

# Manuel des pratiques innovantes

Abrégé du site web:  
[www.innopsy107.be](http://www.innopsy107.be)



Edition mai 2016

# Préface

## **La Réforme des soins en santé mentale en Belgique: Un état des lieux**

Dans la plupart des pays, les soins en santé mentale ont besoin de Réformes substantielles. L'Atlas de la santé mentale de l'OMS démontre que les ressources financières accordées à la santé mentale sont faibles.

Dans certains pays, les soins se concentrent, trop souvent, au sein d'anciennes structures psychiatriques et l'intégration des soins en santé mentale dans les soins de santé est, en général, insuffisante. Le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2013 énonce clairement l'objectif de fournir des services de santé et des services sociaux dans des milieux communautaires.

Dans ce contexte, les Réformes menées en Belgique dans le cadre des soins de santé mentale depuis 2010 sont essentielles. Les Réformes ne sont jamais faciles à mener et celles qui concernent les soins en santé mentale en particulier. Cette publication décrit, non seulement, ce qui a été réalisé en Belgique, mais aussi la façon dont cela a été organisé.

Il faut distinguer les progrès effectués, les processus d'implémentation et la façon dont les obstacles ont été surmontés, il est utile de pouvoir partager ces avancées. Il est évident que le succès des réformes implique une action multisectorielle et une collaboration multipartite.

Offrir un traitement efficace est un but prioritaire, dans le processus de rétablissement. Il est crucial de fournir des logements, des suivis sociaux et de l'emploi. Et, pour atteindre ces objectifs, placer les personnes qui présentent des troubles de santé mentale au centre de leur processus est une plus-value.

En effet, la participation des usagers des services et de leurs proches dans les prises de décision (empowerment) est un des éléments essentiels de la Réforme. C'est, également, la garantie du respect des droits humains des usagers et de leurs proches. Les réformes des soins en santé mentale favorisent la lutte contre la stigmatisation, le rétablissement et l'intégration des personnes présentant des problématiques psychiques dans toutes les activités de la communauté.

La Réforme est un processus continu. Je souhaite que la Belgique poursuive son chemin vers l'accessibilité des soins en santé mentale et vers l'amélioration de la qualité des services pour tous. Je souhaite aussi que l'expérience décrite dans cette publication soit utile à tous ceux qui déploient des efforts, dans ce sens, dans d'autres communautés et pays.

**Docteur Shekhar Saxena  
Directeur, Département Santé mentale  
et abus de substances psychoactives  
Organisation Mondiale de la Santé**

## Introduction

Dans cette introduction, nous allons, dans un premier temps, décrire la Réforme des soins en santé mentale en Belgique, telle qu'elle est définie dans le « Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de réseaux et de circuits de soins ».

Nous situerons brièvement la Réforme dans le cadre de l'évolution des soins en santé mentale et de l'histoire récente des soins en santé mentale en Belgique.

Nous argumenterons le choix du terme « pratiques innovantes » et décrirons comment nous comprenons ce concept et sa pertinence.

Enfin, nous expliquerons la méthodologie employée pour la création du manuel et comment celui-ci peut jouer un rôle dans la poursuite de la Réforme des soins en santé mentale.

### **La Réforme des soins en santé mentale en Belgique**

Le remaniement des offres en santé mentale, avec une limitation de l'offre hospitalière résidentielle au bénéfice d'un suivi dans la communauté, et plus largement au bénéfice de l'utilisateur, a amené le gouvernement belge, composé de ses entités fédérales, régionales et communautaires 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 des soins en santé mentale » 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 des 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 une problématique en santé mentale. 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 troubles du sommeil.

De plus, 6% des personnes indiquent qu'elles ont traversé une grave dépression durant l'année précédant l'enquête.

Lorsque des efforts sont faits 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 **désinstitutionnalisation** 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 communauté.

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.

Puis, la **décategorisation** 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 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.

#### **Implémentation locale, un modèle de travail en réseau**

La vision de la Réforme s'inspire de l'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 ayant 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 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, en orientant les pratiques vers une vision se centrant sur une prise en charge communautaire et vers le rétablissement, et ce, en transformant l'offre hospitalière -qui apparaît comme une des plus fournies en Europe en termes de lits/habitant- en soins au plus près du quotidien et du 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 thérapeutiques 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.

Le modèle mis en place (Guide, 2010 - [www.psy107.be](http://www.psy107.be)) 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'elles soient 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.

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.

## Le manuel des pratiques innovantes dans les soins en santé mentale

Lors de l'élaboration du manuel, les **concepts**, ci-dessous, ont été définis :

- Le manuel des "pratiques innovantes" est le reflet des expériences développées ou préexistantes et intégrées dans le cadre des projets de la Réforme des soins en santé mentale.
- Le manuel consiste en une description « des bonnes pratiques », « des pratiques innovantes » ou encore en des expériences formatives basées sur les expériences des projets de la Réforme.
- Les expériences décrites pourront être source d'inspiration pour les autres projets.
- Il s'agit d'un manuel qui s'appuie sur des données scientifiques, mais orienté vers une approche empirique. Dès lors, les expériences des projets sont décrites de manière concrète, conviviale, soutenues par des bases scientifiques actuelles reconnues.
- C'est un outil qui présente l'état de la situation en Belgique, il ne s'agit pas d'un outil de « marketing » : le manuel traite de différents sujets jouant un rôle dans l'implémentation d'un modèle de réforme communautaire.

Les **objectifs** sont les suivants :

- Servir de support aux coordinateurs de réseau, aux membres des comités de réseau et des comités de fonction; faciliter la diffusion.
- Constituer un moyen de communication, vers l'ensemble des acteurs: usagers, proches, professionnels, tant en interne qu'en externe, liés à la Réforme des soins en santé mentale en Belgique.
- Constituer un répertoire en lien avec le programme de formation.
- Permettre d'avoir une vision actualisée de la réorganisation des soins en santé mentale en Belgique au niveau international (OMS, Union européenne, ...), vision basée sur l'approche communautaire et les besoins des usagers.
- Renforcer l'importance de la collaboration entre les différents secteurs des diverses compétences (fédérales, communautaires et régionales).  
APPROCHE GLOBALE ET INTEGREE.
- Mettre en avant le caractère évolutif de la Réforme des soins en santé mentale.
- Donner une plus-value aux argumentations des évaluations qualitatives des projets.
- Mettre en avant les aspects positifs de la Réforme, par des exemples concrets du terrain (bottom-up).
- Etablir le lien avec les recommandations du projet « Participation des usagers et des proches ».
- Etablir le lien, en termes de pratiques innovantes, avec la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents.

Le manuel des pratiques innovantes s'adresse aux **publics cibles** suivants:

- Tous les acteurs impliqués dans la Réforme : les coordinateurs, les comités de réseau, les comités de fonction, les groupes de travail, ... responsables à différents niveaux de l'implémentation de « l'innovation » dans les projets.
- Les représentants des usagers et des proches, les usagers et les proches.
- Les différentes parties prenantes impliquées (stakeholders) dans les projets.
- Toute personne intéressée par les réformes des soins en santé mentale (niveaux national, international et des communautés).

### **Pratiques innovantes**

Dans le présent manuel, nous avons choisi d'utiliser le terme "pratiques innovantes" pour plusieurs raisons:

- pour établir un lien avec la Réforme des soins en santé mentale en Belgique et son guide intitulé "Vers de meilleurs soins en santé mentale" et l'innovation des soins qui y est associée ;
- pour éviter toute forme de "prescription". Lors de la phase expérimentale "bottom-up" de la Réforme des soins en santé mentale en Belgique, le souhait était d'éviter de donner l'impression que les initiatives décrites soient considérées comme des actions à réaliser obligatoirement ;
- le terme met l'accent sur la créativité et l'inventivité du secteur.  
Les pratiques sélectionnées ont pour but d'inspirer, et non d'imposer.

Les pratiques innovantes décrites dans ce manuel sont donc, davantage comparables à des "modèles de pratiques inspirantes" Prins (2008).

Les pratiques innovantes, à l'instar des directives et pratiques fondées sur des preuves scientifiques ("evidence-based"), sont à considérer comme des outils qui contribuent à une meilleure qualité des soins (Cabral, 2010).

Toutefois, de manière générale, ces pratiques innovantes ne sont ni bien connues, ni accessibles pour les professionnels de terrain.

C'est pourquoi, dans ce manuel, nous souhaitons présenter un éventail d'initiatives intéressantes et inspirantes. Un inventaire des pratiques innovantes existant dans notre pays peut contribuer au changement dans les soins en santé mentale et à l'amélioration de la qualité des soins pour les personnes présentant une vulnérabilité psychique.

En exposant la manière dont certains projets réussissent à apporter une solution efficace aux problèmes actuels, nous souhaitons permettre à d'autres organisations de tirer parti des connaissances et de l'expérience acquises.

"Il ne faut pas sans cesse réinventer la roue."

Il importe, en revanche, de tenir compte, dans le cadre de ces pratiques innovantes, de leur contexte spécifique, des conditions préalables essentielles et des facteurs de succès déterminants, et de réfléchir à des indicateurs de résultats existants ou potentiels ainsi qu'à la transférabilité de ces pratiques.

