctionnement,
- en permettant la formation qui sera offerte en collaboration avec le Service Public Fédéral aux psychiatres et aux membres de leur équipe,
- en établissant des contacts avec les généralistes et le réseau, etc. ...

En d'autres termes, la rémunération fixe doit offrir une compensation pour la période de transition jusqu'à ce que le fonctionnement des équipes atteigne sa vitesse de croisière, il en est de même pour les activités qui ne sont pas liées aux usagers. La rémunération couvre également la participation à une garde médicale qui sera idéalement intégrée à la garde qui est organisée par le médecin en chef pour les autres services de l'hôpital. Si nécessaire et si possible, elle peut être partagée avec d'autres partenaires qui font partie du réseau.

Après la période expérimentale, le financement fixe doit déboucher sur un financement adapté qui soit suffisamment attractif par rapport aux autres activités qu'ont les psychiatres dans le domaine des soins en santé mentale.

Idéalement, les médecins qui participent au projet doivent être impliqués dans la mise sur pied de la convention que les hôpitaux signent avec les autorités. Leurs noms doivent figurer dans l'annexe à la convention par laquelle ils marquent leur engagement complet vis-à-vis du projet pilote.

Les associations qui regroupent les médecins en chef des hôpitaux psychiatriques sont invitées à collaborer à l'élaboration des projets pilotes. Leur expérience et leurs connaissances des soins en santé mentale ont une valeur inestimable à cet égard. Avec leurs associations, ils peuvent formuler des suggestions, collaborer à la création d'instruments de travail et offrir un forum pour pouvoir partager les expériences. Durant l'ensemble de la phase exploratoire, il y aura donc une concertation étroite avec leurs organisations.

## 2.2.Perspectives

### Enquête sur la fonction psychiatrique au sein des équipes mobiles 2a et 2b (février 2014)

#### **1. Points de départ**

Dans un premier temps :

- L'enquête<sup>20</sup> s'adresse à l'ensemble des psychiatres et des chefs d'équipes mobiles des 19 projets de la Réforme.
- L'enquête a été diffusée par les coordinateurs de réseau et devait être complétée par écrit.

Dans un second temps :

- Des entretiens semi-structurés, reprenant les questions de l'enquête qui ont été approfondies, ont été menés auprès de plusieurs psychiatres.

67

Dans un troisième temps :

- Une recherche dans la base de données littéraire a été effectuée, afin de souligner d'éventuelles concordances/discordances avec les résultats obtenus.

Le présent compte-rendu est une synthèse de cette double récolte de données, avec, de manière plus limitée, un lien avec les données de la littérature.

---

<sup>20</sup> Voir Annexe n° 5

## 2. Description de l'échantillon de l'enquête

- Nombre de projets participants: 19
- Nombre d'équipes mobiles 2a impliquées : 30
- Nombre d'équipes mobiles 2b impliquées : 38
- Nombre de questionnaires complétés par les psychiatres: 42
- Nombre de questionnaires complétés par les chefs d'équipe: 31

<b>Fonction au sein de l'équipe mobile</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Coordinateur interne	1	1,3
Psychiatre	42	56,0
Personne de référence	1	1,3
Chef d'équipe	31	41,3
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>

Tableau 12 : Récapitulatif des personnes interrogées par fonction

Nous supposons que l'échantillon est représentatif en ce qui concerne le nombre d'équipes mobiles qui sont actuellement opérationnelles. Ce nombre est actuellement de 46. Les chefs d'équipe d'au moins 31 équipes différentes ont complété le questionnaire, et 45 psychiatres y ont répondu.

Partant du fait que, chaque psychiatre et chaque chef d'équipe représente la situation dans au moins une, voire plusieurs équipes, nous pouvons espérer avoir une base suffisante et que la plupart des équipes ont été prises en compte dans l'échantillon.

### 3. Les rôles des psychiatres:

L'enquête<sup>21</sup> est répartie en 2 axes et définit le rôle des psychiatres au sein des équipes mobiles 2a et 2b.

D'une part, la situation actuelle, à savoir, ce que vivent et ressentent les psychiatres en situation réelle.

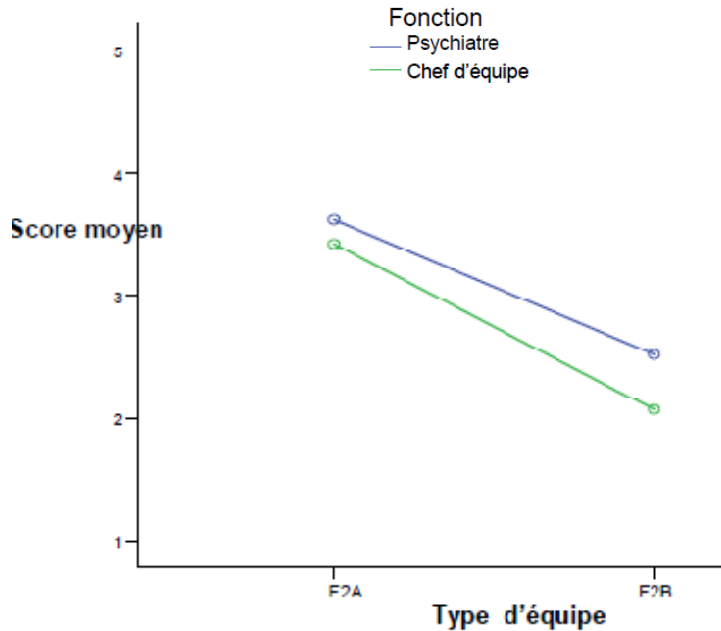
D'autre part, la situation idéale, à savoir, comment les psychiatres souhaitent définir leurs missions.

---

<sup>21</sup> Utilisation du SPSS pour le traitement des données. L'outil SPSS fait partie des programmes les plus largement utilisés pour l'analyse statistique en sciences sociales. Il est utilisé par des chercheurs en économie, en science de la santé, par des compagnies d'études, par le gouvernement, etc. En plus de l'analyse statistique, la gestion des données et la documentation des données sont deux autres caractéristiques du logiciel.

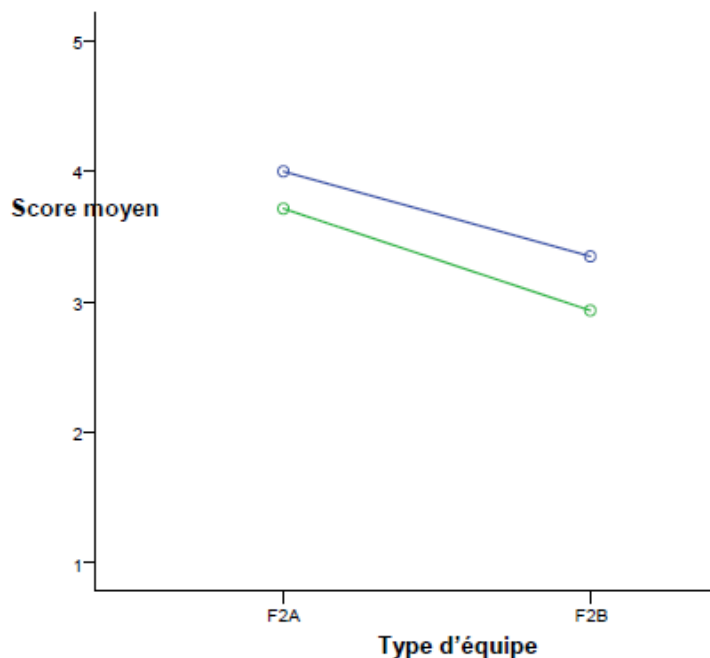
a. Le rôle clinique

a.1/ Le psychiatre de l'équipe mobile pose un diagnostic et prescrit un traitement



Situation actuelle:

Ce sont principalement les psychiatres des équipes mobiles 2a qui posent un diagnostic et établissent un traitement. L'entretien semi-structuré avec des psychiatres souligne la cohérence de cette donnée avec leur pratique : l'équipe mobile 2a s'occupant de cas aigus, sans qu'un diagnostic ou qu'un traitement soit forcément posé avant leur prise en charge ; à l'exception des usagers en provenance d'un hôpital ou envoyé par un psychiatre traitant.



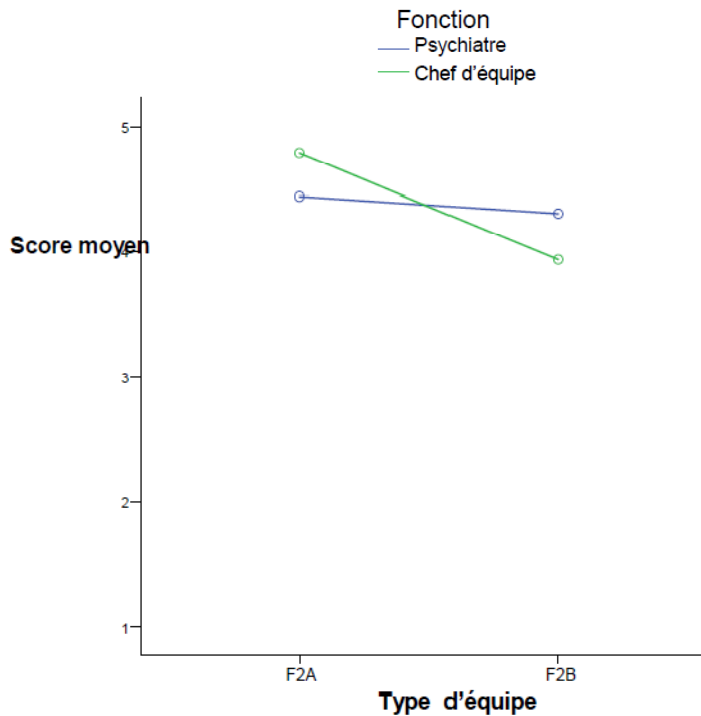
Situation idéale:

Les psychiatres des équipes mobiles 2a souhaitent poursuivre cette pratique. Les avis des psychiatres des équipes mobiles 2b sont, quant à eux, plutôt partagés, montrant des résultats différenciés. Lorsqu'un usager bénéficie d'un psychiatre traitant, d'accompagnement et/ou d'un réseau de soins, on constate que le psychiatre des équipes mobiles 2b exerce plutôt une fonction d'appoint.

Ils soulignent également que le nombre de dossiers actifs est plus important au niveau des équipes 2b, ce qui amène à considérer le rôle du psychiatre différemment.

Graphiques 1: *Le psychiatre de l'équipe mobile pose un diagnostic et prescrit un traitement : situation actuelle et situation idéale*

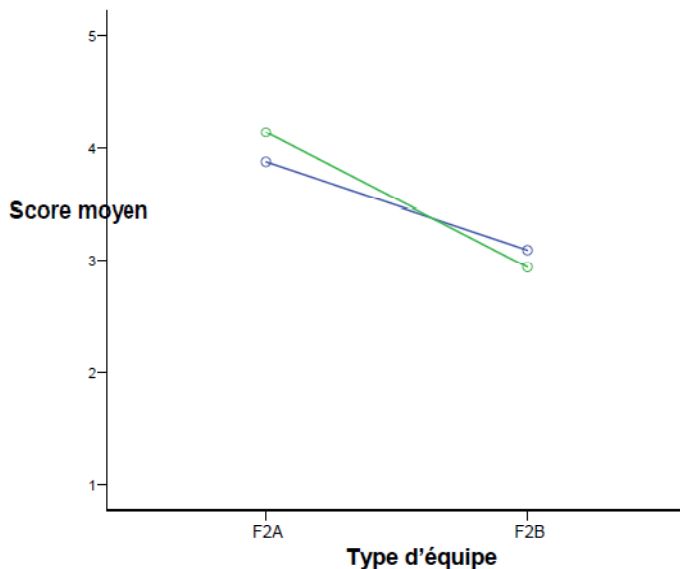
**a.2/ Le psychiatre de l'équipe mobile a au moins un contact clinique avec chaque usager.**



Situation actuelle

Ce sont plus particulièrement les psychiatres des équipes mobiles 2a qui consultent les usagers.

Les psychiatres confirment que le nombre de dossiers actifs est plus élevé au sein des équipes mobiles 2b. Les rencontres avec les usagers sont donc moins fréquentes ou impliquent d'autres professionnels de l'équipe mobile. Les psychiatres soulignent que le fait d'avoir au moins un contact clinique n'est qu'un indicateur quantitatif qui ne prend pas en considération la qualité des soins.

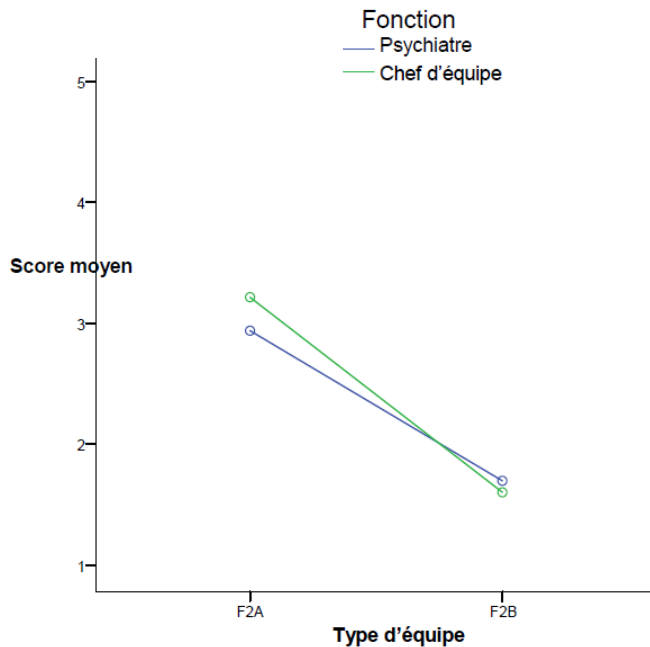


Situation idéale:

Les psychiatres des équipes mobiles 2a et 2b souhaitent toujours avoir au minimum une consultation (entretien médical) avec les usagers. Cependant ils considèrent que le temps dont ils disposent est souvent insuffisant.

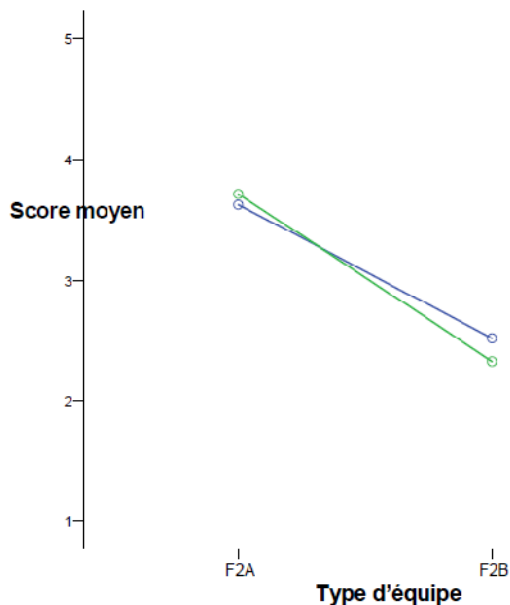
Graphiques 2: Le psychiatre de l'équipe mobile a au moins un contact clinique avec chaque usager : situation actuelle et situation idéale.

**a.3/ Le psychiatre de l'équipe mobile entame le traitement thérapeutique et médicamenteux, le met en place et réalise le suivi.**



Situation actuelle:

Les scores des psychiatres de l'équipe mobile 2a, en ce qui concerne la mise en place du suivi thérapeutique et médicamenteux n'ont pas été fortement exprimés. La différence est modérément significative. Durant l'entretien, les psychiatres estiment que l'équipe mobile 2a se situe davantage dans la stabilisation de l'état mental et du traitement (dans un temps limité), tandis que l'équipe mobile 2b se situe davantage dans la (re)construction du réseau autour de l'utilisateur.

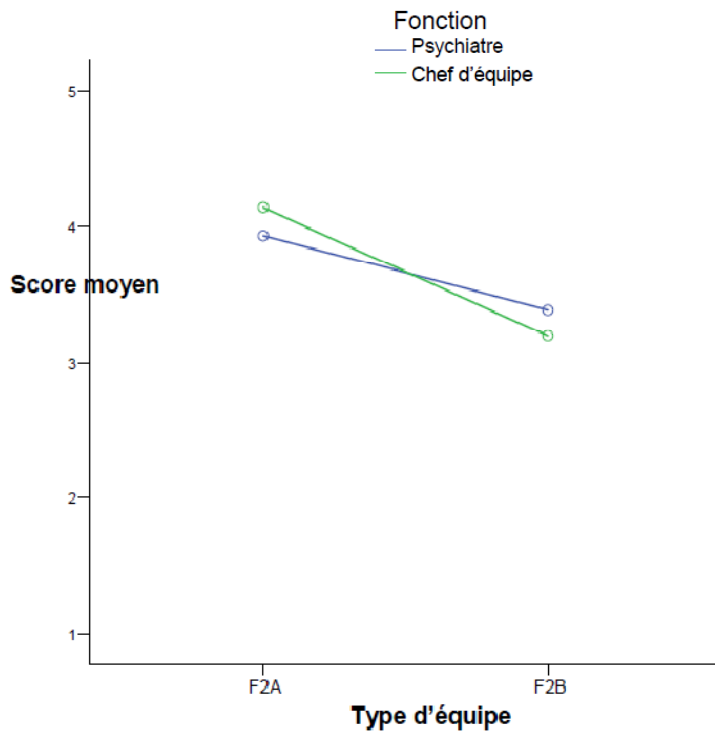


Situation idéale:

Les psychiatres des équipes mobiles 2a mettent en avant l'importance de ce rôle. Par contre, les avis des psychiatres des équipes mobiles 2b diffèrent avec, néanmoins, un avis commun de ne pas occuper une position trop centrale afin de ne pas se substituer aux autres partenaires du réseau de l'utilisateur.