En outre, nous tenons à souligner qu'il n'existe aucune définition exhaustive, univoque ou universelle, d'une pratique innovante. Il est néanmoins possible de citer divers critères auxquels une pratique innovante répond (Pel e.a., 2011).

1) Les pratiques innovantes sont novatrices et avant-gardistes. La pratique apporte des solutions nouvelles et créatives. À ce niveau, il faut souligner qu'un certain nombre des initiatives décrites dans ce manuel ne sont pas nécessairement "nouvelles", car elles ont, déjà été utilisées à l'étranger et ont même, déjà, parfois fait l'objet d'une évaluation scientifique. Le caractère innovant et avant-gardiste est dès lors en corrélation avec la mise en œuvre de ces interventions ou de ces modèles dans le contexte des soins en santé (mentale) en Belgique.

2) Les pratiques innovantes sont fondées sur un degré élevé de consensus avec la littérature existante et l'expertise actuelle au niveau des soins. Les pratiques innovantes peuvent, mais ce n'est pas toujours le cas, être scientifiquement prouvées.

3) Les pratiques innovantes présentent une méthodologie convaincante et sont applicables dans la pratique. Elles peuvent être aisément explicitées.

4) Les pratiques innovantes sont facilement et durablement transférables. Elles sont souvent dépendantes du contexte dans lequel elles ont été développées, ce qui rend le transfert de cette pratique dans un autre environnement peu évidente et difficile. Voilà pourquoi, dans cet ouvrage, il est toujours indiqué dans quelle(s) institution(s) et dans quel contexte la pratique décrite a été développée, afin que les personnes intéressées puissent y avoir accès.

Bien entendu, nous ne citons pas, dans ce manuel, toutes les structures ni tous les réseaux où la pratique est implémentée, mais, nous avons réalisé une sélection d'une ou plusieurs structures qui travaillent activement, avec succès selon cette approche. Les institutions et associations devront déterminer elles-mêmes si la méthodologie peut s'inscrire dans leur contexte et selon leurs besoins, la méthodologie pourra être adaptée, si nécessaire. Une pratique innovante sera donc évaluée et ajustée en fonction des éventuels utilisateurs et son application doit être considérée comme un processus en continu.

5) Les pratiques innovantes se basent sur l'expérience acquise et sur les preuves scientifiques (limitées), elles peuvent déboucher sur une amélioration significative et perceptible de la qualité des soins et de la qualité de vie des usagers. La pratique conduit à des résultats significatifs et désirés.

6) Les pratiques innovantes s'inscrivent dans le cadre de la Réforme des soins en santé mentale en Belgique et sont liées aux évolutions stratégiques de fond dans les soins en santé mentale. Une base sociale pour la mise en place de la pratique est, également, importante (Peter & Heron, 1993).



Au départ des descriptions des pratiques innovantes, nous tenterons d'établir un lien avec la littérature « evidence-based » propre aux différentes thématiques. Les résultats des pratiques sont décrits compte tenu des réflexions théoriques existant concernant cette approche. Outre les résultats des recherches scientifiques, les expériences liées à l'implémentation des pratiques et les facteurs de succès déterminants peuvent être analysés.

Une pratique innovante ne doit pas être développée avant que l'efficacité de l'intervention soit démontrée et constituer un exemple de pratique 'evidence-based', qui soit transférable pour d'autres organisations.

Néanmoins, il importe, à terme, d'établir une différenciation entre les interventions prometteuses et les autres. Une différenciation de ce genre est essentielle pour favoriser le transfert et la recherche d'interventions prometteuses, susceptibles d'apporter une plus-value importante dans le cadre des soins.

En ce sens, le présent ouvrage ne constitue qu'un premier aperçu, il importe d'actualiser, dans le futur, les pratiques décrites ainsi que leur impact sur les soins aux personnes présentant des troubles psychiques.

Nous avons opté pour un outil modulaire.

Chaque module concerne une thématique pertinente considérée comme importante dans le cadre de la Réforme. Une longue liste de thématiques pertinentes dans le cadre de la Réforme a été élaborée à l'occasion de diverses rencontres du comité de rédaction. Rencontres auxquelles ont été conviés des experts (étrangers) externes. Notamment, pour l'OMS, c'est le Professeur Benedetto Saraceno qui a été désigné pour superviser le projet.

Dans la première phase, nous avons choisi de nous concentrer sur sept thématiques:

1. Le logement
2. La liaison avec la première ligne
3. La gouvernance des réseaux
4. La participation et l'empowerment des usagers et des proches
5. L'insertion socio-professionnelle
6. Les équipes mobiles de crise à l'attention des personnes présentant des problématiques psychiques aiguës
7. Les équipes mobiles de crise à l'attention des personnes présentant des problématiques psychiques chroniques

L'ensemble du projet est un «**work in progress**», un programme des thématiques sera préparé, par phases, sur base des modules traités.

Chaque module cible un élément particulier intégré dans la Réforme.

Après un certain temps, il est possible de mettre à jour des modules, par exemple, pour y ajouter une nouvelle pratique innovante ou lorsque des résultats viennent étayer une pratique. Début 2015, un appel a été lancé à tous les projets, l'objectif étant de transmettre des pratiques innovantes intéressantes dans le cadre des premières thématiques développées.

À cette fin, une fiche a été réalisée, sollicitant un bref résumé de la pratique et comprenant les éléments suivants : l'intégration dans le réseau (les partenaires impliqués, le public cible, le financement ...), les raisons pour lesquelles la pratique peut être considérée comme innovante, et enfin certaines données, telles que le processus de mise en œuvre, les indicateurs de réussite, les possibilités de transfert de la pratique.

Sur base de ces fiches, un certain nombre de pratiques ont été sélectionnées et plus amplement développées selon un modèle plus complet. Pour chaque thématique, nous avons, également, choisi des lecteurs faisant preuve d'expérience dans les matières traitées. Nous faisons appel à eux pour relire et commenter les éléments des différents modules.

Lors de la sélection, divers éléments sont intervenus en plus du contenu. Un trait marquant, par exemple, a été que plusieurs pratiques évoquées se rapportaient aux mêmes thèmes actuels. Dès lors, nous avons tenu compte de la répartition régionale. Bien que l'on cite des pratiques émanant de divers projets, le nombre de fiches envoyées par réseau était différent. Au final, nous avons pu sélectionner diverses descriptions de pratiques issues de divers réseaux. Certaines pratiques sont issues de la collaboration entre différents projets. Dans le cadre de certaines thématiques, le comité d'écriture a souhaité regrouper des pratiques quelque peu convergentes qui avaient été, au départ, proposées de manière individuelle.

Pour chaque thématique, nous avons, également, fait appel à un certain nombre de "lecteurs" experts dans les domaines des différents modules. Avec le comité d'écriture et le comité de rédaction, ils constituent le comité rédactionnel du module concerné. Ces experts ont lu et évalué les divers éléments des modules, ainsi que certaines descriptions de pratiques. Le comité d'écriture s'est, quant à lui, réuni régulièrement. Le comité de rédaction lit tous les textes définitifs et décide, par consensus, de leur inclusion dans le manuel. Il veille également à l'unité du manuel tant, au niveau du concept, que de la forme. Il accorde une attention importante à éviter les répétitions, les doublons, ... La version définitive du projet est constituée de deux volets: d'une part, le présent manuel et, d'autre part, le site web [www.innopsy107.be](http://www.innopsy107.be), au sein duquel, figureront, à terme, des pratiques innovantes issues de tous les réseaux.

Après cette introduction générale, nous présentons brièvement, dans ce manuel, le contexte des thématiques des différents modules. Ensuite, nous listons les descriptions des pratiques sélectionnées (cf. supra), qui présentent les pratiques innovantes de façon très succincte.

Elles présentent un tour d'horizon d'innovations intéressantes au niveau du fond ainsi que sur le plan organisationnel. Elles sont développées dans le cadre des différents projets expérimentaux et ont pour but de servir d'inspiration.

Pour chaque pratique, des coordonnées sont mentionnées permettant d'obtenir, le cas échéant, des informations complémentaires.

Le manuel se termine par une liste restreinte de références, d'une part, des références qui concernent l'innovation des soins de manière générale et, d'autre part, des « références-clés » par module.

Tout lecteur intéressé trouvera sur le site web des informations plus détaillées.

Les introductions sont plus approfondies, des liens vers la littérature scientifique sont proposés, les descriptions des "pratiques innovantes" sont plus étoffées. Pour apporter une harmonie aux descriptions de pratiques, un modèle a été développé. Il sert de fil conducteur, mais permet néanmoins une certaine souplesse.

Celui-ci comprend :

1. Une introduction reprenant une description globale du contexte du projet/de la pratique innovante;
  - Un descriptif du réseau et de la région où la pratique est implémentée;
  - Une description précisant si la pratique innovante a un rôle sur l'ensemble du réseau tout entier ou plutôt sur une partie (sous-réseau régional, public cible...);
2. Une brève description du contenu de l'initiative (mise en relation avec les fonctions du guide);
3. Une description des acteurs qui jouent un rôle actif dans le développement de la pratique visée (fonction, secteur, niveaux de fonction au sein des organisations);
4. Un aperçu des résultats concrets et du degré d'opérationnalité de l'initiative ;
  - Il ne s'agit pas seulement d'une explication de principe ou théorique;
  - Une analyse décrivant dans quelle mesure l'approche reste fidèle au plan et à la théorie initiale du travail en partenariat (vers où se sont orientées les réflexions par les expériences pratiques);
  - La pratique est-elle actuellement en phase de "projet pilote" ou est-elle déjà validée pour être élargie à l'ensemble du réseau?
  - Existe-t-il des enregistrements de données/des chiffres pour étayer la pratique? Quels seraient les bons indicateurs?

5. Réalisation d'une conclusion: "qu'avons-nous appris?"
  - Une liste des choses à faire et à ne pas faire sur base de l'expérience;
  - Quels sont les enseignements propres à cette pratique innovante, quels sont ceux utiles pour d'autres initiatives?
6. Une synthèse de l'initiative: en termes de présentation, d'équivalents temps plein, de partenariats nécessaires, de financement, de budget et de transférabilité de la pratique, ...
7. Des éventuelles références bibliographiques;
8. Les coordonnées mentionnées permettent aux personnes intéressées d'obtenir de plus amples informations. Nous souhaitons ainsi stimuler les échanges sur les expériences existantes dans le cadre des projets de la Réforme des soins en santé mentale en Belgique.

### **Terminologie et qualité d'auteur**

Dans un ouvrage à auteurs multiples comme le présent manuel, il est d'usage que la rédaction opère certains choix dans un souci d'uniformité.

Cela a déjà été le cas dans l'emploi des formats décrits ci-dessus, qui ont été utilisés avec souplesse.

Le but n'était pas d'imposer un modèle, mais de pouvoir inclure des informations pertinentes dans les différentes descriptions.

Outre des choix linguistiques et terminologiques, il a été demandé aux auteurs d'employer autant que possible des termes neutres en termes de genre.

Pour éviter les constructions en "il/elle", des termes propres à un genre sont, cependant, parfois utilisés. Sauf mention contraire expresse, ils renvoient toujours à des personnes des deux sexes.

Enfin, les auteurs ont eu la liberté de choix dans l'utilisation de certains termes.

Pour désigner les personnes qui font appel aux structures des soins en santé mentale, les dénominations "patient", "client" ou "usager" sont chacune lourdes de sens. Tant les usagers que les professionnels ont parfois des conceptions tranchées et nettement différentes à ce sujet. Lors d'une enquête auprès de 133 patients anglais ayant séjourné dans la communauté, la plupart préféraient être appelés "patient" par les médecins généralistes (75%) ou les psychiatres (67%). Dans le cas du personnel infirmier, des travailleurs sociaux ou des psychologues, les termes "patient" et "client" étaient préférés en proportion égale. Les utilisateurs plus âgés optaient plus souvent pour le terme "client" (McGuire-Snieckus, McCabe & Priebe, 2003).

Le comité de rédaction n'a, par ailleurs, opéré aucun choix dans la terminologie entre "trouble mental", "problème psychique", "problématique psychiatrique" ou "handicap psychique", même s'il existe des visions et des relations sous-jacentes avec un modèle médical ou psychosocial.

## Les modules

1. Le logement
  2. La liaison avec la première ligne
  3. La gouvernance des réseaux
  4. La participation et l'empowerment des usagers et des proches
  5. L'insertion socio-professionnelle
- Les équipes mobiles
6. Les équipes mobiles 2a
  7. Les équipes mobiles 2b



# **1. Le logement**

**Hébergement, logement, rétablissement**, une trilogie qui s'avère de plus en plus capitale. En 1948, déjà, la Déclaration universelle des droits de l'homme inscrit dans son article 25.1 « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'habitation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que les services sociaux nécessaires ». Le droit au logement est un droit de l'homme fondamental reconnu par de nombreux textes au niveau international et régional, des constitutions ou lois nationales.

Dans son rapport de synthèse, l'Organisation mondiale de la Santé présente des informations factuelles mettant en exergue les importantes conséquences sanitaires d'un logement inadéquat. Elle conclut sur la nécessité de reconnaître que le logement a un impact sur la santé mentale et insiste sur la priorité de la promotion, par les politiques du logement, d'un habitat plus sain, plus accessible et durable.

Le logement est donc un déterminant social de la santé et constitue, très certainement, un vecteur puissant d'inclusion dans la société civile.

Ceci nous remet en lien avec l'idée que l'hébergement et le logement sont étroitement liés au concept de rétablissement/recovery, bien ancré au cœur de la Réforme des soins en santé mentale. Encore faut-il trouver un domicile !!!

C'est un parcours bien compliqué lié au stigma. Ne pas permettre l'accès à un logement à une personne parce qu'elle présente une problématique de santé mentale constituera toujours une violation d'une loi promulguée.

La Réforme des soins en santé mentale permet l'intégration et l'émergence de démarches partenariales innovantes qui réunissent, dans des pratiques de réseaux, l'ensemble des acteurs concernés. Ce sont les professionnels de la santé mentale, les professionnels des milieux sociaux et psycho-sociaux, les gestionnaires de logements sociaux, les représentants d'usagers et des proches, voire même les élus locaux.

Pour y parvenir, il y a lieu de prendre en considération certains constats, tout d'abord :

- Le manque de vision globale et de communication entre les autorités compétentes en matière de santé mentale et de logement.
- Le manque de communication et une méconnaissance entre les secteurs.
- Le manque de communication entre les professionnels de la santé mentale et les acteurs du logement.
- L'impact des conditions de logement sur l'état mental des citoyens.
- L'insuffisance de logements accessibles aux personnes à bas revenus.
- La difficulté pour les personnes de maintenir leur logement dans de bonnes conditions.

Il importe donc, aux côtés des initiatives d'encadrements spécialisés, de favoriser l'intégration et/ou le maintien des personnes présentant des problématiques de santé mentale dans des logements ordinaires.

**RESEAU : Réseau Santé Namur**  
**PERSONNE DE CONTACT: Renson Bruce**  
**TELEPHONE : 0483 32 33 39**  
**MAIL : [namur@capteurlogement.be](mailto:namur@capteurlogement.be)**  
**SITE WEB: [www.reseausantenamur.be](http://www.reseausantenamur.be)**  
**[www.capteurlogement.be](http://www.capteurlogement.be)**

## Capteur de logements

Fr

Augmenter l'accès au logement, pour le public-cible des personnes vivant avec un trouble de santé mentale et/ou en situation de précarité, par l'engagement d'un acteur spécialisé qui permet de « capter » des biens issus du parc immobilier privé. Des garanties sont proposées aux propriétaires, notamment par la mise en place d'un accompagnement psycho-social à domicile.

Ce projet est novateur par l'engagement d'un profil spécifique ayant une formation en immobilier et en marketing. Il est fondé sur un partenariat entre le secteur de la santé mentale (réseau 107), le secteur de la précarité (relais social) et le secteur du logement (agence immobilière sociale). Il est financé par la Wallonie.

**RESEAU : Bruxelles**  
**PERSONNE DE CONTACT: Florence Crochelet**  
**TELEPHONE : 02 742 03 50 - 02 216 35 48**  
**MAIL : [florence.crochelet@casmmu.be](mailto:florence.crochelet@casmmu.be)**

## Transito

Fr

« Transito » constitue une initiative novatrice en offrant un lieu de vie transitoire ainsi qu'un espace de mobilisation à l'autonomie pour le groupe cible des patients internés libérés à l'essai qui sont acceptés dans une IHP et en attente de la disponibilité d'une place.

Ce projet doit trouver sa place dans une IHP classique ; il faut prévoir un upgrade de 0,75 ETP pour 4 places d'IHP Transito soit 43.312,5 euros pour 0,75 ETP bachelier (éducateur, paramédical et/ou assistant social).

Le projet, qui est tout à fait transposable au groupe cible des patients sous mesure de protection de la personne du malade mental, s'inscrit dans la fonction 5 ; la collaboration doit être constante avec les acteurs des autres fonctions principalement l'équipe mobile EOLIA, dans sa double mission de liaison et d'outreaching.



**RESEAU : Bruxelles**  
**PERSONNE DE CONTACT : Florence Crochelet**  
**TELEPHONE : 02 742 03 50 - 02 216 35 48**  
**MAIL : [florence.crochelet@casmму.be](mailto:florence.crochelet@casmму.be)**

**IHP+**

Fr

L'IHP+ vise la population psychiatrique adulte très fragilisée dont la symptomatologie est suffisamment stabilisée pour permettre une sortie de l'hôpital mais dont les aptitudes à gérer la prise du traitement et des repas n'est pas encore acquise.

L'IHP + est comparable à une IHP « classique », à ces deux nuances près que les médicaments y sont distribués et les repas fournis. Une aide à l'entretien de l'hygiène de l'habitat peut aussi être organisée.