Graphiques 3: Le psychiatre de l'équipe mobile entame le traitement thérapeutique et médicamenteux, le met en place et réalise le suivi : situation actuelle et situation idéale

**a.4/ Le psychiatre de l'équipe mobile collabore étroitement avec le psychiatre traitant, (lorsque celui-ci est identifié)**

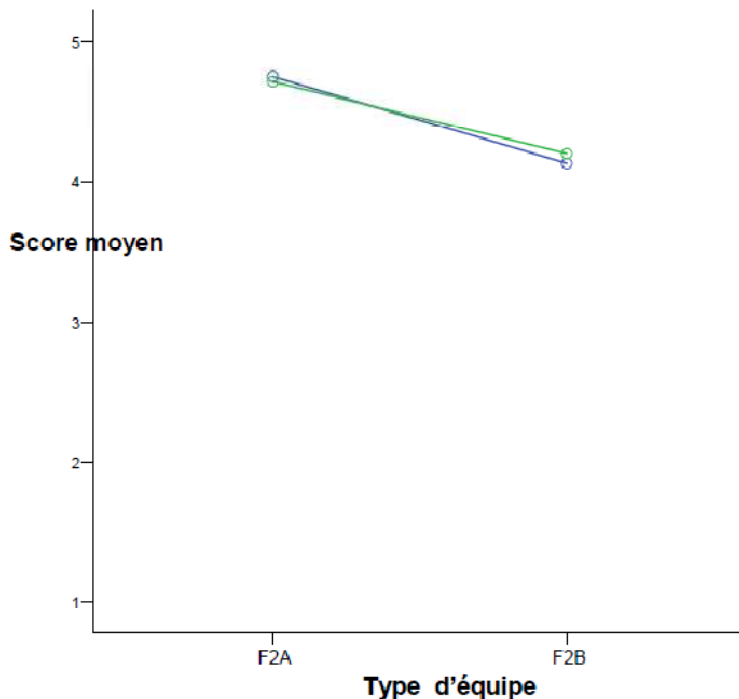


Situation actuelle:

Les psychiatres des équipes mobiles 2a et 2b travaillent, le cas échéant, en collaboration avec le psychiatre traitant.

Lors de l'entretien semi structuré, les psychiatres indiquent qu'ils travaillent, le cas échéant, avec le médecin traitant.

Les psychiatres précisent que, ne pas se substituer au psychiatre traitant fait bien partie de leur priorité.

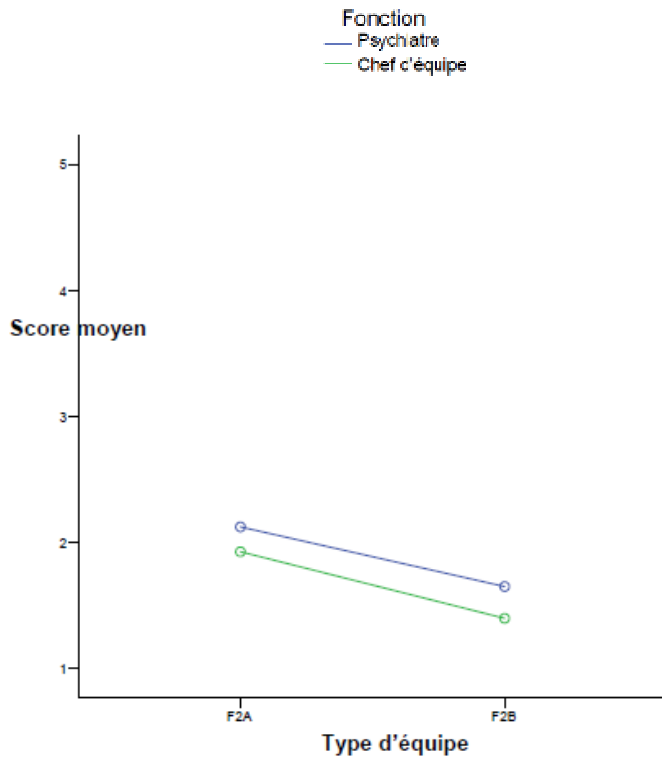


Situation idéale :

A l'avenir les psychiatres souhaitent renforcer cette collaboration. L'entretien avec les psychiatres montre une cohérence avec leur perception du travail de l'équipe mobile, qui n'intervient que pour un temps déterminé : la présence et le maintien du psychiatre traitant s'avérant essentiels.

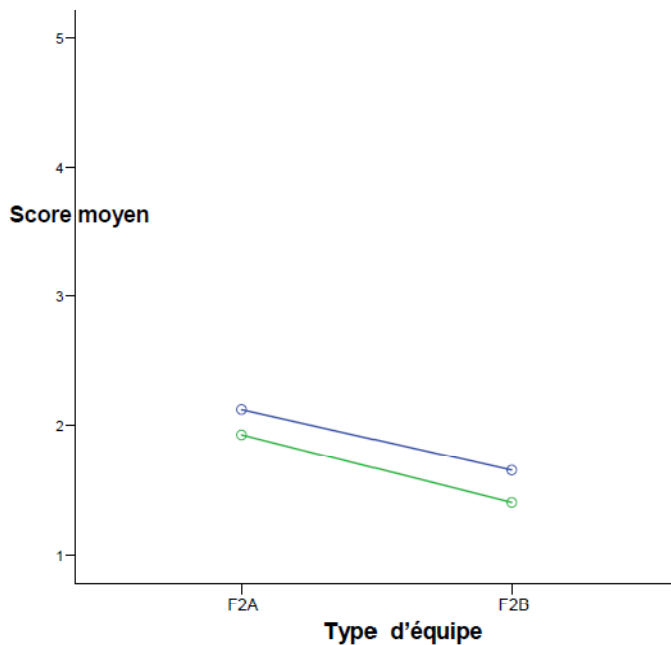
Graphiques 4 : *Le psychiatre de l'équipe mobile collabore étroitement avec le psychiatre traitant (lorsque celui-ci est identifié) : situation actuelle et situation idéale.*

**a.5/ Le psychiatre de l'équipe mobile doit nécessairement être le psychiatre traitant.**



Situation actuelle:

Les psychiatres des équipes mobiles 2a et 2b ne considèrent pas qu'ils jouent le rôle de psychiatre traitant. L'entretien auprès des psychiatres des équipes mobiles 2a et 2b souligne que des psychiatres d'équipes mobiles 2a peuvent assurer (très) provisoirement une fonction de psychiatre traitant, durant un temps déterminé.

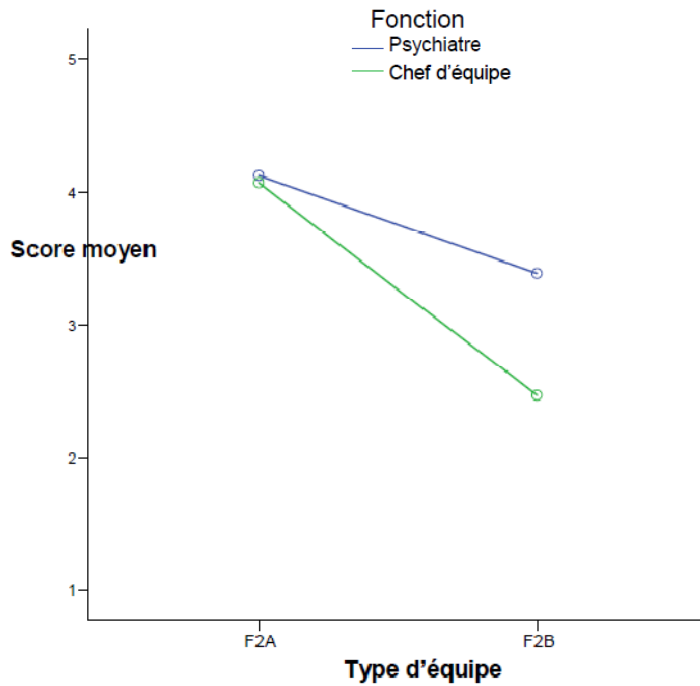


Situation idéale:

A l'avenir les psychiatres ne souhaitent pas développer cette pratique, voulant différencier leur fonction de celle du psychiatre traitant. Lors de l'entretien, les psychiatres indiquent qu'ils n'interviennent que pour un temps limité.

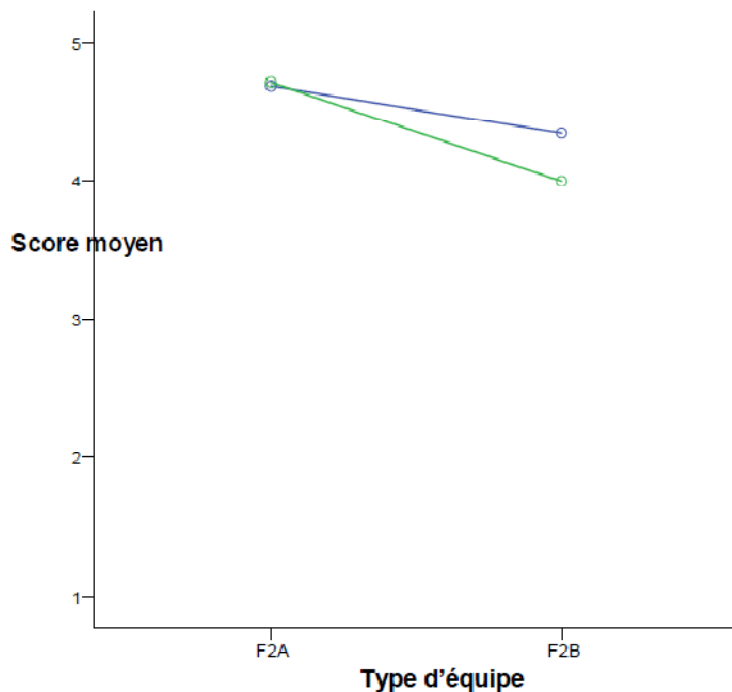
Graphiques 5 : *Le psychiatre de l'équipe mobile doit nécessairement être le psychiatre traitant*

**a.6/ Le psychiatre de l'équipe mobile collabore étroitement avec le médecin traitant de l'utilisateur.**



Situation actuelle:

Les psychiatres des équipes mobiles 2a travaillent en étroite collaboration avec le médecin généraliste. La collaboration actuelle des psychiatres des équipes mobiles avec le médecin généraliste est notée différemment par le psychiatre et par le chef d'équipe. Les scores des psychiatres sont plus élevés. Lors de l'entretien, les psychiatres évoquent notamment un lien confraternel mais également la nécessité d'une liaison avec le médecin traitant pour renforcer le travail de première ligne et ce, dans une double optique : impliquer et informer (coaching et task shifting).



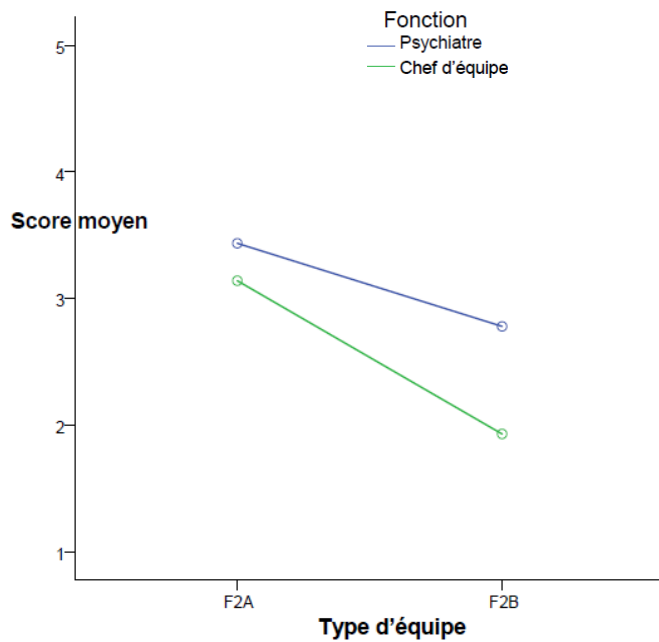
Situation idéale :

Les psychiatres des équipes mobiles 2a et 2b travaillent en étroite collaboration avec les médecins généralistes. Lors de l'entretien, les psychiatres soulignent que cette collaboration fait partie de leurs priorités. Ils souhaitent optimiser cette collaboration, notamment en s'assurant que les médecins généralistes reçoivent régulièrement les informations nécessaires au suivi des usagers qu'ils ont en commun (par exemple en multipliant les réunions de concertations). Ils souhaitent également que chaque usager soit suivi par un médecin traitant.

Graphiques 6: *Le psychiatre de l'équipe mobile collabore étroitement avec le médecin traitant de l'utilisateur : situation actuelle et situation idéale*

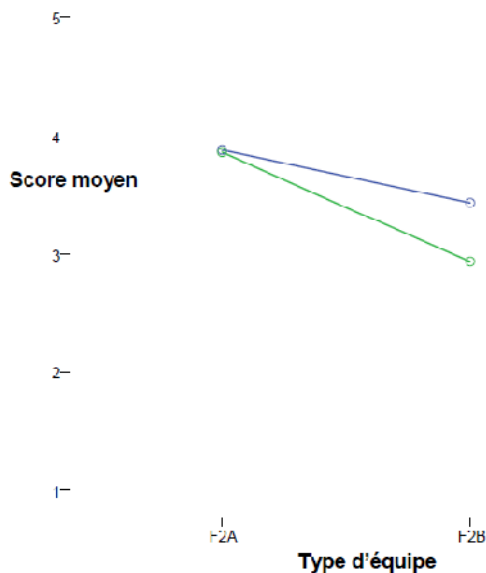
**a.7/ Le psychiatre de l'équipe mobile collabore étroitement avec l'ensemble des acteurs du réseau de l'utilisateur**

Les « acteurs du réseau de l'utilisateur » sont identifiés comme étant l'ensemble des partenaires des différentes fonctions de la Réforme<sup>22</sup>, qu'ils se situent dans le domaine de la santé mentale ou non, ainsi que les proches et les usagers impliqués. Cette notion doit être interprétée de la manière la plus large et inclusive possible.



Situation actuelle:

Les scores relatifs à la collaboration avec ces autres partenaires pour les psychiatres de l'équipe mobile 2a et 2b montrent des différences. La collaboration actuelle du psychiatre de l'équipe 2b est notée différemment par les psychiatres et les chefs d'équipe. Les scores des psychiatres sont légèrement plus élevés, mais il n'en reste pas moins une tendance modérée à une coopération limitée. Lors de l'entretien, les psychiatres mettent en avant que les situations aiguës et intenses rencontrées par les équipes mobiles 2a, nécessitent une activation rapide des partenaires de réseau.



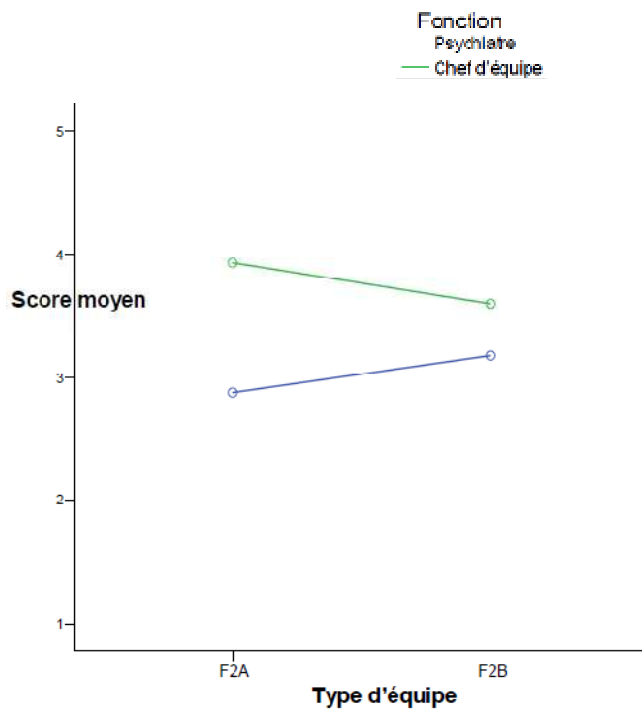
Situation idéale:

Les psychiatres des équipes mobiles 2a et 2b pensent que la collaboration avec ces autres partenaires est souhaitable. Lors des entretiens, ils précisent que cette tâche n'est pas spécifique au psychiatre, faute de temps : elle est portée par l'ensemble de l'équipe mobile et reste coordonnée par le psychiatre.