La formule IHP+ doit s'intégrer dans une IHP classique ; un upgrade de 1 ETP/8 places doit être rajouté au cadre de personnel de l'IHP (coût 55000€/an – bachelor paramédical, éducateur ou assistant social).

Les partenariats sont tous les partenariats activés par les IHP, soit les acteurs des 5 fonctions. L'IHP+ n'est pas transposable à une autre pratique.

**RESEAU : Bruxelles**  
**PERSONNE DE CONTACT: Mahe Aja**  
**TELEPHONE : 02 502 69 49**  
**MAIL : [cellulesmes@hotmail.com](mailto:cellulesmes@hotmail.com)**  
**SITE WEB: [www.smes.be](http://www.smes.be)**

**Projet logements  
sociaux**

Fr

Le Projet « Logements sociaux » est mené par la Cellule d'appui du SMES-B en partenariat avec le Service d'Accompagnement Social des Locataires Sociaux qui met des travailleurs sociaux à disposition des sociétés de logements sociaux bruxellois (SISP). Ce projet vise à favoriser l'accès aux soins et à l'aide de locataires souffrant de troubles psychiques dont les conséquences pourraient mener à une expulsion du logement.

Il est financé par la Région de Bruxelles-Capitale (Logement) et consiste en un détachement à mi-temps d'une assistante sociale d'une SISP au sein de la Cellule d'appui.

Le caractère innovant et transposable porte sur le mode de partenariat (détachement de personnel) et l'aspect préventif (maintien en logement).

Il pourrait être développé auprès de locataires de logements privés en situation de précarité et de souffrances psychiques similaires.

**RESEAU : Bruxelles**  
**PERSONNE DE CONTACT: Mahe Aja**  
**TELEPHONE : 02 502 69 49**  
**MAIL : cellulmes@hotmail.com**  
**SITE WEB: www.smes.be**



## **Outreaching des adultes**

Le Projet « Outreaching des adultes » est mené en partenariat par la Cellule d'appui du SMES-B et l'asbl Source (maison d'accueil pour personnes sans-abri et restaurant social). Il vise à soutenir les travailleurs de la Source en impasse dans leur mission d'accompagnement et, ce faisant, à favoriser l'accès à l'aide et aux soins pour des personnes cumulant exclusion sociale et troubles psychiques et souvent en rupture avec les institutions de première ligne.

Ce projet-pilote est financé par le SPF Santé publique : 1,5 ETP pour la Cellule d'appui (psychiatre, thérapeute, infirmière psychiatrique) et 1 ETP à Source (travailleurs sociaux).

Son caractère innovant consiste à aller vers les personnes là où elles vivent et vers les professionnels sur leurs lieux de travail. La centralité donnée à la construction du lien social et à la mobilité rend ce projet transposable à toute institution travaillant avec le public cible.

**PRATIQUE INTER- RESEAUX**  
**COORDINATION GENERALE: Coralie Buxant**  
**TELEPHONE : 0491 22 34 52**  
**MAIL : coordination@housingfirstbelgium.be**  
**SITE WEB: www.housingfirstbelgium.be**



## **Housing first**

Le modèle américain Housing First (un chez soi d'abord), renverse la logique et règle d'abord la question du logement qu'il considère comme le point de départ d'un processus de réinsertion. Housing First propose un accès immédiat au logement (en tant que droit fondamental), depuis la rue, sans autres conditions que celles auxquelles est soumis un locataire classique (il n'y a donc pas, par exemple, d'obligation de gérer/soigner une quelconque maladie ou assuétude). L'objectif est le maintien dans le logement et le bien-être de la personne (on parle de la notion de rétablissement, bien connue en santé mentale). Pour y parvenir, le modèle prévoit un accompagnement adapté, intensif et pluridisciplinaire. Si les pratiques Housing First concernent prioritairement les personnes sans-abri parmi les plus fragiles (long parcours de vie en rue, problématiques de santé, santé mentale et/ou assuétudes), elles questionnent évidemment les politiques classiques de lutte contre le sans-abrisme qui ressemblent à un impossible parcours du combattant pour nombre de personnes très fragiles. Ces pratiques innovantes sont testées à Anvers, Gand, Hasselt, Bruxelles, Molenbeek, Liège, Charleroi et Namur. Dans ce contexte expérimental, une équipe d'évaluation rencontre régulièrement les locataires et compare leur parcours à celui de personnes sans-abri continuant à fréquenter les services d'aide classique.

**RESEAU : SaRA - Antwerpen**  
**PERSONNE DE CONTACT : Karolien Weemaes**  
**TELEPHONE : 0476 67 11 53**  
**MAIL: karolien.weemaes@oggpa.be**  
**SITE WEB: <http://sara.oggpa.be>**

**Bemoeizorg-  
team bij  
huurders SHM**

NI

La société de logement social (SLS) a la possibilité, à titre exclusif, d'orienter des usagers vers une équipe de soins socio-psychiatriques. Il s'agit de personnes qui refusent de se faire soigner et dont on peut supposer qu'elles ont besoin de soins psychiatriques. Cette démarche permet de prévenir les expulsions.

Ce projet concerne les locataires de logements sociaux situés dans des zones urbaines qui attirent un nombre accru de publics vulnérables.

La « bemoeizorgteam » intervient à domicile de manière active, assertive et accessible et peut, grâce à sa spécialisation dans le domaine psychiatrique, mettre au point un plan de rétablissement constructif pour le locataire.

Il est essentiel de prévoir un délai suffisamment long pour établir un lien de confiance et assurer la coordination des soins. Les mots-clés sont : présence, rétablissement et collaboration avec l'entourage de l'utilisateur.

**RESEAU : RELING / NOOLIM**  
**PERSONNE DE CONTACT : David Dol (Reling), Lut Smeets (Noolim)**  
**TELEPHONE : 0497 48 08 43**  
**MAIL: david.dol@reling.be—RESEAUcoordinator@noolim.net**

NI

### **Gespecialiseerde woonvormen**

En province du Limbourg, à l'initiative des IHP (Initiatives d'Habitation Protégée), plusieurs projets pilotes ont démarré au sein des réseaux de Reling et de Noolim.

Le trait commun de ces projets est qu'ils proposent une alternative dans le cadre de la fonction 5 (habitats spécifiques), sous la forme d'une offre flexible et différenciée. Ces formules d'habitations spécialisées ont vu le jour à la demande, en fonction de besoins expérimentés et définis.

Elles ont été intégrées dans des circuits de soins, le plus souvent à l'attention d'un (sous-)groupe cible bien précis. L'utilisateur vulnérable du point de vue psychiatrique se voit ainsi offrir une offre plus large de possibilités, en plus du réseau régulier des IHP et MSP. Il est possible d'opter de manière plus ciblée pour un logement qui correspond aux capacités et aux besoins ressentis.

Tous les projets pilotes offrent un service ou des soins sur mesure, basés sur la vision du rétablissement et organisés selon les principes de la Pratique de la Réhabilitation Individuelle Orientée. L'utilisateur détermine ses objectifs, en concertation avec ses proches et les prestataires de soins, et les transpose en petites étapes réalisables. À ce niveau, les forces, les possibilités de soutien et le réseau de support sont identifiés. Le tout forme un plan d'accompagnement qui vise à réaliser au mieux l'autonomie, l'empowerment et l'évolution de l'utilisateur.

**RESEAU : SaRA - Antwerpen**  
**PERSONNE DE CONTACT : Karolien Weemaes**  
**TELEPHONE : 0476 67 11 53**  
**MAIL: karolien.weemaes@oggpa.be**  
**SITE WEB: http://sara.oggpa.be**

**Wonen buiten  
sociaal stelsel en  
versnelde doorstroom**

NI

Dans un contexte de socialisation des soins, il est très important que la société de logement social (SLS) facilite et accélère la mise à disposition d'hébergements financièrement accessibles pour les personnes présentant des problématiques psychiatriques (et ce, y compris les problèmes d'assuétudes). L'outreaching faisant également partie des soins en santé mentale, cette collaboration est rendue possible par le fait que la SLS peut exiger un accompagnement psychiatrique à domicile pour permettre le passage vers un mode de logement autonome. Pour le secteur des soins en santé mentale résidentiels, l'avantage réside dans le fait que les usagers peuvent quitter la structure résidentielle plus rapidement et de façon plus conforme sur le plan éthique, moyennant la mise en place d'un soutien d'outreaching.

**RESEAU : Zuid-West-Vlaanderen**  
**PERSONNE DE CONTACT : Soetkin Kesteloot**  
**TELEPHONE : 0474 81 29 01**  
**MAIL: info@psy107zwwl.be**

NI

### **Regionale crisis netwerk Zuid-West-Vlaanderen**

Le réseau de crise « Zuid-West-Vlaanderen » est une association régionale, dont la coordination est assurée par le Centre d'aide sociale (CAS) qui recherche des solutions à l'attention de personnes qui se trouvent en situation de crise (complexe).