Graphiques 7: Le psychiatre de l'équipe mobile collabore étroitement avec l'ensemble des acteurs du réseau de l'utilisateur : situation actuelle et situation idéale

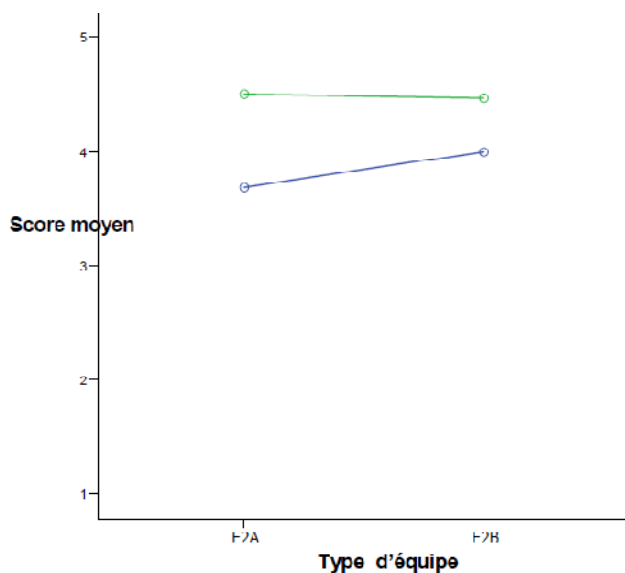
<sup>22</sup> cfr. Guide 2010

**a.8/ La visite à domicile par le psychiatre de l'équipe mobile est considérée comme étant une plus-value.**



Situation actuelle:

Les scores sont fort divisés. Ce sont, principalement les chefs d'équipe qui considèrent les visites à domicile par les psychiatres comme étant une plus-value. Lors de l'entretien, les psychiatres acceptent cette tendance, mais reconnaissent également devoir la canaliser au regard du temps imparti. Lors de l'entretien, les psychiatres soulignent que ces visites sont plus récurrentes dans l'équipe mobile 2a, où ils tendent à se déplacer pour les situations complexes et pour lesquelles les membres de l'équipe effectuent une demande spécifique. Le nombre de dossiers actifs plus élevé dans l'équipe 2b tend à limiter la récurrence de ces visites.



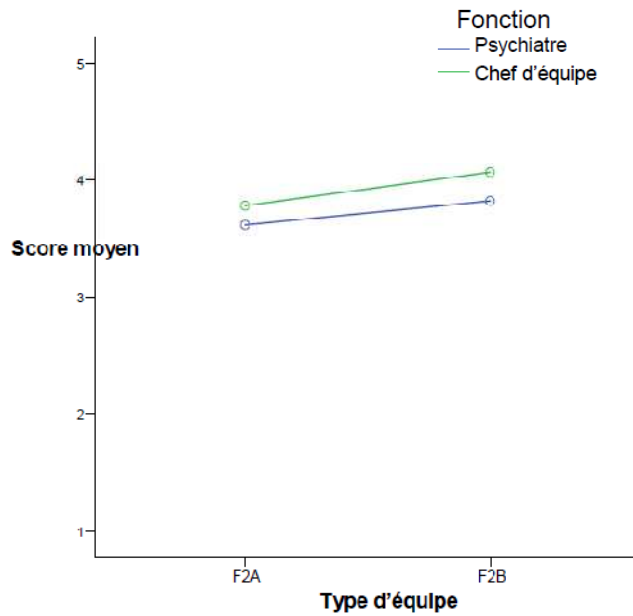
Situation idéale :

Les visites à domicile sont considérées comme souhaitables par les psychiatres des équipes mobiles 2a et 2b. Les chefs d'équipe obtiennent des résultats légèrement plus élevés. Dans la pratique, les visites à domicile par les équipes mobiles 2b constituent une plus-value.

Graphiques 8: La visite à domicile par le psychiatre de l'équipe mobile est considérée comme étant une plus-value : situation actuelle et situation idéale.

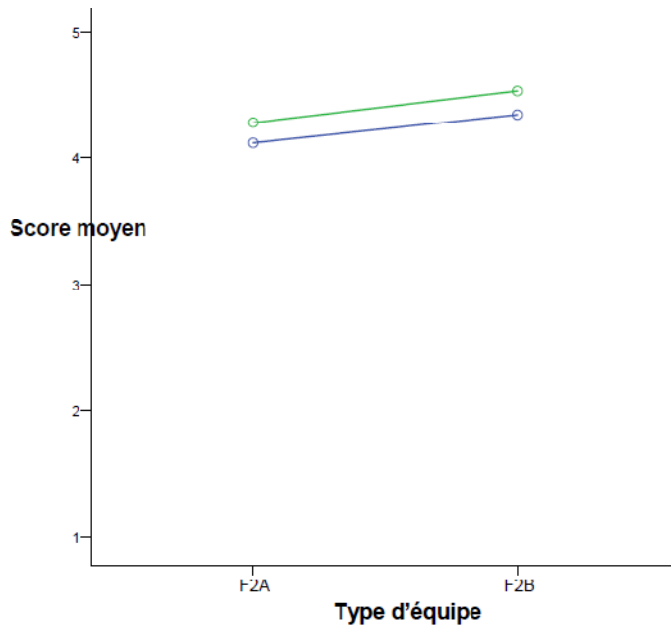
**b. Supervision et coordination**

**b.1/ Le psychiatre de l'équipe mobile participe aux entretiens de l'utilisateur**



Situation actuelle:

Les psychiatres des équipes mobiles 2a et 2b prennent part aux entretiens (contacts directs) avec les usagers. A noter que lors de l'entretien, il est apparu que certains psychiatres ont pu mal comprendre la question, pouvant la situer sur le plan de la concertation. Lors de l'entretien, les psychiatres soulignent que cette participation est une évidence. Ces réunions d'équipe sont présentées comme essentielles au démarrage de leur travail médical. C'est un point de convergence et un lieu décisionnel qui s'inscrit dans le processus de concertation.

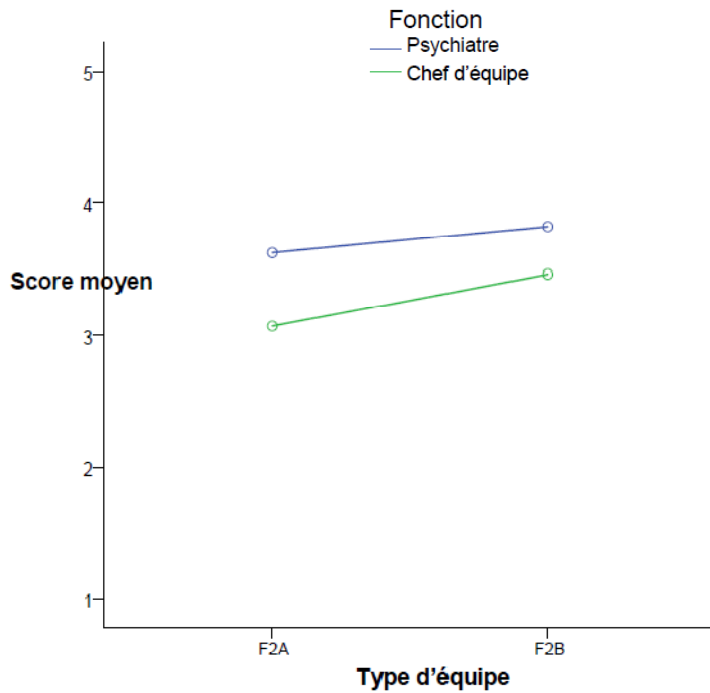


Situation idéale:

Tous les psychiatres souhaitent intensifier cette pratique à l'avenir.

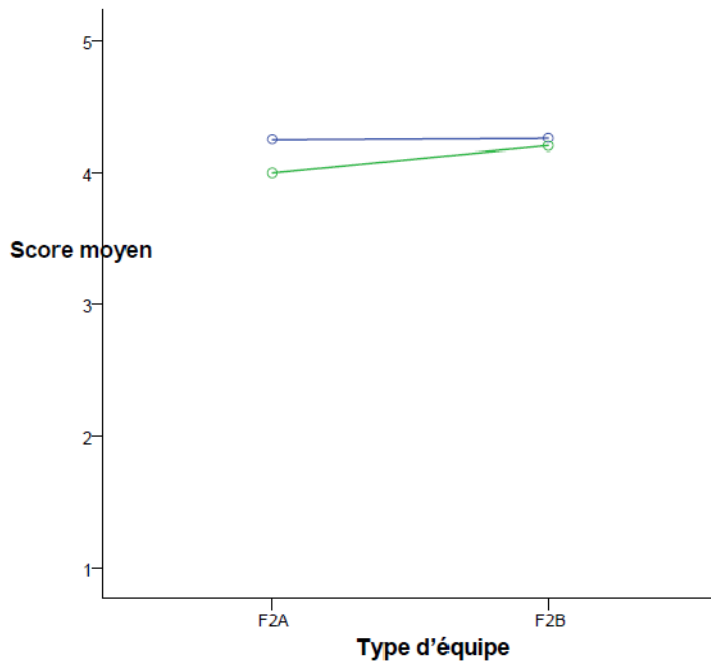
Graphiques 9: *Le psychiatre de l'équipe mobile participe aux entretiens de l'utilisateur : situation actuelle et situation idéale*

**b.2/ Le psychiatre de l'équipe mobile participe aux réunions administratives des équipes (non liées aux usagers)**



Situation actuelle:

Un tiers des psychiatres n'a pas d'opinion à ce sujet. Un tiers des psychiatres des équipes mobiles 2a et 2b prend part aux réunions de staff (réunions administratives et d'organisation).

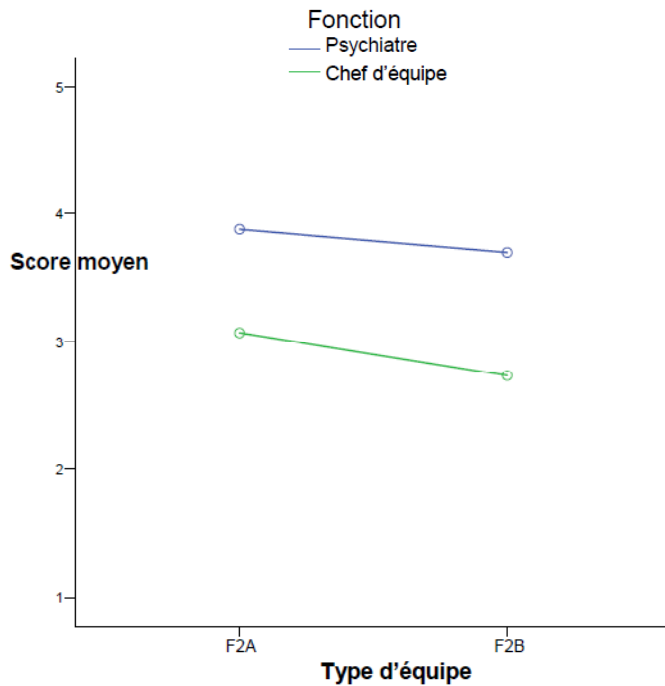


Situation idéale:

Les psychiatres souhaitent intensifier cette pratique. A l'avenir, 60% d'entre eux souhaitent y participer.

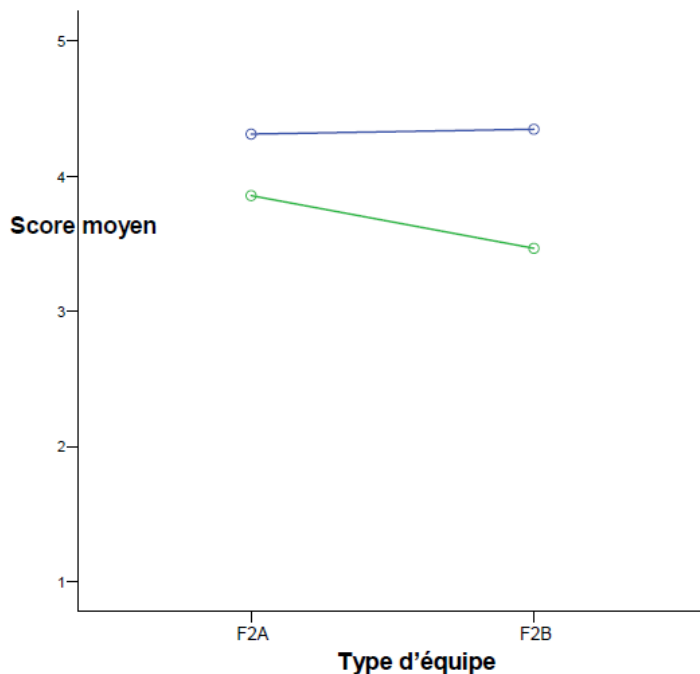
Graphiques 10 : *Le psychiatre de l'équipe mobile participe aux réunions administratives des équipes (non liées aux usagers) : situation actuelle et situation idéale*

**b.3/ Le psychiatre de l'équipe mobile supervise, coordonne et dirige l'équipe**



Situation actuelle:

Les psychiatres des équipes mobiles 2a et 2b gèrent les équipes et les coordonnent. Les chefs d'équipes partagent complètement cet avis. Lors de l'entretien, les psychiatres précisent que cette gestion porte sur l'aspect thérapeutique et médical, n'étant pas en lien avec la gestion administrative qu'ils relaient au chef d'équipe et par prolongement, à l'institution gérant les contrats de travail. Ils veulent cependant pouvoir s'exprimer sur l'organisation administrative, qui peut avoir un impact sur les soins octroyés. Les psychiatres soulignent également que cet aspect de leur fonction (gestion de l'équipe en lien avec le programme thérapeutique) fait partie des normes en vigueur.



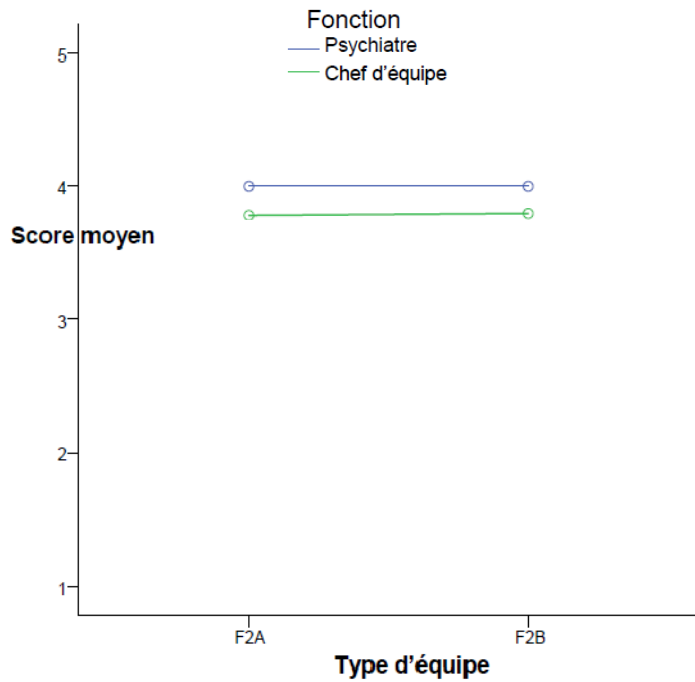
Situation idéale:

Tant les psychiatres que les chefs d'équipes souhaitent que les psychiatres assument ce rôle à l'avenir. En pratique, les psychiatres considèrent qu'être présents aux "moments d'interventions" fait partie de leur mission.

Graphiques 11: *Le psychiatre de l'équipe mobile supervise, coordonne et dirige l'équipe : situation actuelle et situation idéale*

**c. La politique (au niveau de l'organisation)**

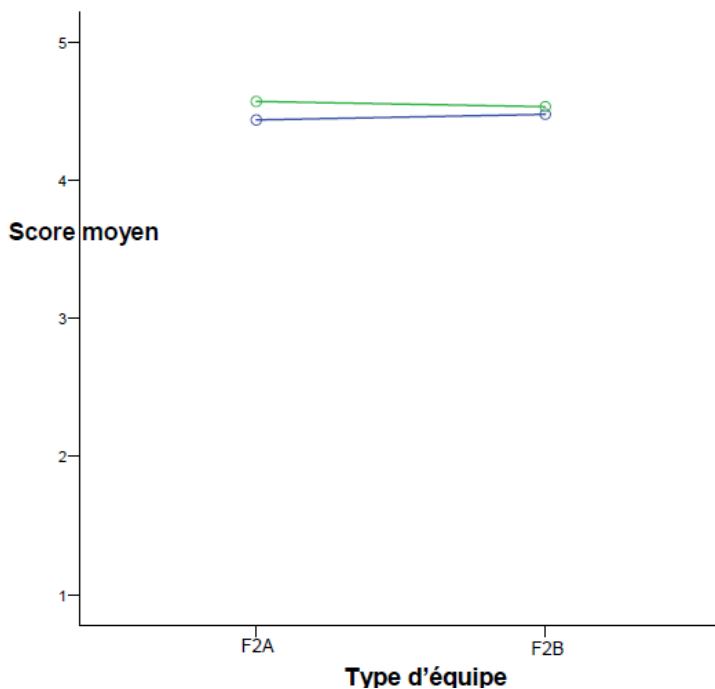
**c.1/ Le psychiatre de l'équipe mobile participe à l'évaluation du travail de l'équipe mobile**



Situation actuelle :

Les psychiatres évaluent le travail des équipes mobiles. Lors de l'entretien, les psychiatres précisent que cette évaluation est individuelle (travailleur) et globale (l'ensemble de l'équipe), portant sur la qualité du travail clinique et du développement du travail en réseau.

Ils considèrent que cet aspect est fondamental, le travail au domicile avec les usagers constitue une approche nouvelle qui nécessite un savoir-faire particulier très différent de la culture hospitalière traditionnelle.

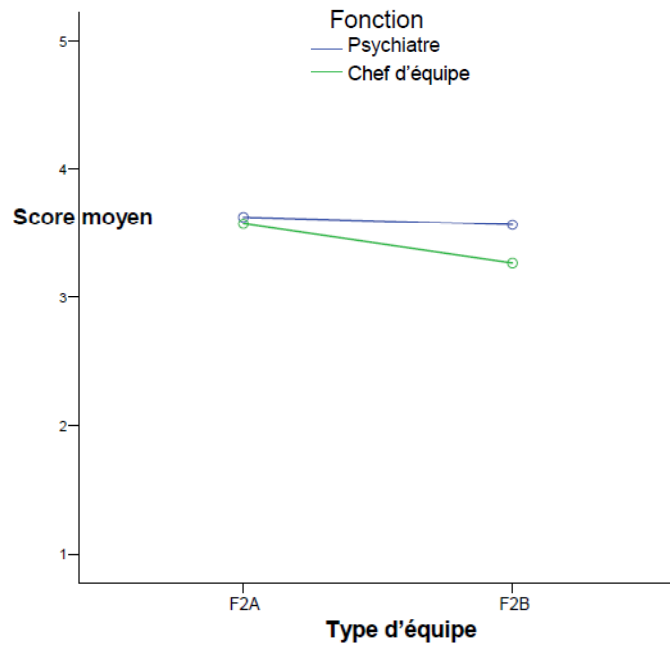


Situation idéale:

Les psychiatres souhaitent exercer ce rôle. Lors de l'entretien, ils précisent qu'il s'agit déjà d'une de leurs fonctions, qu'ils souhaitent renforcer.

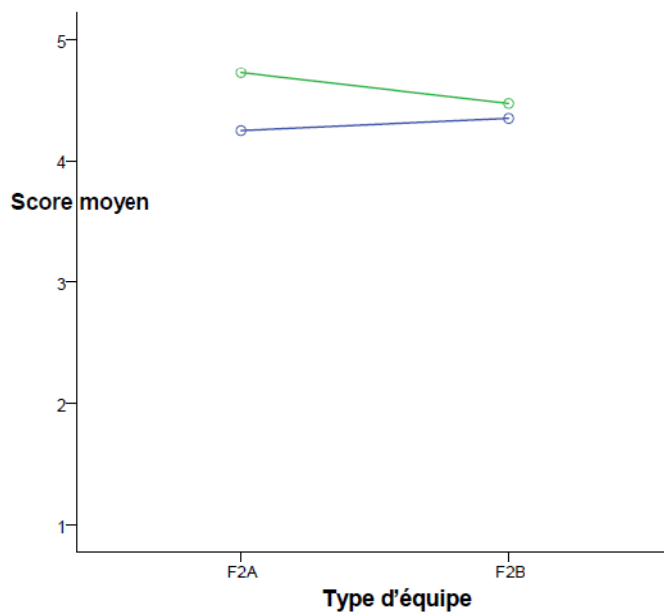
Graphiques 12 : Le psychiatre de l'équipe mobile participe à l'évaluation du travail de l'équipe mobile : situation actuelle et situation idéale

**c.2/ Le psychiatre de l'équipe mobile participe à l'élaboration du plan stratégique de l'équipe mobile**



Situation actuelle:

Les scores des psychiatres sont très divisés entre “ne pas participer” et « participer beaucoup”. Lors de l’entretien, les psychiatres laissent entendre que cette question peut prêter à confusion : parle-t-on d’un plan d’action concret ou formel ou est-ce juste en lien avec le développement du réseau et des liens aux partenaires d’une manière plus informelle ? Ils évoquent un travail actif de développement de réseau, mais n’évoquent pas de formalisme ou de plan d’action en lien.

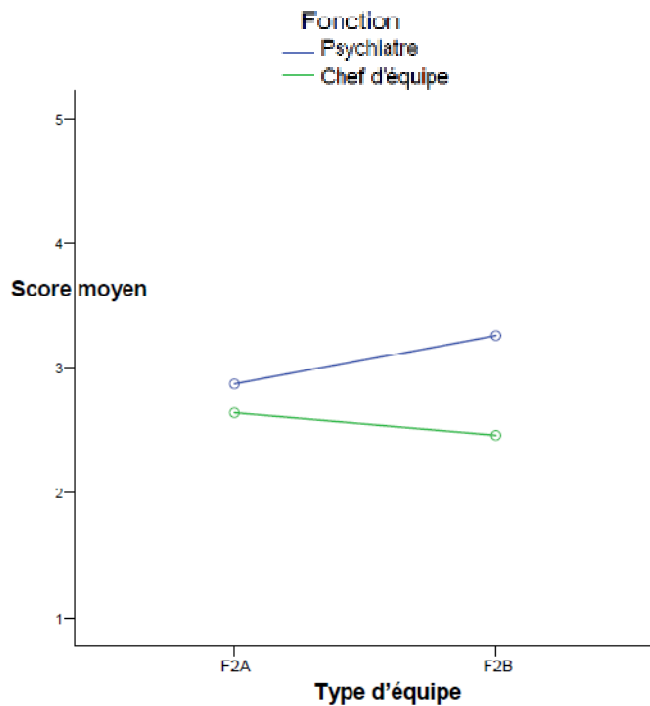


Situation idéale:

Tous les psychiatres souhaitent, à l’avenir, prendre part au plan stratégique des équipes mobiles. Pour ce faire, ils précisent utiliser de préférence le Comité de Réseau et le Comité de Fonction et ce avec le soutien du coordinateur de la Réforme.

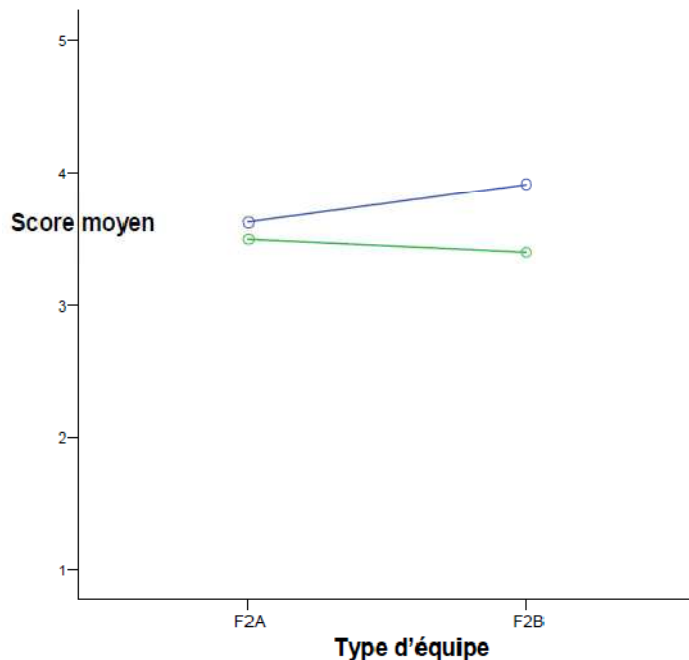
Graphiques 13: *Le psychiatre de l'équipe mobile participe à l'élaboration du plan stratégique de l'équipe mobile : situation actuelle et situation idéale*

**c.3/ Le psychiatre de l'équipe mobile est activement impliqué dans la gestion du personnel de son équipe.**



Situation actuelle:

Les psychiatres ne sont pas vraiment impliqués dans la gestion du personnel des équipes. Lors de l'entretien, ils indiquent que cette tâche relève de l'administration et du service du personnel, ne s'estimant pas concernés par cet aspect. En outre, les psychiatres interrogés soulignent ne pas être contractuels et être engagés en tant qu'indépendants : ils décrivent un lien fonctionnel, mais pas formel ou contractuel avec les membres de l'équipe mobile.



Situation idéale :

On constate une tendance qui va vers plus d'implication. Lors de l'entretien, les psychiatres laissent entendre pouvoir donner leur avis lors de bilans de fonctionnement, afin de travailler avec des professionnels fonctionnels. Ils soulignent que le règlement de l'hôpital leur permet de donner un avis.

Graphiques 14: Le psychiatre de l'équipe mobile est activement impliqué dans la gestion du personnel de son équipe : situation actuelle et situation idéale

**4. Remarques générales formulées par les psychiatres ou les chefs d'équipe (dans la suite de l'enquête écrite)**

- Le temps de travail dévolu au psychiatre est limité. Endéans ce temps, l'accent est mis sur les tâches en lien avec l'utilisateur.
- Les contacts avec les partenaires sont principalement pris par les membres des équipes, plus rarement par le psychiatre.
- En ce qui concerne les tâches qui ne sont pas en lien avec les usagers, les psychiatres jouent un rôle de conseillers.
- Les membres des équipes considèrent les visites à domicile par les psychiatres comme particulièrement nécessaires. Ces visites constituent une plus-value
- Une bonne coopération / coordination entre les psychiatres des équipes mobiles, les psychiatres traitants et les médecins généralistes doit faire partie des développements ultérieurs.
- L'écart entre la situation idéale et la situation actuelle est en lien avec le manque de temps (heures attribués) du médecin psychiatre des équipes mobiles.

**5. Considérations supplémentaires**

- Les psychiatres des équipes 2a et 2b souhaitent avoir au moins un contact avec l'utilisateur, une visite à domicile peut constituer une plus-value. Ce sont principalement les psychiatres des équipes mobiles 2a qui posent un diagnostic et implémentent un traitement. Un quart des psychiatres des équipes 2b souhaitent également prendre cette responsabilité dans le futur, mais beaucoup ne le souhaitent pas ou n'ont pas un avis marqué sur le sujet.
  - Il est souhaitable que la visite à domicile par le psychiatre puisse avoir lieu sur indication de l'équipe ou face à une situation complexe.

- Le rôle “traitant” du psychiatre n'est pas considérée comme une nécessité.
  - Une question se pose: dans quelle mesure n'est-il pas nécessaire que le psychiatre prenne temporairement ce rôle, préférentiellement dans l'équipe mobile 2a, le temps qu'un suivi chez un psychiatre traitant puisse être mis en place.
  
- L'importance d'une bonne collaboration entre le médecin traitant et le médecin généraliste est incontestable.
  - Il y a une nette tendance à une plus grande collaboration entre les médecins.  
La collaboration avec le médecin généraliste est primordiale pour les usagers qui ne bénéficient que de ce type de suivi. (Chaque situation ne requiert pas la prise en charge par un psychiatre).
  - La nécessité de la présence aux réunions de suivi des usagers (supervision, gestion et coordination d'équipe) obtient des scores très élevés dans les équipes 2a et 2b. Pourtant, certains psychiatres ont pu estimer que cela avait une utilité modérée ou n'ont pas d'avis à ce sujet.
  - Les réunions de suivi des usagers constituent une tâche multidisciplinaire, où le psychiatre est, par définition, présent. Les réunions de suivi visent à évaluer le traitement, la prise en charge et de faire les ajustements nécessaires.
  - De manière générale, nous pouvons conclure, comme le montrent les scores, que le rôle clinique est important, cela signifie qu'il faut prévoir un temps de travail suffisant.
  - Les psychiatres considèrent que leurs missions sont en lien direct avec l'utilisateur. Néanmoins, un travail de supervision et de soutien aux professionnels des équipes 2a et 2b est nécessaire.
  
- Le rôle de superviseur et de coordinateur de l'équipe à l'organisation stratégique retient l'intérêt des psychiatres
  - En ce qui concerne les rôles de superviseur/coordinateur et les rôles d'organisation: les psychiatres et les chefs d'équipes devraient former un tandem qui assume un rôle hiérarchique au sein de l'équipe.

- Le travail en réseau, lié à la concertation et à l'élaboration de liens avec les partenaires, sont évoqués.
  - Des psychiatres envisagent leur fonction dans une équipe mobile en lien avec le travail auprès de l'utilisateur, mais également avec les partenaires de réseau, et ce, dans l'intérêt de l'utilisateur afin d'optimiser la prise en charge.
  - Ils ont pu estimer nécessaire de s'adjoindre la collaboration d'un systémicien, évoquant la nécessité de développer et débloquer la communication entre les partenaires de réseau.
  - Les psychiatres envisagent deux volets au travail en réseau : les contacts et le développement.
  - Cette notion de réseau est plus spécifique au psychiatre d'une équipe mobile. Le psychiatre hospitalier s'inscrit peu ou pas dans cette culture de travail. L'activation effective des partenaires de réseau apparaît nécessaire pour les usagers à problématique(s) complexe(s).
  
- Le psychiatre d'une équipe mobile souligne que son travail est orienté vers les usagers présentant une problématique en santé mentale tout en incluant les situations psychiatriques.
  - Les usagers présentant une problématique de santé mentale ou psychiatrique peuvent montrer des éléments accentuant des difficultés de prise en charge, telles que des éléments psychosociaux et bas seuils présents chez les usagers.

## 7. Données bibliographiques

Les recherches dans la littérature<sup>23</sup> ne soulignent pas d'éléments discordants avec les résultats obtenus ou les données d'entretien. Les pratiques des équipes mobiles et la fonction psychiatrique montrent une certaine cohérence avec les contenus de la littérature.

Cependant, les données recueillies dans le cadre de cette enquête montrent une spécificité modérée dans le cadre de la fonction psychiatrique au sein d'une équipe mobile, tendant à se situer sur un plan généraliste. Les résultats de cette enquête sont donc à considérer comme une première étape, devant faire l'objet d'une élaboration et d'un développement ultérieur quant à la fonction psychiatrique, dans le cadre du suivi de l'implémentation des équipes mobiles. Il s'agit de premières pistes décrivant les grandes lignes de ce travail médical innovant et spécifique.

---

<sup>23</sup> voir Annexe n° 6

### 3. Etat des lieux de Réforme des soins en santé mentale en Belgique

---

La Réforme des soins en santé mentale vient modifier profondément le paysage et la philosophie de prise en charge des usagers présentant une problématique de santé mentale et/ou psychiatrique.

La vision des nouvelles pratiques se centre sur une prise en charge communautaire et le rétablissement.

Il s'agit de transformer l'offre hospitalière (qui apparaît comme une des plus fournies en Europe en termes de lits/habitants) en prises en charge qui s'inscrivent dans le cadre de vie de l'utilisateur. Cette philosophie implique une prise en compte de tous les intervenants qui formalisent un travail en réseau, où la concertation est une des bases du travail. La finalité est le maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine par la mise en place de parcours individualisés.

Pour ce faire, le modèle que nous mettons en place, en Belgique, se caractérise par cinq fonctions (reprenant les acteurs de la première ligne, des équipes mobiles, de la formation et l'insertion professionnelle, du milieu hospitalier et du logement) qui viennent comme un modèle symbolisant le réseau de services alternatifs.

88

---

Celui-ci a comme originalité d'associer, au sein d'une vision globale et intégrée, l'ensemble du dispositif en intégrant les ressources hospitalières et développées dans la communauté, qu'ils soient directement en lien avec la santé mentale ou non. Sur une zone déterminée, l'ensemble des intervenants présents ont à créer des stratégies pour répondre à l'ensemble des besoins en santé mentale de la population de ce territoire. Le réseau ainsi construit est multidisciplinaire et basé sur des modalités d'intervention flexibles.

Le modèle préconisé est suivi et analysé par trois équipes scientifiques afin d'évaluer ses effets et son évolution. Une partie des résultats préliminaires sont repris dans le corps du texte. Les mécanismes et l'approche stratégique de la Réforme prennent place de manière formalisée, grâce à des conventions de collaboration entre partenaires qui se réunissent et déterminent des procédures au sein de comités de réseau et de fonctions. Le coordinateur de réseau est le garant de cette structuration, favorisant l'implémentation du réseau de partenaires.

Nous vivons actuellement une période qui peut être qualifiée d'historique, et ce, au regard des ambitions et de la complexité de la Réforme, tant en lien avec l'hétérogénéité des partenariats professionnels impliqués, qu'avec la volonté d'intégration des usagers et des familles, où par rapport au dialogue et au consensus permanent qu'elle suscite avec les différentes instances gouvernementales. La Réforme est depuis 2009 dans une phase exploratoire où les dix-neuf projets-pilote, couvrant une partie importante du territoire du pays, s'installent structurellement en modifiant profondément les pratiques et la vision des soins. Les acteurs doivent prendre place dans une nouvelle culture de travail qui implique des changements conséquents ; ces adaptations s'inscriront dans le temps.