Concrètement, le réseau propose, en dehors des heures de bureau, des lits de crise aux personnes pour qui aucun autre type d'accueil sûr, pour la nuit, n'a pu être identifié. Des services ambulatoires cherchent ensuite une solution structurelle à la situation de crise. En cas de crise complexe pour laquelle l'aide classique ne suffit pas, une concertation multidisciplinaire est organisée dans les plus brefs délais afin de solutionner le problème (en interservices et de manière intersectorielle). Si nécessaire, l'utilisateur peut être guidé par un « référent de parcours » qui le soutient.

Cette initiative est portée par plusieurs secteurs (déploiement de lits de crise, mise à disposition de personnel dans le cadre de la concertation de crise, chambre de crise, etc.) et est financée par le CAS, les CPAS régionaux et la province. Cette initiative peut être transférée à d'autres régions.

Il est essentiel que les différents secteurs soient disposés à partager une responsabilité commune lors des situations de crise.



## **2. La liaison avec la première ligne**

La santé mentale ainsi que de nombreux troubles mentaux sont fortement influencés par les conditions sociales, économiques, physiques et culturelles dans lesquelles vivent les personnes.

"La santé est un état de complet bien-être **physique, mental et social**. Elle ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité" (OMS, 1946). L'accès aux soins de santé de qualité, l'efficacité de l'offre en soins ("La santé pour tous") constituent un droit inaliénable et un élément essentiel dans la lutte contre la pauvreté et les inégalités.

**Les soins de santé de première ligne** en constituent la clé.

Ils rapprochent autant que possible les soins de santé de l'environnement des personnes et constituent le premier élément d'un processus de soins continu.

Le "Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020" de l'OMS part du principe selon lequel "**There is no health without mental health**".

L'un des objectifs de ce plan est d'offrir des soins en santé mentale et des services sociaux, intégrés et adaptés au sein des établissements communautaires.

L'objectif est de répondre aux besoins tant mentaux que physiques et de favoriser le rétablissement de personnes présentant des troubles mentaux dans le cadre des soins de santé généraux et des services sociaux (en tenant, dès lors, compte du droit au travail, au logement et à l'éducation). Il est fait référence à des plans de traitement et de réadaptation, en coproduction avec des usagers et des prestataires de soins et, dans la mesure du possible, avec la participation des proches. Des soins globaux ne peuvent être dispensés tant que la santé mentale n'est pas incluse dans les soins de première ligne. Il existe bon nombre de raisons d'intégrer les soins en santé mentale dans les soins de première ligne (OMS).

- Les troubles mentaux sont fréquents et ont une incidence économique et sociale considérable sur la société dans son ensemble.
- Les problématiques de santé mentale et de santé physique sont liées.
- L'écart de traitement relatif aux soins en santé mentale est énorme.  
Les soins de première ligne destinés aux troubles mentaux peuvent contribuer à le combler.
- L'intégration des soins en santé mentale dans la première ligne améliore l'accessibilité, réduit la stigmatisation et la discrimination et diminue le risque de recours à des mesures restrictives.
- Les soins en santé mentale intégrés dans la première ligne sont abordables, présentent un bon rapport coût/efficacité et donnent des résultats satisfaisants en matière de santé.

Pour intégrer les soins en santé mentale dans les soins de santé généraux de première ligne, les principes suivants sont essentiels :

- Une formation adéquate pour les travailleurs de première ligne concernant les aspects pertinents de la santé mentale, en plus de la formation en matière d'aptitudes et une supervision. Les modèles de soins partagés et collaboratifs, où les travailleurs de première ligne et les spécialistes des soins en santé mentale procèdent ensemble à des consultations et à des interventions, constituent des façons très prometteuses de proposer une formation et un appui continus.
- Les missions de la première ligne doivent être correctement définies et être réalisables. Les fonctions des travailleurs de première ligne peuvent être étendues au fur et à mesure qu'ils augmentent en expériences et en confiance en soi.

- Les professionnels et les établissements spécialisés des soins en santé mentale doivent être disponibles pour soutenir la première ligne.
- La coordination est cruciale pour mener à bien l'intégration de la santé mentale dans la première ligne, au-delà des menaces et des défis.
- Les secteurs externes aux soins de santé peuvent effectivement collaborer avec les travailleurs de première ligne afin d'amener les usagers présentant des troubles mentaux sur le chemin de la guérison et de la réintégration complète dans la société.

La Réforme des soins en santé mentale en Belgique a, pour point de départ, l'élaboration de réseaux de services et de professionnels, issus tant du domaine des soins en santé mentale que de celui de la première ligne, avec une responsabilité en matière de santé mentale pour tous les résidents d'un territoire délimité.

Un tel réseau part d'une vision globale et intégrée des besoins en santé mentale de la population. Les travailleurs de première ligne doivent être associés à la réalisation de différentes "fonctions", en partant de la philosophie de la complémentarité des moyens et des aptitudes qui sont à la base de la Réforme.

Elles font partie d'un réseau de travail constitué autour de chaque usager et coordonné par des case managers cliniques ("personnes de référence").

Les besoins de l'usager, au niveau de la santé tant physique que mentale, constituent le point de départ. Il convient d'élaborer des procédures pour la communication et la coordination à propos de ces patients, où tous les travailleurs concernés partagent les informations nécessaires.

Coaching et guidance doivent être proposés aux travailleurs de première ligne.

De nombreuses disciplines sont concernées par l'offre de soins de première ligne, bien que la fonction de médecin généraliste soit souvent considérée comme étant fondamentale. Parmi les autres professionnels, actifs en première ligne, citons, notamment, les dentistes, les diététiciens, les obstétriciens, les infirmières, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les psychologues et les intervenants sociaux.

Le grand nombre d'acteurs entraîne un risque de fragmentation et peut causer un manque de collaboration.

En Belgique, les services sociaux des CPAS sont des ressources importantes, ils proposent un appui psychosocial à la première ligne. Ils sont aisément accessibles aux personnes dans des situations précaires telles que la pauvreté.

Les PMS jouent un rôle majeur dans la détection, le diagnostic et l'accompagnement d'enfants et d'adolescents présentant des problèmes psychologiques (ainsi que de leurs proches).

Les services des soins de santé et les centres de services locaux reçoivent de nombreux usagers présentant des besoins en santé mentale.

La pratique de réseau et la collaboration sont des éléments essentiels pour offrir des soins en santé mentale efficaces dans ce paysage fragmenté.

Dans le cadre de la Réforme des soins en santé mentale, la collaboration entre les soins de première ligne et les établissements de soins en santé mentale s'est développée en de nombreux endroits. C'est, dans ce cadre, que des pratiques innovantes, bien intéressantes, ont été élaborées. Elles conduisent à des soins intégrés, davantage holistiques, et une attention plus importante est accordée aux différents aspects de la santé sociale et mentale.

**RESEAU: PRIT, Midden West-Vlaanderen**  
**PERSONNE DE CONTACT: dr. Piet Snoeck**  
**MAIL: [piet.snoeck@azdelta.be](mailto:piet.snoeck@azdelta.be)**  
**SITE WEB: [www.prit.be](http://www.prit.be)**

**Zorgpad eerste  
lijn alcohol**



Le trajet de soins de première ligne « Alcool » est un outil de travail tant pour le citoyen que pour le prestataire de soins de première ligne (en particulier le médecin généraliste), dont le but est de détecter et de venir en aide aux personnes présentant une problématique récurrente dans le cadre de la première ligne de soins. Cela permet, également, d'avoir une indication quant à l'orientation vers un spécialiste pendant le trajet de soins. Le but est de renforcer les connaissances et le savoir-faire de la première ligne en matière de santé mentale et de soins en santé mentale. En familiarisant la première ligne à la prise en charge des problèmes de santé mentale, on permet aux deuxième et troisième lignes de soins de se concentrer sur leur mission première, à savoir, le traitement et l'accompagnement de personnes présentant des problèmes psychiatriques graves. Les deuxième et troisième lignes doivent assurer et entretenir la fonction de liaison vers le médecin généraliste via le psychiatre, selon le principe du « collaborative care ». Le trajet de soins de première ligne est né d'une étroite collaboration au sein du groupe de travail sur la promotion de l'expertise de la fonction psychologique de première ligne. Le trajet de soins de première ligne « Alcool » peut s'étendre à d'autres régions et réseaux, ainsi qu'à d'autres domaines où la personne présentant des troubles mentaux et la première ligne pourraient tirer profit, à la fois d'un trajet de détection et de traitement uniformisé, et du renforcement des connaissances et du savoir-faire dans le secteur des soins en santé mentale.