### 3.1.La Réforme : ses forces et ses faiblesses

#### **Les forces :**

- La Réforme est globale, c'est un consensus entre l'ensemble des niveaux de compétences à la fois Fédérales et Régionales.
- Il y a un souhait politique fort que la Réforme perdure et que sa vision s'installe sur l'ensemble du territoire; le soutien des différents niveaux de pouvoir est évident.
- C'est une implémentation locale : le modèle n'est pas uniquement « top-down » ; la prise en considération de l'avis des acteurs de terrain « bottom-up » est essentielle et considérée comme étant un facteur de réussite.
- Le modèle est élaboré sur le concept de réseau (une zone d'action) et se base sur une offre globale et intégrée (approche verticale et horizontale).
- Le coordinateur de réseau s'est vu confier un rôle essentiel qui a pour but d'amener une cohérence et une harmonie des ressources disponibles.
- Le modèle se construit en formalisant des procédures de partenariat entre les acteurs concernés par la zone d'action.
- L'approche globale et intégrée considère l'ensemble des acteurs qu'ils soient internes et externes à la santé mentale en prenant en considération les besoins des usagers.
- La concertation formalisée entre les professionnels et les usagers constitue la philosophie de base et permet une implication des représentants des usagers et des familles à tous les niveaux de décisions (micro, méso, macro).

- Le modèle s'inspire de l'approche communautaire avec une vision orientée vers le rétablissement (recovery).
- La liaison avec la première ligne est renforcée en rendant aux médecins généralistes une place centrale et en donnant un rôle important aux soins à domicile réguliers par les pratiques de coaching et/ou des « taskshifting ».
- Une priorité est donnée à la formation de l'ensemble des acteurs pour faciliter le processus de changement. Il faut aussi mettre en avant que les représentants des usagers et des proches s'inscrivent dans ce programme de formation.
- Les équipes universitaires assurent un suivi scientifique et aident à l'implémentation sur les territoires.
- La Réforme n'a pas pour but de réduire le budget du secteur des soins en santé mentale ; au contraire, des moyens financiers complémentaires ont été investis pour faciliter le début des travaux.

**Les faiblesses :**

- Il faut accepter qu'il s'agit là d'un changement de culture important qui entraîne un processus de développement conséquent qui doit s'envisager sur le long terme.
- Bien que des moyens financiers complémentaires aient été prévus, il faut considérer qu'ils ont été octroyés uniquement au niveau des hôpitaux psychiatriques, ce qui risque d'augmenter le rôle trop centralisé de ces institutions.
- Certains acteurs de terrain s'adaptent difficilement à la nouvelle culture de travail basée sur les pratiques de réseau et de partenariat. La concertation avec les usagers et les proches demande une adaptation et une remise en question de la relation « soignant/soigné » traditionnelle.
- Bien que l'ensemble des autorités se sont inscrites dans un mouvement commun, les processus décisionnels et des changements organisationnels restent complexes dus aux nombreux niveaux de pouvoir et de décision.
- La sixième Réforme de l'Etat au niveau politique en Belgique est en cours. Elle a pour but de transférer une grande partie des compétences liées à la santé mentale, du niveau Fédéral vers les Régions et Communautés et entraîne une période d'incertitude.
- Ceci est renforcé par la mise en place des nouveaux gouvernements que ce soit au niveau fédéral, régional ou communautaire, amenant des changements au niveau des décideurs politiques qui auront à se positionner quant aux travaux de la Réforme.

3.2. Les challenges actuels et pour le futur :

- Les équipes scientifiques doivent poursuivre leurs travaux de recherche afin d'élaborer un modèle pérenne basé sur des indicateurs et des résultats (avec des méthodes épidémiologiques quantitatives et des échantillons plus importants sur le plan de la représentativité).
- Il y a lieu de reconsidérer le dossier médical et évoluer vers un dossier médical électronique, résultat d'un consensus entre les différents niveaux d'autorités.
- La saisie des données administratives doit être revue, en s'orientant vers un modèle commun qui devrait permettre d'avoir des données statistiques actualisées et comparables au niveau international.
- La phase exploratoire ne prend pas en considération l'ensemble du territoire. Il y a lieu de prévoir une troisième phase des projets ou d'étendre les zones actuelles, afin de permettre à chacun des usagers d'avoir accès à des soins identiques.
- Il est essentiel de prendre en considération les recommandations internationales, notamment, de l'OMS ou de l'Union européenne ; et plus particulièrement, de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (Nations Unies).
- Les recommandations formulées par les représentants des usagers et des proches doivent être entendues par les autorités et intégrées dans les plans d'actions.
- Sur le terrain, nous constatons, un nombre considérable de pratiques innovantes. Au départ de ces innovations, nous aurons à rédiger un guide des bonnes pratiques en lien avec l'Organisation Mondiale de la Santé.

En voici les premières thématiques :

- La liaison avec la première ligne
- La participation des usagers et des familles
- L'insertion socioprofessionnelle
- Le logement
- Les équipes mobiles (composition, case load)
- Le rôle des médecins psychiatres au sein des équipes mobiles
- La question du double diagnostic (santé mentale et dépendances)

- La santé mentale est maintenant considérée, comme étant une question transversale. Nous avons, pendant de trop nombreuses années, séparé la santé mentale de la santé, par une approche en silo. Il est indispensable de poursuivre les travaux pour évoluer vers cette approche globale et intégrée qui inclus également l'action sociale, le travail, le logement, la culture, ...
- La Réforme se veut globale et intégrée ; dès lors, la nouvelle politique du plan « internés » (liaisons avec la justice) doit prendre place et s'harmoniser au modèle. Il en sera, de même, pour les initiatives spécifiques, telles que, notamment, les unités de crise en toxicomanie.
- La Réforme actuelle s'adresse aux adultes (16 ans et plus), il est important de poursuivre les travaux et d'obtenir un consensus concernant la réorganisation du secteur de la petite enfance, de l'enfance et de l'adolescence.

### 3.3.Conclusion

Tous ces éléments démontrent à quel point le travail réalisé, ces dernières années, est conséquent. C'est le résultat, du travail d'une équipe d'experts qui se sont investis, sans compter, dans cette aventure.

C'est aussi la confiance que nous témoignent les usagers et les familles.

Leur participation est précieuse et, c'est ensemble, que nous œuvrons pour un système de soins et d'aide qui devrait permettre une meilleure qualité de vie à l'avenir.

Personnellement, j'aurais apprécié prendre part à ce mouvement ; le chemin est encore très long, la motivation et la passion des uns et des autres sont intactes, ce qui constitue le meilleur signe du succès.

# Bibliographie



## Bibliographie

ALBERNHE, K., ALBERNHE, T., 2003, *Organisation des soins en psychiatrie*, Masson, Paris.

ANDREAS, 2010, Is the Health of the Nation Outcome Scales appropriate for the assessment of symptom severity in patients with substance-related disorders, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39 (1), 32-40.

ANTHONY, W., COHEN, M., FARKAS, M., GAGNE, C., 2003, *La réhabilitation psychiatrique*. Socrate Editions Promarex, Belgique.

ANTHONY, W.A., 1998, *Psychiatric rehabilitation technology : operationalizing the black box of the psychiatric rehabilitation process*, New Direction for Mental Health Services.

APPLEBY (dir.), 1999, Suicide within twelve months of contact with mental services : national clinical survey, *BMJ*, 318, 12-35.

AIGS Association Interrégionale de Guidance et de Santé, 2010, *Bilan des activités*. [www.aigs.be](http://www.aigs.be).

BAKKER, L., VAN BRAKEL, W., 2012, Empowerment Assessment tools in People with Disabilities in Developing Countries, A systematic literature review, *Lepr Rev n°83*, 129-153.

BARBATO A et al, *A study of a long-stay patients resettled in the community after closure of a psychiatric hospital in Italy*. Psychiatric services January 2004, Vol 55 n° 1.

BASAGLIA, F., 1970, *L'institution en négation : rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia*, Editions du Seuil, Paris.

BASAGLIA, F., 1976, *Psychiatrie et antipsychiatrie*, Volume 95 de Bibliothèque Laffont des grands thèmes, Editions Laffont, Paris.

BECKER, D. & coll, 2006, *Le modèle Individual Placement and Support (IPS) du soutien à l'emploi (Manuel de base IPS)*, Traduit en français par Régis De Cooman et Guy M. Deleu pour Socrate-Réhabilitation, [http://www.espace.socrate.com/SocProAccueil/Rehabilitation.aspx ?page=3]

BELLAMY, V., ROELANDT, J-L., CARIA, A., 2005, Premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale : images et réalités, *L'information psychiatrique, Volume 81*, Numéro 4, 295-304.

BESANCON, M-N., JOLIVET, B., 2009, *Arrêtons de marcher sur la tête ! Pour une psychiatrie citoyenne*, Les Editions de l'Atelier, Paris.

BIAREZ, S., 2004, Une politique publique : la santé mentale (1970-2002), *Revue française d'administration publique, N°111*.

BJARAS, G., HAGLUND, B., RIFKIN, S., 1991, A new approach to community participation assessment, *Health Promotion International*, 6(3), 199-206.

BOLLE, A., 2007, Discriminations : l'alliance des usagers, des équipes et des élus contre la stigmatisation, *L'information psychiatrique*, Volume 8, 695-7.

BONSACK, C & coll., 2008, Equipe de Psychiatrie Mobile pour les trois âges de la Vie : l'Expérience Lausannoise, *Rev Med Suisse*, 4, 1960-1965.

BURGESS, P., PIRKI, J., 2010, *Australian Mental Health Outcomes and Classification Network : 'sharing information to improve outcomes'*, An Australian Government funded initiative, Review of Recovery Measures. En ligne : [http://www.recoverydevon.co.uk/download/Review\\_of\\_Recovery\\_Measures.pdf](http://www.recoverydevon.co.uk/download/Review_of_Recovery_Measures.pdf)

CALDAS de ALMEIDA & KILLAPSY. *Long-term mental health care for people with severe mental disorders*. European Commission, 2011

CARRIER, S., FORTIN, D., 1998, Des plans de services et d'intervention conviviaux pour une pratique avec des partenaires du milieu, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, Vol 9 : 65-79.

Centre de Prévention du Suicide, 2012, *Le suicide, un problème majeur de santé publique. Introduction à la problématique du suicide en Belgique*. [http://www.preventionsuicide.be/ressource/static/files/dossier\\_introsuicide\\_septembre2012.pdf](http://www.preventionsuicide.be/ressource/static/files/dossier_introsuicide_septembre2012.pdf)

CEUTERICK, G., DUVILLIER, G., 2010, *La loi coordonnée sur les hôpitaux et les autres établissements de soins*, UGA, Bruxelles.

CEUTERICK, G., DUVILLIER, G., 2013, *La loi coordonnée sur les hôpitaux et les autres établissements de soins (10<sup>ième</sup> édition)*, UGA, Bruxelles.

CHANDRASHEKAR, H. & coll., 2009, Innovations in psychiatry : ambulatory services for the mentally ill, *Indian J. Psychiatry, jul-sept*, 51(3): 169-170.

Conférence Interministérielle (CIM) Santé Publique (septembre 2009), Belgique, Texte non publié.

Conférence Interministérielle (CIM) Santé Publique (décembre 2009), Belgique, Texte non publié.

Conférence Interministérielle (CIM) Santé Publique (décembre 2010), Belgique, Texte non publié.

Conférence Interministérielle (CIM) Santé Publique (juin 2011), Belgique, Texte non publié.

CORBIERE, M., BRIAND, C., 2004, Evaluation en réadaptation psychiatrique, in LECOMTE, T., LECLERC, C., (dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (379-456), Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.

CORBIERE, M., DURAND, M-J., 2011, *Du trouble mental à l'incapacité au travail*, Presses de l'Université du Québec, Canada

DE BEER, J., 2013, *Gérer une équipe projet*, Syllabus de travail non publié, Bruxelles.

DEBRAY, G., GRANGER, B., AZAIS, F., 2010, *Psychopathologie de l'adulte*, Elsevier-Masson, Paris.

Déclaration d'intention du gouvernement belge (2002), intitulé '*déclaration conjointe des ministres de la santé publique et des affaires sociales sur la politique future en matière de soins de santé mentale*' ; sur base de la déclaration à l'OMS reprise sous les références : « WHO (2002). *Mental health: responding to the call for action*. Resolution WHA 55.10."

DELGADO, PG., 2013, *Mental health reform in Brazil: changing hospital-centered paradigm to ensure access to care*  
[http://www.souqonline.it/home2\\_2\\_eng.asp?idpadre=955&idtesto=949#.UoyRqSe3eKQ](http://www.souqonline.it/home2_2_eng.asp?idpadre=955&idtesto=949#.UoyRqSe3eKQ)

DEMAILLY, L., 2011, *Sociologie des troubles mentaux*, La Découverte Collection Repères Sociologiques.

DEMAILLY, L., DAMBINSKY, O., DECHAMP LE ROUX, C., 2012, Analyse d'innovations dans les secteurs psychiatriques : augmenter la mobilité et la disponibilité, *Fédération de recherche en santé mentale* 59-62.

DEMAILLY, L., DAMBINSKY, O., DECHAMP LE ROUX, C., 2014, Equipe Mobile en psychiatrie et le travail de disponibilité, *Eurotext*, 128 pages.

DEMOTTE, R., 2005, *Note politique relative à la santé mentale* (Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique)  
[http://www.iwsm.be/pdf\\_dir/Note%2025%2004%2005\\_Demotte.pdf](http://www.iwsm.be/pdf_dir/Note%2025%2004%2005_Demotte.pdf)

DENJEAN, S., 2005, L'équipe mobile psycho-sociale à Annemasse, « panser » le lien social à l'échelle d'un territoire, *Cahiers du DSU*.

DESREUMAUX, A., HAFSI, T., 2006, les théories institutionnelles des organisations : une perspective internationale, *Management international n°10* : 1-18.

EMARD, R., 2009, le développement des compétences des intervenants en suivi communautaire : un élément clé pour soutenir le rétablissement, *Revue Le Partenaire* 18(3), 43-51.

EMARD, R., AUBRY, T., 2004, *Le suivi communautaire en santé mentale*, Les Presses de l'Université d'Ottawa, Canada.

Equipe Mobile de Liaison Psychiatrique Précarité. CH Edouard – Toulouse. In : [www.ch-edouard-toulours.fr/Equipe-Mobile-Preacarite-html](http://www.ch-edouard-toulours.fr/Equipe-Mobile-Preacarite-html)

FARKAS, M., 2007, 'The vision of recovery today : what it is and what it means for services', *World Psychiatry*, 6(2), 68-74.

FARKAS, GAGNE, ANTHONY, CHAMBERLIN, 2005, Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs : identifying the critical Dimensions, *Community Mental Health Journal*, vol 41, n°2.

FLEURY, M.-J., et al., 2009, Les soins primaires en santé mentale, *Santé Mentale au Québec*, XXXIV(1).

FLEURY, M.-J., et al., 2000, Proposition d'un modèle d'évaluation de la mise en œuvre et des effets de la planification des programmes régionaux et d'organisation des services de santé mentale au Québec, *The Canadian Journal of Program Evaluation*, Vol 15 n°2, 117-147.

FLEURY, M.-J., OUADAHI, Y., 2002, Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs de changement, *Santé Mentale au Québec*. XXVII, 2, 16-36.

GISLE, L., 2008, *Enquête de Santé par interview, Belgique*, SPF Santé Publique

GUEVEL, M., 2012, Les attentes des médecins coordonateurs d'EHPAD vis-à-vis d'une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée : le cas de l'Isère. *Thèse de la Faculté de Médecine de Grenoble*.

Guide « *Vers de meilleurs soins en santé mentale, par la réalisation de circuits et réseaux de soins* », <http://www.psy107.be/SiteFiles/Wallonie.pdf%20def.pdf>

Guide 'précarité et santé mentale: repères et bonnes pratiques'. Groupe national Précarité et Santé Mentale, FNARS.

GREENHALGH, T., HUMPHREY C., HUGHES J. et al., 2009, *How do you modernize a health service? A realist evaluation of whole-scale transformation in london*. *Milbank Q* vol. 87, (2) 391-416.

HERBERT, R., BRAVO, G., PREVILLE, M., 2000, Reliability, validity, and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia, *Canadian Journal on Aging*, 19, 494-507.

HOOP Test, 1999; Traduction francophone de l'indice de l'espoir Herth (Herth Hope Index, 21, 2211). HHI.

HUTCHINSON, D., FARKAS, M., 2004, Le suivi communautaire axé sur la réadaptation. Dans R. EMARD et T. Aubry (édit.), *Le suivi communautaire en santé mentale : une invitation à bâtir sa vie* (67-89). Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa

JEON, Y., BRODATY, H., CHESTERSON, J., 2005, Respite care for caregivers and people with severe mental illness : literature review, *Journal Adv. Nursing*, 49(3), 297-306.

JOSSERAND, E., 2007, Le pilotage des réseaux. Fondements des capacités dynamiques de l'entreprise, *Revue Française de Gestion N°170*, 97-102.

JOUET, E., FLORA, L. LAS VERGNAS, O., 2010, Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients, *Pratiques de Formation – Analyses*, 58-59.

KCE, 2008, *Les séjours psychiatriques de longue durée en lits T*. [http://www.kce.fgov.be/index\\_fr.aspx?SGREF=10498&CREF=11313](http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=10498&CREF=11313)

KISELY, S., CAMPBELL, L., CARTWRIGHT, J., COX, M., CAMPBELL, J., 2010; Do the Health of the Nation Outcome Scales measure outcome? *Canadian Journal of Psychiatry*, vol 55 (7), 431-9.

LALANCETTE, D. & coll (2010). Utilisation d'une équipe d'intervention mobile de cas psychiatrique dans la prévention des hospitalisations, *Institut universitaire en santé mentale de Québec – UETMIS*.

LAMOTHE, L., 2002, La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne, *Revue Gestion* vol 27.

LATIMER, E., MERCIER, C., CROCKER, A., 2001, *Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie (Projet QC407)*, Montréal, Rapport soumis au Fonds pour l'adaptation des services de santé, [En ligne]. [[http://www2.itssti.hc-sc.gc.ca/hpd/hcpd/pchd/projetc.nsf/ExecSum/QC407/\\$File/QC407.pdf](http://www2.itssti.hc-sc.gc.ca/hpd/hcpd/pchd/projetc.nsf/ExecSum/QC407/$File/QC407.pdf)].

LATIMER, E., 2008, *Le soutien à l'emploi de type placement et soutien individuels pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : Sa pertinence pour le Québec*, Montréal, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), [En ligne]. [[http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/fr\\_publications\\_2008.phtml](http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/fr_publications_2008.phtml)].

LAUMONIER, J-C., LASSALLE, B., 2009, Décloisonner et articuler. En Haute Normandie, des formations pour développer des nouvelles pratiques entre la psychiatrie et la travail social, *VST, Vie Sociale et Traitement*, 2009/1 (n°101).

LIBERMAN, R.P., 2008, *Recovery from disability : Manual of psychiatric rehabilitation*, American Psychiatric Publishing, Inc, Arlington.

LEMPERIERE, T., FELINE, A., ADES, J., HARDY, P., ROUILLON, F., 2006, « *Psychiatrie de l'adulte* », Masson, Paris.

MANTOVANI, J., CAYLA, F., 2002, ORSMIP, Equipe Mobile Sociale et de Santé, rapport d'évaluation. *Observatoire national de la sante de Midi-Pyrénées*.

MARIAGE, O., 2010, Psychiatrie : l'amorce du virage ambulatoire, *Santé Conjuguée* n°52, (1-3).

MASSIMO, M., 2011, *Psychiatrie communautaire en Italie : bilan et perspectives*, (format powerpoint).

MASSIMO, M., 2011, *Programme National Médiateurs de santé/Pairs 2010-2013*, (format powerpoint).

MICHEL, A., 2009, *Ville et santé mentale ; projections, politiques, ressources*, Le Manuscrit, Paris.

MINKOWSKI, E., 2005, *Le temps vécu*, Presses Universitaires de France, Paris.

MIZOCK, L., 2011, Review of Spin between never and ever and Voices in the rain: Meaning in psychosis, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol 35(2), 157-158.

MORANDI, S., 2010, *Equipes mobiles : un modèle de soins communautaires dans le département de psychiatrie du CHUV*, (format powerpoint).

MORANDI, S., 2010, *Le suivi intensif dans le milieu*, (format powerpoint).

NADEAU, B., 1989, Le *case management* au carrefour de l'intervention clinique et communautaire, *Santé mentale au Québec*, 14(2), 51-89, [En ligne].  
[<http://benhur.teluq.quebec.ca/smq/1989014/1989v14n2a04.pdf>] ou  
[[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98918/E88538.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf)].

NAO (National Audit Office), 2007, *Helping People Through Mental Health Crisis : the Role of Crisis Resolution and Home Treatment Services*, Report by the Comptroller (UK) and Auditor General.

NARROW W. and Rubio – STIPEC M.. *Quantitative and experimental methods in psychiatry: Epidemiology*. American Psychiatric Association

NHS, 1999, *National Service Framework for mental health, modern standards and service models*.

OMS, 2001, *Rapport annuel*, [En ligne] [<http://www.who.int/whr/2001/fr/index.html>].

OMS sur la santé mentale, 2006, *Conférence ministérielle européenne*, [En ligne] [[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98918/E88538.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf)].

Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS (2011). Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux du Québec, in : biblio. et archives nationales de Québec.

PATEL V, KLEINMANN A, *Poverty and common mental disorders in developing countries*. Bulletin WHO 2003 ;81 :609-615

PATEL V, PRINCE M (2010): *Global Mental Health: A New Global Health Field Comes of Age*. JAMA. 303(19):1976-1977

PATEL V. *The future of psychiatry in low- and middle-income countries*. Psychol Med. 2009 Feb 12:1-4.

PATEM V, SARACENO B, KLEINMAN A: *Beyond evidence: the moral case for international mental health*. Am J Psychiatry. 2006 Aug; 163 (8):1312-5

PATTON, M.Q., 1986, *Creative evaluation*, 2<sup>ème</sup> édition, Thousand Oaks, Sage Publications

PATTON, M.Q., 1986, *Utilization focused evaluation*, 2<sup>ème</sup> édition, Thousand Oaks, Sage Publications

PAWSON, R. and TILLEY, N., 1997, *Realistic Evaluation*, London : Sage

PELLETIER, J-F., DAVIDSON, L., ROELANDT, J-L., DAUMERIE, N., 2009, Citizenship and Recovery for Everyone : A Global Model of Public Mental Health, *International Journal of Mental Health Promotion*.

Plan d'action en santé mentale. La force des Liens (2005). Santé et Services Sociaux Québec, in : biblio. et archives nationales de Québec

POPA ROMBEAU, M, 2009, quels critères pour l'évaluation d'une équipe mobile psychiatrie-précarité ? L'exemple de l'Indre et Loire. *Thèse Santé Publique*.

PRIEBE S, WATZKE S, HANSSON L, BURNS T, *Objective social outcomes index (SIX): A method to summarise objective indicators of social outcomes in mental health care*. Acta Psychiatr Scand 2008; 118 (1): 57-63

PRINCE M, PATEL V, SAXENA S, MAJ M, MASELKO J, PHILIPS MR, RAHMAN A. *No health without mental health*. Lancet. 2007 370: 859-77

PROVAN, KIMBERLEY, MILWARD, 2004, Cooperation and compromise : a network response to conflicting institutional pressures in community mental health, Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, vol 33 n°3, 489-514.

RAMONET, M., ROELANDT, J-L., DEFROMONT, L., DAUMERIE, N., 2000, *Modèles de soins en psychiatrie : comment mesurer leurs effets cliniques ?* Revue de la littérature, non publié.

Rapport d'activité 2013 des usagers et des familles : <http://www.psy107.be/SiteFiles/Rapport%20d%27activit%C3%A9s%202013%20Project%20Participation%20Fr.pdf>

REPPER, J., CARTER, T., 2010, *Using personal experience to support others with similar difficulties. A review of the literature on peer support in mental health services*, Together/The University of Nottingham/National Survivor User Network, [En ligne].[<http://www.together-uk.org/wp-content/uploads/downloads/2011/11/usingpersexperience.pdf>]

ROELANDT, J-L., DESMONS, P., KOUCHNER, B., 2002, *Manuel de psychiatrie citoyenne : l'avenir d'une désillusion*, Editions in Press, Paris.

ROELANDT, J-L., DAUMERIE, N., CARIA, A., EYNAUD, M., LAZARUS, A., 2007, Changer la psychiatrie pour déstigmatiser..., *Revue Santé Mentale* 115.

ROELANDT, J-L., PIEL, E., 2001, De la psychiatrie vers la santé mentale, rapport de mission, *Vie Sociale et Traitement*, ERES.

ROELANDT, J-L., 2010, De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et points d'évolution, *L'information Psychiatrique*, 2010/9, 66 pages.

ROSSLER W. *Psychiatric rehabilitation today: an overview*. World Psychiatry . 2006 5 (3) : 151-157

ROSSI et al, 2004, *Evaluation : a Systematic Approach*, septième édition. Thousand Oaks. CA, Sage

ROY, C., PERRON, O., 2009, Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social : Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation, in PELLETIER, J-F., (dir.), *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale : Pourquoi et comment faire évoluer les pratiques ?*, Presses de l'Université du Québec, Québec.

Santé et Services sociaux Québec (2005-2010), *Plan d'action en Santé Mentale 2005-2010, La force des liens*.

SARACENO B, BARBUI C, *Poverty and Mental illness*. Can J Psychiatry 1997 ;42 :285-290

SARACENO B, FREEMAN M, FUNK M. (2009). *Public Mental Health*. In: Detels R, Beaglehole R, Lansang M, Gulliford M: Oxford Textbook of Public Health, 5<sup>th</sup> edition. 1081-1100. Oxford University Press, New York.

SARACENO B , LEVAV I, KOHN R. *The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression*. World Psychiatry .2005 4(3): 181-5.

SARACENO B, van OMMEREN M, BATNIJI R, COHEN A, GUREJE O, MAHONEY J, SRIDHAR D, UNDERHILL C. *Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries*. Lancet. 2007 370:1164-74.

101

SARACENO B, DUA T: *Global Mental Health: the role of psychiatry*. European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience. 2009; 259 (Suppl 2): S109-S117

SAXENA S et al, *Resources for mental health scarcity, inequity and inefficiency*. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) September 4 2007.

SCHAUFELI, VAN DIERENDONCK, 2003, *UBOS Utrechtse Burnout Schaal*, Ed. Pearson.

SLADE, E. & coll., 2013, Cost Savings from assertive community treatment (ACT) services in an era of declining psychiatric inpatient use, *HSR Health Services Research, vol 48, Issue 1, pages 195-217*.

SMYTH, M, 2000, The home treatment enigma, *BMJ, jan 29, 2000, 32° (7230) : 305-309*.

SOMME, 2008, Prisma France : programme d'implantation d'une innovation dans un système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. Volume 56, Issue 1, 54-62*.

SPECTOR, J., En ligne : <http://www.statisticssolutions.com/academic-solutions/resources/directory-of-survey-instruments/job-satisfaction-survey-jss/>

SPF Santé Publique, [<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/index.htm>].

SPF Santé Publique, 2011, *Organisation et financement des soins de santé mentale en Belgique*

[http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@datamanagement/documents/ie2divers/19073085\\_fr.pdf](http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@datamanagement/documents/ie2divers/19073085_fr.pdf)

TESSIER, L., CLEMENT, M., WAGENER-JOBIDON, V., 1992, *La réadaptation psychosociale en psychiatrie : Défis des années 90*, Boucherville, Comité de la santé mentale du Québec/Gaëtan Morin Editeur.

THORNICROFT, G., TANSELLA, M., 2003, *Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité ?*, Copenhague, Organisation mondiale de la santé, [En ligne]. [<http://www.euro.who.int/document/e85238.pdt>].

THORNICROFT, G., TANSELLA, M., 2004, Components of a modern health service : a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence, *The British Journal of Psychiatry*. 185, 283-290.

VANEL, A & MASSOUBRE, C., 2011, Une expérience en équipe mobile de psychiatrie et précarité, *L'information Psychiatrique*, 2011/2 (vol 87).

VAN HUMBEECK, G., VAN AUDENHOVE, C., 1999, De Vragenlijst 'visie op zorg' : een instrument voor de praktijk en voor onderzoek, *Diagnostiek Wijzee*, 13-25.

Vragenlijst, GGZ Thermometer voor waardering door cliënten (volwassenenzorg versie 2003.2), GGZ Nederlands & Trimbos Instituut- Netherlands Institute of Mental Health and Addiction. Outil existant dans une version néerlandophone et francophone.

Wallonie - Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé, [En ligne] [<http://guide.wallonie.be/jsp/guide/pgShowGuide5.jsp?path=RW-SPW-DG05>].

World Health Organization Regional Office for Europe, 2005, *Mental health : facing the challenge, building solutions : report*. [[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf)].

World Health Organization, 2005, *Mental Health Policies and programmes in the workplace*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43337/1/9241546794\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43337/1/9241546794_eng.pdf)

World Health Organization, 2008, *Policies and Practices for Mental Health in Europe - Meeting the Challenges* [[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/96450/E91732.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf)]

World Health Organization, 2011, *Mental Health Atlas*, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf)

XAVIER M., *General Concepts*. Slides de la session résidentielle à Lisbonne en avril 2012.

XAVIER M., *Formulating hypothesis*. Slides de la session résidentielle à Lisbonne en avril 2012.

XAVIER M., *Selecting a statistical test*. Slides de la session résidentielle à Lisbonne en avril 2012.

XAVIER M., *Using SPSS*. Slides de la session résidentielle à Lisbonne en avril 2012.

XAVIER M., *Decision tree*. Slides de la session résidentielle à Lisbonne en avril 2012.

XAVIER M., *Linear regression*. Slides de la session résidentielle à Lisbonne en avril 2012.

XAVIER M., *SPSS Exploratory Analysis*. Slides de la session résidentielle à Lisbonne en avril 2012.

XAVIER M., *SPSS Crosstab comparing means non parametric tests*.

XAVIER M., 2012, *Research methods and statistics*, module two, International Master on mental health policy and services.

XAVIER M., 2012, *Mental Health services research*, module six, International Master on mental health policy and services.

# Annexes



## Annexes

Annexe n° 1 :

- Checklist à l'attention des représentants des proches
- Checklist à l'attention des représentants usagers

Annexe n° 2 :

- Objectifs spécifiques à chaque équipe scientifique

Annexe n° 3 :

- Template/questionnaire spécifique aux experts internationaux

Annexe n° 4 :

- Modèle développé au Brésil (graphiques de Pedro Gabriel Delgado – International Master on mental health, Lisboa 2012)

Annexe n° 5 :

- Enquête sur la fonction psychiatrique

Annexe n° 6 :

- Données bibliographiques relatives à la fonction psychiatrique

Annexe 1 :

Checklist à l'attention des représentants des proches

Checklist à l'attention des représentants usagers



## Checklist à l'attention des représentants des proches

### Quelques instructions :

- Si aucune option ne correspond à votre situation, choisissez l'option qui semble la plus appropriée.
- Dans le cas où l'option 1 serait encore trop positive, entourez de toute façon l'item 1.
- Merci de choisir la description adaptée sur l'échelle générale, à la fin de l'outil.

### 1) Au sein de quelle fonction êtes-vous actif?

Cochez la mention utile:

Fonction:

- ① Missions de base de l'aide et des soins
- ② Equipe ambulatoire de traitement intensif
- ③ Réhabilitation psycho-sociale
- ④ Unités intensives de traitement résidentiel
- ⑤ Formules résidentielles spécifiques

Comité de réseau : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

107

### 2) A présent, pouvez-vous vous référer à un seul service pour compléter la suite du questionnaire?

A laquelle des fonctions ci-dessus vous référeriez-vous?

\_\_\_\_\_

Localisation (ville): \_\_\_\_\_

### 3) J'ai complété cet outil ...

- avec l'aide d'autre(s) représentant(s) usagers/proches
- seul
- autre : .....

## Intégration et soutien des représentants des proches au niveau du projet

1) Participation des représentants des proches au projet

1	2	3	4	5
Je ne participe à aucune réunion de concertation au sein du projet.	Je suis impliqué à la concertation, au sein de certaines réunions, mais pas dans des organes de décisions (groupes de gestion stratégiques).	Je suis impliqué à la concertation, à tous les niveaux institutionnels et également au sein des organes de décisions (groupes de gestion stratégiques).	Je suis impliqué avec un autre représentant des proches à la concertation, à tous les niveaux institutionnels et également au sein des organes de décisions (groupes de gestion stratégiques).	Je suis impliqué avec un autre représentant des proches à la concertation, à tous les niveaux institutionnels et également au sein des organes de décisions (groupes de gestion stratégiques) et au sein desquels l'un de nous au moins a le droit de vote.

2) Prise en compte du point de vue des représentants des proches sur le projet 107 dans sa globalité

1	2	3	4	5
Les professionnels refusent que je donne mon avis.	Les professionnels ne me donnent pas la possibilité de donner mon avis. Ils ne considèrent pas que mon avis constitue une plus-value.	Les professionnels me donnent parfois la possibilité de donner mon avis et, parfois, en tiennent compte.	Les professionnels me donnent régulièrement la possibilité de donner mon avis et parfois, en tiennent compte.	Les professionnels sollicitent régulièrement mon avis, encouragent cette façon de faire, ils me considèrent comme un partenaire à position égale. Ils tiennent compte de mon avis.