**RESEAU : Fusion Liège (AIGS/Heberlie)**  
**PERSONNE DE CONTACT: Isis Arbach**  
**TELEPHONE : 0492 90 09 49**  
**MAIL : [cmi.hirondelle.resowal@aigs.be](mailto:cmi.hirondelle.resowal@aigs.be)**

**Cellule Mobile  
d'Intervention**



La Cellule Mobile d'Intervention « Hirondelle » est un projet pilote lancé par l'AWIPH en décembre 2009. Il s'agit d'une équipe mobile de soutien aux intervenants et milieux de vie des personnes porteuses de « double diagnostic » (déficience intellectuelle et TC/tr psychiatriques). Notre équipe intervient pour les personnes âgées de 16 ans et + ayant un ancrage en Province de Liège. Notre CMI est composée de : 2 psychologues, 1 assistante sociale (au total 1,25 ETP), sous la supervision d'un psychiatre participant aux réunions d'équipe (1x/15j). A la demande des professionnels qui s'engagent à rester impliqués dans la situation, la CMI propose un travail d'analyse des troubles du comportement et psychiques présentés par la personne et, au besoin, une orientation vers les structures généralistes et spécialisées, des pistes de travail dans le milieu de vie, une coordination entre les différents professionnels autour de l'usager,... La finalité : éviter l'exclusion de notre public, son ballotement d'un secteur à l'autre, favoriser son bien-être et son intégration dans la communauté. Attention : pas de traitement thérapeutique direct, actions de seconde ligne. 24



**RESEAU : Bruxelles**  
**PERSONNE DE CONTACT: Mahe Aja**  
**TELEPHONE : 02 502 69 49**  
**MAIL : cellulesmes@hotmail.com**  
**SITE WEB: www.smes.be**

**Cellule d'appui médico-  
psychologique d'intersection  
entre la santé mentale et  
l'exclusion sociale du SMES-B**

Fr

La Cellule d'appui est un dispositif du SMES-B qui vise à favoriser l'accès aux soins et à l'aide pour des personnes sans-abri souffrant de troubles psychiques. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire composée d'une psychiatre, d'une psychologue, d'une thérapeute, d'une assistante sociale, d'une infirmière psychiatrique, d'une coordinatrice/sociologue. Toutes travaillent à temps partiel pour un total de 2,75 ETP. La Cellule d'appui est financée par la Commission Communautaire Commune de Bruxelles Capitale (COCOM), la Commission Communautaire Française (COCOF) et le SPF Santé publique.

Les partenaires sont les institutions du réseau psycho-médicosocial bruxellois, spécifiquement celles travaillant avec le public visé.

Le caractère innovant et transposable du projet réside dans la construction et la diffusion de pratiques intersectorielles et de réseau adaptées aux besoins de personnes cumulant des problématiques complexes et intriquées.

**RESEAU : Transmurale zorg Leuven-Tervuren**  
**PERSONNE DE CONTACT : Nico De fauw**  
**TELEPHONE: 016 31 99 99**  
**MAIL: nico.defauw@passant.be**  
**SITE WEB: www.consultdeskggz.be**

**Consult Desk GGZ  
Vlaams Brabant**

NI

Le « Consultdesk soins en santé mentale du Brabant Flamand » dispense des conseils téléphoniques aux médecins et prestataires de soins de première ligne qui se posent des questions quant aux problématiques psychiques ou psychiatriques de leurs usagers. L'objectif consiste à assister les prestataires de soins de première ligne afin de leur permettre (1) de continuer à gérer les soins en collaboration avec l'utilisateur, (2) d'obtenir une réponse rapide à leurs questions et (3) d'orienter l'utilisateur de manière ciblée.

Lancé en juin 2013, ce service propose principalement une aide téléphonique, mais est aussi accessible en ligne. Huit thérapeutes, experts dans leur domaine, se relaient les jours ouvrables, pour répondre aux appels.

Le Consultdesk soins en santé mentale peut être contacté au numéro suivant : 070 21 05 21. Un contact peut également être pris par mail.

Toutes les informations sont disponibles sur le site [www.consultdeskggz.be](http://www.consultdeskggz.be).

Le Consultdesk peut, encore, beaucoup progresser, d'une part, en termes de communication, et d'autre part, en termes de champ d'action.

Celui-ci se limite actuellement au Brabant Flamand, mais une extension à toute la Flandre est un objectif réaliste, moyennant un soutien financier nécessaire.

**RESEAU : Région du Centre**

**PERSONNE DE CONTACT : Makuch Murielle**

**TELEPHONE : 064 22 46 04 / 0470 23 18 83**

**MAIL : murielle.makuch@fracarita.org**

**Articulation soins  
en santé mentale et  
soins de santé primaires**

Fr

Cette initiative est innovante parce qu'elle fédère des médecins généralistes et des psychiatres autour d'objectifs communs :

- le « soin médical intégré » dans les prises en charge « santé mentale »;
- l'amélioration de l'échange d'informations médicales entre les médecins traitants et les psychiatres;
- l'amélioration de l'orientation première ligne vers soins en santé mentale.

Elle nécessite l'organisation de réunions communes régulières avec des ordres du jour très concrets et une gestion du temps des réunions rigoureuses.

La question des agendas chargés est un aspect à ne pas négliger.

Le statut d'indépendant des médecins généralistes nécessiterait, s'il fallait aller plus loin, qu'une contrepartie financière leur soit octroyée pour leur participation. Cette pratique paraît relativement simple à transférer dans son déroulement mais dépend fortement des personnalités de chaque médecin.

**RESEAU: Noord-West-Vlaanderen**

**PERSONNE DE CONTACT: Frank Schillewaert**

**TELEPHONE: 050 34 24 24**

**MAIL: frank.schillewaert@cgg.be**

NI

### **Psychiatrisch Expertise Team (PET)**

Il s'agit d'une initiative qui s'inscrit dans le cadre de la fonction 1(B), et qui vise à développer la détection précoce, la première intervention et l'orientation vers des soins en santé mentale spécialisés, et ce, en collaboration étroite avec les prestataires de soins de première ligne. La volonté est, également, de se baser sur l'expertise psychiatrique existante pour soutenir et guider le public cible lorsque celui-ci est confronté à des problématiques (supposées) de santé mentale. Le PET réunit, à cette fin, l'expertise dont disposaient les équipes de soins psychiatriques à domicile (SPD : création d'un réseau dans l'environnement où évolue l'utilisateur) et la « Voordeurteam » du centre de santé mentale (CSM: indications, élaboration du plan de traitement, etc.). Un point de contact téléphonique central a été mis en place dans les deux sous-régions de la zone d'action couverte par l'initiative. Une campagne de communication claire a permis de faire connaître l'existence de cet outil auprès de l'ensemble des prestataires de soins de première ligne. Le point de contact est accessible durant les heures de bureau. En fonction de la première évaluation, à l'occasion de deux concertations multidisciplinaires, les situations orientées sont analysées. Une « rencontre de concertation axée sur l'utilisateur » étudie les situations qui peuvent être assez facilement orientées vers des consultations ambulatoires en fonction des indications ou du traitement. Cette concertation rassemble essentiellement des experts des soins en santé mentale. La « rencontre de concertation axée sur le réseau » se penche, quant à elle, sur les situations où l'orientation vers la consultation ambulatoire n'est pas possible, pertinente ou souhaitable (p. ex. en raison de l'absence d'une demande de soins réaliste alors que le réseau est confronté à d'importantes difficultés).

**RESEAU: LEUVEN**  
**PERSONNE DE CONTACT: Sylvia Hubar**  
**TELEPHONE: 016 23 09 03**  
**MAIL: [sylvia.hubar@wgcridderbuurt.be](mailto:sylvia.hubar@wgcridderbuurt.be)**  
**SITE WEB: [www.wgcridderbuurt.be](http://www.wgcridderbuurt.be)**

NI

## **Patiënt in beeld**

« Patiënt in beeld » (Focus sur l'utilisateur) a mis au point un modèle de soins partagés, en coopération avec les usagers présentant une vulnérabilité psychique et des prestataires de première ligne. Ledit modèle repose sur une vision du rétablissement de l'utilisateur et sur le rôle spécifique des soins de première ligne.

Il s'agit de garantir, adéquatement, la continuité des soins et ce, dans le but de laisser la gestion des soins autant que possible entre les mains de l'utilisateur lui-même, dans un esprit de cohésion avec les deuxième et troisième lignes.

Tout prestataire de soins peut utiliser ce modèle pour choisir le parcours de soins, adapté à l'utilisateur, à sa situation et aux opportunités des dispensateurs de soins.

La pratique d'une activité physique joue un rôle majeur dans le processus de rétablissement, c'est pourquoi, le projet « Bewegen op Voorschrift psy » (« mobilité sur prescription ») a été développé. Il permet aux usagers de faire de l'exercice physique à leur sortie du service.

Le médecin généraliste rédige une prescription et oriente l'utilisateur vers un « coach physique » qui travaille en fonction des besoins.

Dans le cadre de ce projet, il serait intéressant d'obtenir un soutien supplémentaire (expertise et temps) pour permettre au coach physique de pouvoir gérer l'afflux de participants présentant des faiblesses psychiques.

Le projet « Patiënt in beeld » a pour point de départ les soins axés sur la collaboration (« collaborative care ») et l'offre graduelle de soins (« stepped care »).

Le projet nécessite un professionnel à temps partiel qui met en œuvre des politiques et actions sur base des expériences des usagers, à la fois au sein des réseaux de soins « art. 107 » et en collaboration avec ceux-ci.

**RESEAU: Accolade – Regio Ieper-Diksmuide**  
**PERSONNE DE CONTACT: Leen Ballieu**  
**TELEPHONE: 0496 160 612**  
**MAIL: leen.ballieu@sociaalhuispoperinge.be**  
**SITE WEB: www.RESEAUacolade.be**



**RESEAU: PAKT**  
**PERSONNE DE CONTACT: Isabel Debuysere**  
**TELEPHONE: 0490 56 86 42**  
**MAIL: isabel.debuysere@pakt.be**  
**SITE WEB: www.pakt.be**

**RESEAU : Noolim - Oost-Limburg**  
**PERSONNE DE CONTACT : Katrien De Wilde en Jan Van den Eeden**  
**TELEPHONE : 0491 22 13 08**  
**MAIL: elpmaaskant@gmail.com**  
**SITE WEB: www.elpmaaskant.be**

### **Eerstelijnspsychologische functie**

Le principe général de la fonction de psychologue de première ligne est de proposer une aide accessible, de courte durée et axée sur la recherche de solutions. Les troubles psychiques non complexes, tels que les problèmes d'adaptation, les sautes d'humeur et les maux liés au stress sont identifiés et traités de manière généraliste au cours de maximum 10 séances. Dans le cadre de problèmes plus complexes, la situation est analysée et la personne est orientée conformément aux principes des soins par paliers (« stepped care »).

L'accessibilité des psychologues de première ligne est garantie par le fait qu'ils travaillent dans un établissement de soins de première ligne, un centre de proximité, un cabinet de médecine générale ou une structure d'aide sociale.

Dans un souci de garantir ces soins échelonnés et un renvoi efficace vers une aide spécialisée, les psychologues de première ligne pratiquent, au sein d'un réseau de soins en santé mentale, en collaboration avec leurs collègues des deuxième et troisième lignes de soins.



# **3. La gouvernance des réseaux**

Depuis de nombreuses années, **des réseaux d'organisations** émanant de différents secteurs de la société se sont développés pour résoudre le problème complexe qui est de fournir des soins ambulatoires de qualité aux citoyens présentant des problématiques de santé mentale.

Le programme de la Réforme belge "Vers de meilleurs soins en santé mentale" a pour objectif, l'implémentation d'une coopération et d'une collaboration efficace, à long terme, entre les différents acteurs du champ locorégional.

Ces acteurs conservent leur autonomie, tout en étant structurellement impliqués dans des actions de collaboration au bénéfice de la santé mentale de la population locale. Ces réseaux sont considérés comme des outils novateurs pour prodiguer des soins de qualité, et ce, plus particulièrement, depuis que les modèles de services se développent au-delà des compétences d'une seule organisation. Les réseaux sont considérés comme des structures permettant le développement d'une offre de soins plus large, dans le but d'améliorer la prestation de services, la gestion des risques et le partage des responsabilités.

Dans la littérature scientifique, ces types de réseaux sont qualifiés de « véritables réseaux organisés ». Leur développement semble être essentiel dans le cadre la prestation de biens et de services publics.

Souvent, les problèmes liés aux collaborations inter organisationnelles ne sont pris que temporairement en considération; très peu d'attention est accordée à la pérennité des coopérations au sein d'un réseau institutionnalisé.

Une attention particulière doit être accordée à la question de savoir comment gouverner ou gérer "l'ensemble des réseaux".

**La "gouvernance" et "les réseaux"** sont des concepts utilisés dans la littérature et dans les textes politiques. Le travail des différentes organisations est devenu, tellement fragmenté que les réseaux sont créés pour coordonner les compétences essentielles des différents acteurs spécialisés afin de résoudre les problèmes complexes.

Un réseau inter organisationnel émerge quand des partenaires indépendants deviennent mutuellement dépendants dans la réalisation d'objectifs politiques. Dans la plupart des cas, le réseau est créé quand les partenaires doivent partager des ressources (financières, humaines, logistiques, ...) pour s'engager dans des actions collectives.

La gouvernance, dans sa définition la plus générale, peut être comprise comme une "stratégie de management" pour coordonner les acteurs au sein d'un réseau.

Son objectif est de coordonner des actions de partenaires autonomes, mais, néanmoins, interdépendants pour atteindre un but commun. Lorsqu'un objectif ne peut être atteint individuellement, la gouvernance permet de l'atteindre, par la mutualisation des ressources.

**Mark Leys, juin 2015**

**RESEAU : Réseau Santé Namur**  
**PERSONNE DE CONTACT: Didier De Riemaecker**  
**TELEPHONE : 0491 62 68 04**  
**MAIL : [coordination@reseausantenamur.be](mailto:coordination@reseausantenamur.be)**  
**SITE WEB: [www.reseausantenamur.be](http://www.reseausantenamur.be)**



### **Le modèle de gouvernance :**

**Approche globale, intégrée, consultative, participative,  
horizontale et productive**

La mise en place du Guide « Vers de meilleurs soins de santé mentale » prévoit le développement de réseaux intersectoriels. Faire entrer en collaboration des secteurs différents – aux fonctionnements et aux enjeux différenciés – constitue un réel pari. Pour réussir ce pari de manière réellement innovante, il est nécessaire d’instaurer un modèle de gouvernance transparent, structuré et respectueux de chaque secteur.

Dans le cadre de l’expérience du Réseau Santé Namur, ce modèle de gouvernance a été implanté selon une approche globale, intégrée, consultative, participative, horizontale et productive.

Le fonctionnement interne du réseau est développé de sorte à aborder globalement les enjeux de santé mentale, à envisager comment ceux-ci s’intègrent à d’autres enjeux, à consulter l’ensemble des partenaires impliqués dans le réseau, à favoriser la participation des usagers et des proches, à placer les acteurs impliqués sur un pied d’égalité et à viser la production d’outils et de procédures opérationnels.

**RESEAU: SaRA - Antwerpen**  
**PERSONNE DE CONTACT: Karolien Weemaes**  
**TELEPHONE: 0476 67 11 53**  
**MAIL: [karolien.weemaes@oggpa.be](mailto:karolien.weemaes@oggpa.be)**  
**SITE WEB: <http://sara.oggpa.be>**

NI  
↓

### **Bestuurs- en communicatiemodel van SaRA**

Pour permettre une implémentation opérationnelle et efficace du réseau SaRA, une structure de travail et de concertation dynamique a été élaborée. Ceci en prenant en considération un rapport équilibré entre soutien et participation des partenaires du réseau et la capacité à fonctionner en tant que réseau. SaRA compte deux présidents et deux coordinateurs de réseau (tous deux à mi-temps), clairement mandatés par les membres du comité de réseau. Le modèle de communication de SaRA permet d'informer en détail les partenaires sur les évolutions et réalisations du réseau au moyen de différents canaux : un site web comprenant des rubriques ciblées et une structure claire, une lettre d'informations (qui a dépassé le cap des 1000 abonnés), une importante concertation biennale entre partenaires sur des thèmes d'actualité, des visites d'immersion et de présentation de la nouvelle offre SaRA, et des contacts téléphoniques.



**RESEAU: Noolim**  
**PERSONNE DE CONTACT: Lut Smeets**  
**TELEPHONE: 0491 72 73 01**  
**MAIL: RESEAUcoordinator@noolim.net**  
**SITE WEB: www.noolim.net**

NI

## **Noolim, netwerk GGZ**

### **Governance model**

Noolim implémente un réseau de soins en santé mentale pour adultes dans la région du Limbourg oriental et se base, pour ce faire, sur une vision bien définie des soins aux personnes vulnérables sur le plan mental.

Le réseau se compose de partenaires de soins en santé mentale tant résidentiels qu'ambulatoires, de structures et de représentants de la première ligne, d'organisations actives dans le secteur du travail, d'organisations représentatives des usagers et des proches, ainsi que de représentants du secteur de l'aide sociale. Le réseau a pour but la création d'une valeur ajoutée pour l'usager des soins en santé mentale, le réseau lui-même et le personnel des structures rattachées au réseau. Solidarité, transparence et dialogue sont nos valeurs clés.

Pour réaliser sa mission, le réseau a développé un modèle de gouvernance.

Un modèle de gestion qui vise l'implication, l'appropriation et la responsabilisation de l'ensemble des partenaires du réseau.

Un modèle qui opte pour la décentralisation et la coordination des compétences, qui peut compter sur des organes de gestion aux rôles et responsabilités clairement définies, et qui est attentif aux relations transversales entre fonctions. La voix de l'usager et de ses proches occupe une place prépondérante au sein de ce modèle.



## **4. La participation et l'empowerment des usagers et des proches**

Par le passé, les usagers présentant des troubles de santé mentale ont rarement eu l'opportunité de donner leur avis sur l'organisation des soins et sur les choix de leur trajectoire de vie. Ils n'étaient, ainsi que leurs proches, que peu impliqués dans les prises de décisions les concernant. A l'heure actuelle, ils restent victimes de discrimination ou d'exclusion dans de nombreux domaines de la vie: social, culturel, professionnel, ...

Néanmoins, l'évolution de la représentation de la question de la santé mentale auprès des professionnels, de la société et des usagers eux-mêmes et de leurs proches ont permis de faire évoluer les cultures.

Peu à peu, on est passé de la notion de « patient » passif, dépendant du savoir et du pouvoir des professionnels, à « l'utilisateur » actif, responsable, acteur de son programme et impliqué dans son processus de rétablissement.