**3) Formations externes (ex : formations organisées par le réseau, SPF, ...)**

1	2	3	4	5
Je n'ai pas la possibilité de poursuivre des formations externes proposées par le réseau.	Si j'en fais la demande, je peux éventuellement participer à une formation.	J'ai la possibilité de poursuivre annuellement une formation.	J'ai la possibilité de poursuivre une formation de mon choix, une fois par an.	J'ai la possibilité de poursuivre des formations de mon choix, deux fois par an.

**4) Considération des professionnels quant à la participation des représentants des proches au projet**

1	2	3	4	5
Je ne suis pas considéré comme un partenaire à égale position au sein du projet local de la réforme.	Certains professionnels me considèrent comme un partenaire à position égale.	La plupart des professionnels me considèrent comme un partenaire à position égale.	Tous les professionnels me considèrent comme un partenaire à position égale.	Tous les professionnels me considèrent comme un partenaire à position égale et sont convaincus de la plus-value que ma participation apporte au projet.

**5) Feedback aux professionnels et/ou au coordinateur de réseau**

1	2	3	4	5
Je n'ai pas la possibilité de donner un feedback aux professionnels et/ou au coordinateur de réseau par rapport à mon investissement dans le projet.	J'ai la possibilité de donner un feedback partiel par rapport à mon investissement dans le projet (ex: boîte à suggestion,...).	J'ai la possibilité de donner, annuellement (ou à la fin de mon mandat), un feedback par rapport à mon investissement dans le projet.	J'ai la possibilité de donner, semestriellement (ou à la fin de mon mandat), un feedback par rapport à mon investissement dans le projet.	Tous les représentants des proches partenaires au sein du projet donnent un feedback par rapport à leur investissement au coordinateur du projet.

**6) Utilisation d'un langage clair et compréhensible**

1	2	3	4	5
Les professionnels n'adoptent pas un langage clair et compréhensible.	Les professionnels n'adoptent un langage clair et compréhensible qu'à ma demande.	Certains professionnels sont attentifs à utiliser un langage clair et compréhensible.	La plupart des professionnels sont attentifs à utiliser un langage clair et compréhensible.	Tous les professionnels sont attentifs à utiliser un langage clair et compréhensible et n'hésitent pas à me fournir des explications si nécessaire.

**7) Remboursement, par le réseau, des frais engagés dans le cadre de la participation**

1	2	3	4	5
Je ne reçois aucun défraiement.	Je sais que certains frais peuvent être remboursés, mais je ne sais pas très bien comment m'y prendre.	Mes frais de déplacement sont parfois remboursés.	Mes frais de déplacement sont toujours remboursés.	Tous les frais que j'engage me sont facilement remboursés (déplacement, formation, téléphone, ...).

**8) Mise en place de conseils/comités de proches dans les projets**

1	2	3	4	5
Il n'y a pas de conseil de proches dans le projet auquel je participe.	Un conseil des proches s'organise, mais sans aucune méthodologie.	Un conseil des proches s'organise avec une méthodologie propre aux professionnels des projets.	Un conseil des proches s'organise en partenariat avec les associations de proches.	Un conseil des proches fonctionne de manière régulière en partenariat avec les associations de proches.

9) Implémentation d'experts d'expérience au sein des projets du réseau

1	2	3	4	5
Le réseau n'envisage pas l'implémentation d'experts d'expérience au sein des projets.	Le réseau envisage d'implémenter la participation d'experts d'expérience au sein des projets dans un futur proche.	Des experts d'expérience sont engagés au sein des équipes mobiles.	Des experts d'expérience sont engagés au sein des équipes mobiles. De plus, leur implication est organisée et réfléchie.	Des experts d'expérience sont engagés au sein de toutes les fonctions des projets. De plus, leur implication est organisée et réfléchie. Les professionnels considèrent leur implication comme celle d'un professionnel à position égale.

10) Appréciation globale du réseau

Entourez la description la plus adaptée

<p style="text-align: center;"><b>Etre informé</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Réfléchir</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Faire entendre sa voix</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Conseiller de manière formelle et informelle</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Décider</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Contredire</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>1</b></p> <p>Je suis impliqué dans le projet local de la réforme par l'apport d'informations adaptées (brochures, sites internet, de modules d'information, ...).</p>	<p style="text-align: center;"><b>2</b></p> <p>Je suis impliqué dans le projet local de la réforme au travers de moments d'échanges. Mon avis est pris en compte.</p>	<p style="text-align: center;"><b>3</b></p> <p>Je suis impliqué dans le projet local de la réforme par la participation à des groupes de travail et des réunions.</p>	<p style="text-align: center;"><b>4</b></p> <p>Je suis impliqué dans le projet local de la réforme au travers de l'organisation de groupes de travail qui aboutissent toujours à des recommandations à l'attention des politiques. Mon avis est pris en compte.</p>	<p style="text-align: center;"><b>5</b></p> <p>Je suis impliqué dans le projet local de la réforme, non seulement, au travers de représentations qui requièrent un droit de vote sur des décisions cruciales, mais aussi au travers de représentations où je suis porte-parole de groupes qui se réunissent de manière régulière.</p>



## Checklist à l'attention des représentants usagers

### Quelques instructions :

- Si aucune option ne correspond à votre situation, choisissez l'option qui semble la plus appropriée.
- Dans le cas où l'option 1 serait encore trop positive, entourez de toute façon l'item 1.
- Merci de choisir la description adaptée sur l'échelle générale, à la fin de l'outil.

### 1) Au sein de quelle fonction êtes-vous actif?

Cochez la mention utile:

Fonction:

- ① Missions de base de l'aide et des soins
- ② Equipe ambulatoire de traitement intensif
- ③ Réhabilitation psycho-sociale
- ④ Unités intensives de traitement résidentiel
- ⑤ Formules résidentielles spécifiques

Comité de réseau : .....

Autre : .....

### 2) A présent, pouvez-vous vous référer à un **seul service** pour compléter la suite du questionnaire?

A laquelle des fonctions ci-dessus vous référeriez-vous?

\_\_\_\_\_

Localisation (ville): \_\_\_\_\_

### 3) J'ai complété cet outil ...

- avec l'aide d'autre(s) représentant(s) usagers/proches
- seul
- autre : .....

**1) Participation des représentants des usagers au projet**

1	Je ne participe à aucune réunion de concertation au sein du projet.	2	Je suis impliqué à la concertation, au sein de certaines réunions, mais pas dans des organes de décisions (groupes de gestion stratégiques).	3	Je suis impliqué à la concertation, à tous les niveaux institutionnels et également au sein des organes de décisions (groupes de gestion stratégiques).	4	Je suis impliqué avec un autre représentant usager à la concertation, à tous les niveaux institutionnels et également au sein des organes de décisions (groupes de gestion stratégiques).	5	Je suis impliqué avec un autre représentant usager à la concertation, à tous les niveaux institutionnels et également au sein des organes de décisions (groupes de gestion stratégiques) et au sein desquels l'un de nous au moins a le droit de vote.
---	---	---	--	---	---	---	---	---	--

**2) Prise en compte du point de vue des représentants des usagers sur le projet 107 dans sa globalité**

1	Les professionnels refusent que je donne mon avis.	2	Les professionnels ne me donnent pas la possibilité de donner mon avis. Ils ne considèrent pas que mon avis constitue une plus-value.	3	Les professionnels me donnent parfois la possibilité de donner mon avis et, parfois, en tiennent compte.	4	Les professionnels me donnent régulièrement la possibilité de donner mon avis et parfois, en tiennent compte.	5	Les professionnels sollicitent régulièrement mon avis, encouragent cette façon de faire, ils me considèrent comme un partenaire à position égale. Ils tiennent compte de mon avis.
---	--	---	---	---	--	---	---	---	--

**3) Formations externes (ex : formations organisées par le réseau, SPF, ...)**

1	2	3	4	5
Je n'ai pas la possibilité de poursuivre des formations externes proposées par le réseau.	Si j'en fais la demande, je peux éventuellement participer à une formation.	J'ai la possibilité de poursuivre annuellement une formation.	J'ai la possibilité de poursuivre une formation de mon choix, une fois par an.	J'ai la possibilité de poursuivre des formations de mon choix, deux fois par an.

**4) Considération des professionnels quant à la participation des représentants des usagers au projet**

1	2	3	4	5
Je ne suis pas considéré comme un partenaire à égale position au sein du projet local de la réforme.	Certains professionnels me considèrent comme un partenaire à position égale.	La plupart des professionnels me considèrent comme un partenaire à position égale.	Tous les professionnels me considèrent comme un partenaire à position égale.	Tous les professionnels me considèrent comme un partenaire à position égale et sont convaincus de la plus-value que ma participation apporte au projet.

### 5) Feedback aux professionnels et/ou au coordinateur de réseau

1	Je n'ai pas la possibilité de donner un feedback par rapport à mon investissement dans le projet.	2	J'ai la possibilité de donner un feedback partiel par rapport à mon investissement dans le projet (ex: boîte à suggestion,...).	3	J'ai la possibilité de donner, annuellement (ou à la fin de mon mandat), un feedback par rapport à mon investissement dans le projet.	4	J'ai la possibilité de donner, semestriellement (ou à la fin de mon mandat), un feedback par rapport à mon investissement dans le projet.	5	Tous les représentants d'usagers partenaires au sein du projet donnent un feedback par rapport à leur investissement au coordinateur du projet.
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

### 6) Utilisation d'un langage clair et compréhensible

1	Les professionnels n'adoptent pas un langage clair et compréhensible.	2	Les professionnels n'adoptent un langage clair et compréhensible qu'à ma demande.	3	Certains professionnels sont attentifs à utiliser un langage clair et compréhensible.	4	La plupart des professionnels sont attentifs à utiliser un langage clair et compréhensible.	5	Tous les professionnels sont attentifs à utiliser un langage clair et compréhensible et n'hésitent pas à me fournir des explications si nécessaire.
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**7) Remboursement des frais et défraiement**

1	Je ne reçois aucun défraiement.	2	Je sais que certains frais peuvent être remboursés, mais je ne sais pas très bien comment m'y prendre.	3	Mes frais de déplacement sont parfois remboursés.	4	Mes frais de déplacement sont toujours remboursés.	5	Tous les frais que j'engage me sont facilement remboursés (déplacement, formation, téléphone, ...)
---	---------------------------------	---	--	---	---	---	--	---	--

**8) Mise en place de conseils/comités d'usagers dans les projets**

1	Il n'y a pas de conseil d'usagers dans le projet auquel je participe.	2	Un conseil des usagers s'organise, mais sans aucune méthodologie.	3	Un conseil d'usager s'organise avec une méthodologie propre aux professionnels des projets.	4	Un conseil des usagers s'organise en partenariat avec les associations d'usagers.	5	Un conseil d'usagers fonctionne de manière régulière en partenariat avec les associations d'usagers.
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

**9) Implémentation d'experts d'expérience au sein des projets du réseau**

1	2	3	4	5
Le réseau n'envisage pas l'implémentation d'experts d'expérience au sein des projets.	Le réseau envisage d'implémenter la participation d'experts d'expérience au sein des projets dans un futur proche.	Des experts d'expérience sont engagés au sein des équipes mobiles.	Des experts d'expérience sont engagés au sein des équipes mobiles. De plus, leur implication est organisée et réfléchie.	Des experts d'expérience sont engagés au sein de toutes les fonctions des projets. De plus, leur implication est organisée et réfléchie.  Les professionnels considèrent leur implication comme celle d'un professionnel à position égale.

**10) Appréciation globale du réseau**

Entourez la description la plus adaptée

<p><b>Etre informé</b></p>	<p><b>Réfléchir</b></p>	<p><b>Faire entendre sa voix</b></p>	<p><b>Conseiller de manière formelle et informelle</b></p>	<p><b>Décider</b></p> <p><b>Contredire</b></p>
<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>5</p>
<p>Je suis impliqué dans le projet local de la réforme par l'apport d'informations adaptées (brochures, sites internet, de modules d'information, ...)</p>	<p>Je suis impliqué dans le projet local de la réforme au travers de moments d'échanges. Mon avis est pris en compte.</p>	<p>Je suis impliqué dans le projet local de la réforme par la participation à des groupes de travail et des réunions</p>	<p>Je suis impliqué dans le projet local de la réforme au travers de l'organisation de groupes de travail qui aboutissent toujours à des recommandations à l'attention des politiques. Mon avis est pris en compte.</p>	<p>Je suis impliqué dans le projet local de la réforme, non seulement, au travers de représentations qui requièrent un droit de vote sur des décisions cruciales, mais aussi au travers de représentations où je suis porte-parole de groupes qui se réunissent de manière régulière.</p>

Annexe 2 :

Objectifs spécifiques à chaque équipe scientifique

### Les objectifs spécifiques de LUCAS

- Évaluer les processus de la "Réforme des soins en santé mentale (Art107)" sur le concept de la réhabilitation psychosociale (en collaboration avec l'équipe de recherche de l'UCL).
- L'évaluation continue des résultats de la "Réforme des soins en santé mentale (Art 107)" sur le point de vue des usagers concernant le processus de rétablissement. .
- Suivre les résultats de l'étude Ropi.
- Un rapport d'activité intermédiaire sera transféré pour le 31 Juillet 2014. Le rapport final sera remis le 31 Décembre 2014.
- Ces rapports reflètent non seulement les processus, mais aussi l'évaluation de la qualité.
- Si nécessaire, répondre aux questions soulevées au sein du comité de pilotage qui nécessitent des compétences scientifiques.
- Présentation des rapports au comité de pilotage préalable à l'Inter-Cabinet Ministériel en Décembre 2014.
- Présentation des rapports à l'Inter-Cabinet Ministériel en Décembre 2014.
- Publications régulières sur le site Web des résultats partiels de la recherche en cours et celle des experts internationaux.
- Propositions de "pratiques innovantes" découlant des résultats.

---

 121

### Les objectifs spécifiques de la VUB

- Analyse des pratiques de réseaux en terme de coordination et de configuration de territoires. Analyse de l'utilisation des réseaux par les usagers (en collaboration avec l'UCL).
- Objectif:
- Evaluation des freins et des facteurs facilitant la mise en place des réseaux, afin de mettre en avant un modèle de gouvernance et de définir le rôle des coordinateurs de réseaux.
- Evaluer le rôle de coordinateur du réseau.
  - Un rapport d'activité intermédiaire sera transféré pour le 31 Juillet 2014. Le rapport final sera remis le 31 Décembre 2014.

- Ces rapports reflètent non seulement les processus, mais aussi l'évaluation de la qualité.
- Si nécessaire, répondre aux questions soulevées au sein du comité de pilotage qui nécessitent des compétences scientifiques.
- Présentation des rapports au comité de pilotage préalable à l'Inter-Cabinet Ministériel en Décembre 2014.
- Présentation des rapports à l'Inter-Cabinet Ministériel en Décembre 2014.
- Publications régulières sur le site Web des résultats partiels de la recherche en cours et celle des experts internationaux.
- Propositions de "pratiques innovantes" découlant des résultats.

#### Les objectifs spécifiques de l'UCL

- Évaluer les processus de la "Réforme des soins en santé mentale (Art 107)" concernant l'intégration sociale et la qualité de vie (en collaboration avec l'équipe de recherche de l'UCL).
- Mise en œuvre de l'évaluation de la «Réforme des soins en santé mentale (Art107)" au niveau de l'utilisation des services du réseau.
- Mise en œuvre de l'évaluation de la «Réforme des soins en santé mentale (Art107 " au niveau de l'insertion sociale et professionnelle, l'autonomie et la qualité de vie des usagers.
- Actualisation de la littérature et des expériences étrangères dans ce domaine.
- La collecte de données sur l'évaluation de la qualité mise au point en 2013.
- Analyse de l'utilisation des réseaux, y compris par les partenaires autres que du secteur des soins.
- Un rapport d'activité intermédiaire sera transféré pour le 31 Juillet 2014. Le rapport final sera remis le 31 Décembre 2014.
- Ces rapports reflètent non seulement les processus, mais aussi l'évaluation de la qualité.
- Si nécessaire, répondre aux questions soulevées au sein du comité de pilotage qui nécessitent des compétences scientifiques.
- Présentation des rapports au comité de pilotage préalable à l'Inter-Cabinet Ministériel en Décembre 2014.

- Présentation des rapports à l'Inter-Cabinet Ministériel en Décembre 2014.
- Publications régulières sur le site Web des résultats partiels de la recherche en cours et celle des experts internationaux.
- Propositions de "pratiques innovantes" découlant des résultats.

Annexe 3 :

Template/questionnaire spécifique aux experts internationaux

## Template

1. Les équipes mobiles sont-elles le résultat d'un transfert de moyens financiers de l'hôpital vers le communautaire ?
  - Si oui, dans quelle mesure (quel est le mécanisme financier)
  - Si non, comment sont-elles financées ?
2. Les équipes mobiles sont-elles différenciées (équipe mobile pour les personnes en situation de crise et/ou équipe mobile pour les problématiques de longue durée).

*Si les équipes mobiles sont différenciées :*

- *pour les équipes mobiles de crise :*
  - o quelle est la composition d'une équipe (en termes de personnel et de volume horaire)
  - o quel est le case load des dossiers actifs par jour
  - o quel est le case load des dossiers actifs par semaine
  - o quel est le nombre de cas suivis par an
  - o quelles sont les heures d'intervention (24h/24 – 7j/7)
  - o quelles sont les tâches des professionnels
  - o quelle est la zone d'action d'une équipe mobile (en milieu urbain – en milieu rural, par 100000 habitants, par km<sup>2</sup>)
  - o quel est le coût et quels sont les frais de fonctionnement
- *pour les équipes mobiles pour les problématiques de longue durée :*
  - o quelle est la composition d'une équipe (en termes de personnel et de volume horaire)
  - o quel est le case load des dossiers actifs par jour
  - o quel est le case load des dossiers actifs par semaine
  - o quel est le nombre de cas suivis par an
  - o quelles sont les heures d'intervention (24h/24 – 7j/7)
  - o quelles sont les tâches des professionnels
  - o quelle est la zone d'action d'une équipe mobile (en milieu urbain – en milieu rural, par 100000 habitants, par km<sup>2</sup>)
  - o quel est le coût et quels sont les frais de fonctionnement

3. Les équipes mobiles sont-elles généralistes ? (interventions de crise et de longue durée par la même équipe)

*Si les équipes mobiles sont généralistes :*

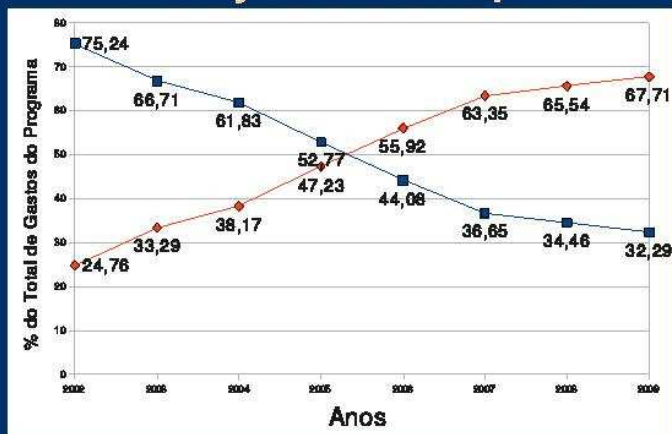
- o quelle est la composition d'une équipe (en termes de personnel et de volume horaire)
- o quel est le case load des dossiers actifs par jour
- o quel est le case load des dossiers actifs par semaine
- o quel est le nombre de cas suivis par an
- o quelles sont les heures d'intervention (24h/24 – 7j/7)

- quelles sont les tâches des professionnels
  - quelle est la zone d'action d'une équipe mobile (en milieu urbain – en milieu rural, par 100000 habitants, par km<sup>2</sup>)
  - quel est le coût et quels sont les frais de fonctionnement
  -
4. Les usagers (patients) suivis par les équipes mobiles sont-ils considérés comme des patients ambulants ; y a –t-il une participation financière des usagers (patients) suivis :  
Si oui quelle est-elle ?

Annexe 4 :

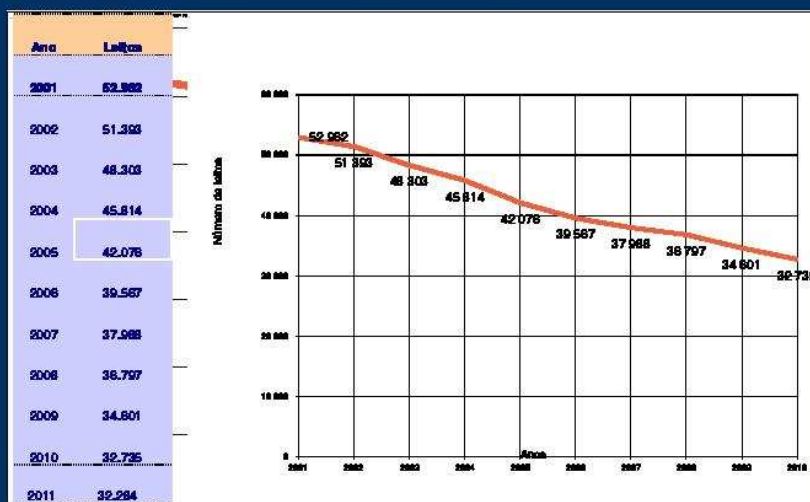
Modèle développé au Brésil  
(graphiques de Pedro Gabriel Delgado – International Master on mental health, Lisboa 2012)

## Financing “Money follows the patient”



◆ Gastos Extra-hospitalares  
■ Gastos Hospitalares

## Reduction of beds



Annexe 5 :

Enquête sur la fonction psychiatrique

Madame, Monsieur,

Sur base de vos expériences, quels sont, pour vous, les rôles actuels du psychiatre au sein des équipes mobiles et quels sont les rôles souhaités ? A travers cette courte enquête, nous voulons recueillir votre avis.

Nous demandons au psychiatre et au chef d'équipe de l'équipe mobile 2A, ainsi qu'au psychiatre et au chef d'équipe de l'équipe mobile 2B, de bien vouloir remplir ce questionnaire. Si plusieurs psychiatres sont liés à une équipe mobile, ils voudront bien remplir un questionnaire commun. Nous souhaiterions recevoir en retour les questionnaires complétés pour le 10 mars 2014.

### **Données Générales :**

Réseau : .....

Equipe Mobile 2A – 2B \*

Psychiatre / Chef d'équipe \*

### **Rôle Clinique :**

#### **1. Le psychiatre de l'équipe mobile pose un diagnostic et prescrit un traitement.**

##### **Situation actuelle**

	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Pas du tout d'accord	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	totalement d'accord

##### **Situation souhaitée**

	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Pas du tout d'accord	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	totalement d'accord

130

#### **2. Le psychiatre de l'équipe mobile a au moins un contact clinique avec chaque client**

##### **Situation actuelle**

	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Pas du tout d'accord	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	totalement d'accord

##### **Situation souhaitée**

	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Pas du tout d'accord	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	totalement d'accord

#### **3. Le psychiatre de l'équipe mobile entame le traitement thérapeutique et médicamenteux, l'installe et le suit.**

##### **Situation actuelle**

	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Pas du tout d'accord	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	totalement d'accord

##### **Situation souhaitée**

	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Pas du tout d'accord	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	totalement d'accord

**4. Le psychiatre de l'équipe mobile collabore étroitement avec le psychiatre traitant, s'il est présent.**

<b>Situation actuelle</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalelement d'accord
<b>Situation souhaitée</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalelement d'accord

**5. Le psychiatre de l'équipe mobile doit nécessairement être le psychiatre traitant.**

<b>Situation actuelle</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalelement d'accord
<b>Situation souhaitée</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalelement d'accord

**6. Le psychiatre de l'équipe mobile travaille étroitement avec le médecin traitant du client**

<b>Situation actuelle</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalelement d'accord
<b>Situation souhaitée</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalelement d'accord

131

**7. Le psychiatre de l'équipe mobile travaille étroitement avec l'ensemble des acteurs du réseau du client**

<b>Situation actuelle</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalelement d'accord
<b>Situation souhaitée</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalelement d'accord

**8. Une visite à domicile par le psychiatre de l'équipe mobile est une plus-value**

<b>Situation actuelle</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalelement d'accord
<b>Situation souhaitée</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalelement d'accord

**Supervision / Coordination :****9. Le psychiatre de l'équipe mobile participe aux entretiens du client**

<b>Situation actuelle</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalemment d'accord
<b>Situation souhaitée</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalemment d'accord

**10. Le psychiatre de l'équipe mobile participe aux réunions d'équipes non liées au patient**

<b>Situation actuelle</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalemment d'accord
<b>Situation souhaitée</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalemment d'accord

**11. Le psychiatre de l'équipe mobile supervise, coordonne et dirige l'équipe**

<b>Situation actuelle</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalemment d'accord
<b>Situation souhaitée</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalemment d'accord

**Gestion :****12. Le psychiatre de l'équipe mobile participe à l'évaluation des travaux de l'équipe mobile**

<b>Situation actuelle</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalemment d'accord
<b>Situation souhaitée</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalemment d'accord

**13. Le psychiatre de l'équipe mobile participe à l'élaboration du développement stratégique de l'équipe mobile**

<b>Situation actuelle</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalemment d'accord
<b>Situation souhaitée</b>						
	0	0	0	0	0	
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	totalemment d'accord

**14. Le psychiatre de l'équipe mobile est activement impliqué dans la gestion du personnel de son équipe.**

<b>Situation actuelle</b>						
	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Pas du tout d'accord	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	totalemment d'accord
<b>Situation souhaitée</b>						
	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Pas du tout d'accord	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	totalemment d'accord

**Observations :**

Annexe 6 :

Données bibliographiques relatives à la fonction psychiatrique

ANTHONY, W., COHEN, M., FARKAS, M., GAGNE, C., 2003, *La réhabilitation psychiatrique*. Socrate Editions Promarex, Belgique.

BELLAMY, V., ROELANDT, J-L., CARIA, A., 2005, Premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale : images et réalités, *L'information psychiatrique, Volume 81*, Numéro 4, 295-304.

BOLLE, A., 2007, Discriminations : l'alliance des usagers, des équipes et des élus contre la stigmatisation, *L'information psychiatrique, Volume 8*, 695-7.

BONSACK, C & coll., 2008, Equipe de Psychiatrie Mobile pour les trois âges de la Vie : l'Expérience Lausannoise, *Rev Med Suisse, 4*, 1960-1965.

BURGESS, P., PIRKI, J., 2010, *Australian Mental Health Outcomes and Classification Network : 'sharing information to improve outcomes'*, An Australian Government funded initiative, Review of Recovery Measures. En ligne : [http://www.recoverydevon.co.uk/download/Review\\_of\\_Recovery\\_Measures.pdf](http://www.recoverydevon.co.uk/download/Review_of_Recovery_Measures.pdf)

CARRIER, S., FORTIN, D., 1998, Des plans de services et d'intervention conviviaux pour une pratique avec des partenaires du milieu, *Revue francophone de la déficience intellectuelle, Vol 9* : 65-79.

CHANDRASHEKAR, H. & coll., 2009, Innovations in psychiatry : ambulatory services for the mentally ill, *Indian J. Psychiatry, jul-sept, 51(3)*: 169-170.

135

DEMAILLY, L., DAMBINSKY, O., DECHAMP LE ROUX, C., 2012, Analyse d'innovations dans les secteurs psychiatriques : augmenter la mobilité et la disponibilité, *Fédération de recherche en santé mentale* 59-62.

DEMAILLY, L., DAMBINSKY, O., DECHAMP LE ROUX, C., 2014, Equipe Mobile en psychiatrie et le travail de disponibilité, *Eurotext, 128 pages*.

DENJEAN, S., 2005, L'équipe mobile psycho-sociale à Annemasse, « panser » le lien social à l'échelle d'un territoire, *Cahiers du DSU*.

Equipe Mobile de Liaison Psychiatrique Précarité. CH Edouard – Toulouse. In : [www.ch-edouard-toulours.fr/Equipe-Mobile-Precarite-html](http://www.ch-edouard-toulours.fr/Equipe-Mobile-Precarite-html)

EYMARD, R., 2009, le développement des compétences des intervenants en suivi communautaire : un élément clé pour soutenir le rétablissement, *Revue Le Partenaire* 18(3), 43-51.

EYMARD, R., AUBRY, T., 2004, *Le suivi communautaire en santé mentale*, Les Presses de l'Université d'Ottawa, Canada.

FARKAS, M., 2007, 'The vision of recovery today : what it is and what it means for services', *World Psychiatry, 6(2)*, 68-74.

FLEURY, M.-J., et al., 2009, Les soins primaires en santé mentale, *Santé Mentale au Québec*, XXXIV(1).

GUEVEL, M., 2012, Les attentes des médecins coordonnateurs d'EHPAD vis-à-vis d'une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée : le cas de l'Isère. *Thèse de la Faculté de Médecine de Grenoble*.

Guide « *Vers de meilleurs soins en santé mentale, par la réalisation de circuits et réseaux de soins* », <http://www.psy107.be/SiteFiles/Wallonie.pdf%20def.pdf>

[Guide 'précarité et santé mentale: repères et bonnes pratiques'. Groupe national Précarité et Santé Mentale, FNARS.](#)

HUTCHINSON, D., FARKAS, M., 2004, Le suivi communautaire axé sur la réadaptation, in EMARD, R., AUBRY, T., (dir.), *Le suivi communautaire en santé mentale : Une invitation à bâtir sa vie (67-89)*, Les Presses de l'Université d'Ottawa, Ottawa.

JOSSERAND, E., 2007, Le pilotage des réseaux. Fondements des capacités dynamiques de l'entreprise, *Revue Française de Gestion N°170*, 97-102.

LALANCETTE, D. & coll (2010). Utilisation d'une équipe d'intervention mobile de cas psychiatrique dans la prévention des hospitalisations, *Institut universitaire en santé mentale de Québec – UETMIS*.

LAMOTHE, L., 2002, La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouvernance, *Revue Gestion vol 27*.

LATIMER, E., MERCIER, C., CROCKER, A., 2001, *Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie (Projet QC407)*, Montréal, Rapport soumis au Fonds pour l'adaptation des services de santé, [En ligne]. [[http://www2.itssti.hc-sc.gc.ca/hpd/hcpd/pchd/projetc.nsf/ExecSum/QC407/\\$File/QC407.pdf](http://www2.itssti.hc-sc.gc.ca/hpd/hcpd/pchd/projetc.nsf/ExecSum/QC407/$File/QC407.pdf)].

LAUMONIER, J-C., LASSALLE, B., 2009, Décloisonner et articuler. En Haute Normandie, des formations pour développer des nouvelles pratiques entre la psychiatrie et le travail social, *VST, Vie Sociale et Traitement, 2009/1 (n°101)*.

Les équipes mobiles et de liaison, 2011, Grand Angle, Journal d'information du centre hospitalier des Pays de Morlaix.

MANTOVANI, J., CAYLA, F., 2002, ORSMIP, Equipe Mobile Sociale et de Santé, rapport d'évaluation. *Observatoire national de la santé de Midi-Pyrénées*.

MASSIMO, M., 2011, *Psychiatrie communautaire en Italie : bilan et perspectives*, (format powerpoint).

MASSIMO, M., 2011, *Programme National Médiateurs de santé/Pairs 2010-2013*, (format powerpoint).

MICHEL, A., 2009, *Ville et santé mentale ; projections, politiques, ressources*, Le Manuscrit, Paris.

MORANDI, S., 2010, *Equipes mobiles : un modèle de soins communautaires dans le département de psychiatrie du CHUV*, (format powerpoint).

MORANDI, S., 2010, *Le suivi intensif dans le milieu*, (format powerpoint).

NAO (National Audit Office), 2007, *Helping People Through Mental Health Crisis : the Role of Crisis Resolution and Home Treatment Services*, Report by the Comptroller (UK) and Auditor General.

Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS (2011). Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux du Québec, in : biblio. et archives nationales de Québec.

Plan d'action en santé mentale. La force des Liens (2005). Santé et Services Sociaux Québec, in : biblio. et archives nationales de Québec

POPA ROMBEAU, M., 2009, quels critères pour l'évaluation d'une équipe mobile psychiatrie-précarité ? L'exemple de l'Indre et Loire. *Thèse Santé Publique*.

ROELANDT, J-L., PIEL, E., 2001, De la psychiatrie vers la santé mentale, rapport de mission, *Vie Sociale et Traitement, ERES*.

ROELANDT, J-L., 2010, De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et points d'évolution, *L'information Psychiatrique, 2010/9, 66 pages*.

137

SLADE, E. & coll., 2013, Cost Savings from assertive community treatment (ACT) services in an era of declining psychiatric inpatient use, *HSR Health Services Research, vol 48, Issue 1, pages 195-217*.

SMYTH, M., 2000, The home treatment enigma, *BMJ, jan 29, 2000, 32° (7230) : 305-309*.

THORNICROFT, G., TANSELLA, M., 2003, *Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité ?*, Copenhague, Organisation mondiale de la santé, [En ligne]. [<http://www.euro.who.int/document/e85238.pdt>].

THORNICROFT, G., TANSELLA, M., 2004, Components of a modern health service : a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence, *The British Journal of Psychiatry. 185, 283-290*.

VANEL, A & MASSOUBRE, C., 2011, Une expérience en équipe mobile de psychiatrie et précarité, *L'information Psychiatrique, 2011/2 (vol 87)*.

World Health Organization Regional Office for Europe, 2005, *Mental health : facing the challenge, building solutions : report*. [[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf)].

Rapport d'activité 2013 des usagers et des familles :  
<http://www.psy107.be/SiteFiles/Rapport%20d%27activit%C3%A9s%202013%20Project%20Participation%20Fr.pdf>