Au niveau international, les différentes politiques soulignent l'importance du rôle et de la participation des usagers, sur le plan individuel et collectif, à tous les niveaux de l'organisation des soins.

Le terme « **participation** » décrit plusieurs enjeux et formes d'action :

- l'adhésion des personnes au projet qui les concerne.  
L'impact principal recherché est de permettre aux usagers de s'exprimer, de susciter leur mobilisation active, de s'intégrer aux projets qui les concernent ;
- la participation visant la « coproduction » des projets avec les usagers.  
Elle a pour enjeu principal de construire ou faire évoluer significativement le projet ou le cadre de l'action en associant les usagers à toutes les phases: définition, conception, pilotage, évaluation.

« **L'empowerment** » est une notion récente. On reconnaît aujourd'hui, dans cette démarche volontaire d'appropriation du pouvoir sur sa vie, un principe fondamental pour la promotion de la santé en général et pour les personnes utilisatrices de services de soins en santé mentale en particulier.

Cette notion fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie.

Dans le cadre de la Réforme des soins en santé mentale et plus particulièrement, du « **Projet Participation des usagers et des proches** », il est demandé aux associations d'utilisateurs et de proches de produire des recommandations, qui sont autant de conseils de « bonnes pratiques », à propos de leur point de vue sur l'organisation et le fonctionnement de ces réseaux.

Depuis quelques années, maintenant, ils travaillent, en étroite collaboration, en poursuivant un objectif bien ambitieux, à savoir celui d'apporter leur expertise à la Réforme et ainsi de contribuer à l'amélioration des soins.

Les nombreuses pratiques innovantes initiées sur l'ensemble du territoire en témoignent.

**RESEAU : Réseau Santé Namur**  
**PERSONNE DE CONTACT: De Riemaecker Didier**  
**TELEPHONE : 0491 62 68 04**  
**MAIL : [coordination@reseausantenamur.be](mailto:coordination@reseausantenamur.be)**  
**SITE WEB: [www.reseausantenamur.be](http://www.reseausantenamur.be)**

Fr

## **La représentation des usagers et des proches, le Conseil d'usagers et le Conseil de proches**

Les réseaux mis en place dans le cadre de la Réforme « Vers de meilleurs soins en santé mentale » sont invités à organiser la participation des usagers en santé mentale et des proches d'usagers. A cet effet, le Réseau Santé Namur a développé plusieurs moyens afin de mettre en œuvre cette participation : l'inclusion de représentants d'usagers et de proches dans chacun des organes constitutifs du réseau, d'une part, et, la création du Conseil d'usagers et du Conseil de proches, d'autre part. Ces Conseils sont ouverts, respectivement, aux usagers et aux proches d'usagers désireux de partager leurs témoignages sur l'organisation des soins en santé mentale et de rédiger des recommandations à l'attention des professionnels. Par ces deux moyens, et d'autres encore, les usagers et les proches d'usagers participent aux dynamiques de co-construction, aux étapes de développement des projets et aux processus décisionnels du réseau.

**RESEAU : Hermès +**  
**PERSONNE DE CONTACT: Nathalie Mahieu**  
**TELEPHONE : 0497 41 11 96**  
**MAIL : [contact@incontriasbl.be](mailto:contact@incontriasbl.be)**  
**SITE WEB: [www.incontriasbl.be](http://www.incontriasbl.be)**

Fr

### **Incontri**

Composée paritairement de professionnels et d'experts du vécu du secteur de la santé mentale, notre ASBL œuvre à la prévention et à la déstigmatisation de la maladie mentale dans le secteur de l'enseignement et de la formation, dans le monde du travail ainsi qu'au sein des institutions.

Cette démarche prend la forme de modules de rencontre fondés sur la réciprocité et l'échange des savoirs et des compétences. Les principaux acteurs de ces modules sont les experts du vécu pour qui cette implication est l'occasion de retrouver une visibilité sociale et d'enrichir la collectivité de leurs expériences singulières.

A ce titre, dans chaque animation, nous veillons à ce que le public-cible ne dispose d'aucun élément lui permettant de distinguer les experts du vécu des autres membres de l'ASBL. Ce choix répond à notre volonté de créer des espaces de rencontre au sein desquels les personnes se définissent à travers un discours capacitaire et non pas déficitaire.

**RESEAU : Fusion Liège**  
**PERSONNE DE CONTACT: Jean-Marc Bienkowski**  
**TELEPHONE : 04 248 06 99**  
**MAIL : together.belgique@gmail.com**  
**SITE WEB: www.together-belgique.be**

**Together  
Belgique**

Fr

L'Asbl Together est une association d'usagers et d'ex-usagers de services de santé mentale au sens large. Les objectifs de l'association sont très variés.

Il s'agit, d'une part, d'activités de représentation au sein d'instances stratégiques, de mise en place de comités d'usagers, de conseils locaux et, d'autre part, de développement de clubs de loisirs.

Actuellement, l'association bénéficie d'une subvention facultative de la Région wallonne qui permet, entre autre, l'engagement d'un coordinateur à mi-temps. Néanmoins, ce sont les usagers, eux-mêmes qui prennent place au sein de l'organisation en assurant des rôles d'animateurs, de secrétaire, ...

Cette pratique permet la valorisation des rôles sociaux et est un modèle de prévention et de lutte contre l'isolement des personnes par le panel diversifié d'activités de loisirs proposées.

**RESEAU: Zuid-West-Vlaanderen**  
**PERSONNE DE CONTACT: Soetkin Kesteloot**  
**TELEPHONE: 0474 81 29 01**  
**MAIL: info@psy107zwvl.be**

**The Human  
Library**

NI

The Human Library (bibliothèque vivante) est une initiative imagée à l'attention du grand public. Des ouvrages dits « vivants » peuvent être empruntés à la bibliothèque locale. Ces livres vivants possèdent tous une expérience dans le domaine des soins en santé mentale, soit en tant qu' (ex-) usager, proche ou prestataire de soins. Un résumé d'une vie au dos de l'ouvrage permet aux visiteurs de sélectionner des ouvrages vivants et de converser avec eux. The Human Library veut briser le tabou qui entoure les maladies mentales et veut présenter les soins en santé mentale sous un jour plus favorable. Cette initiative exige la collaboration de plusieurs acteurs des soins en santé mentale de la région et des bibliothèques locales.

Celles-ci mettent leur infrastructure à disposition et se chargent de la publicité (notamment dans le bulletin communal).

La VVGG (Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid) s'occupe du concept et de l'assistance pratique. Le budget alloué à cette initiative se limite à l'impression de dépliants et d'affiches et à l'achat de petits cadeaux à l'attention des "ouvrages vivants". Cette initiative peut être facilement transférée dans d'autres bibliothèques moyennant un nombre suffisant d'« experts d'expérience ».

**RESEAU: Zuid-West-Vlaanderen**  
**PERSONNE DE CONTACT: Soetkin Kesteloot**  
**TELEPHONE: 0474 81 29 01**  
**MAIL: info@psy107zwvl.be**

## **Praatkaffee In Balans**

NI

Le « Praatkaffee In Balans » (café rencontre) est une organisation du réseau de soins en santé mentale de la partie méridionale de Flandre occidentale. Des soirées sont organisées à l'attention des proches de personnes présentant des troubles de la personnalité, afin de leur permettre de rencontrer d'autres personnes au vécu similaire. Un orateur est invité et commente un aspect spécifique de la problématique. Il s'ensuit une discussion informelle entre les proches présents. L'initiative est organisée et financée par les partenaires des soins en santé mentale du réseau. Un budget de 250 euros est prévu par soirée, et chaque rencontre nécessite une équipe de 5 à 6 professionnels.

Le Praatkaffee se réunit quatre fois par an, sur terrain neutre, à Courtrai. Cette initiative peut être transférée à d'autres régions.

Les Praatkaffees peuvent également s'adresser aux proches de personnes présentant d'autres problématiques. La coordination devrait être organisée au niveau régional.

**RESEAU: Noord-West-Vlaanderen**  
**PERSONNE DE CONTACT: Geert Gardin**  
**TELEPHONE: 050 30 18 07**  
**MAIL: Geert.Gardin@olv.gzbi.be**  
**SITE WEB: www.praatkaffee-destem.be**

## **Praatkaffee De Stem**

NI

« De Stem » est un lieu d'échanges sur le thème de la psychose.

L'initiative a démarré ses activités fin septembre 2010.

Elle est organisée par pas moins de 17 partenaires de soins à l'attention des proches et des personnes concernées de près par la problématique.

Ce projet était, à l'époque, assez unique et novateur.

Il s'agit d'une combinaison entre partage d'informations de fond et de rencontres entre pairs ayant un vécu similaire.

Les informations de fond portent sur des thématiques et des méthodologies très diverses (voir [www.praatkaffee-destem.be](http://www.praatkaffee-destem.be) pour le programme des précédentes rencontres : imagerie, poésie, art, film, témoignages, débats, etc, ...).

En ce qui concerne, les contacts entre pairs, ce sont principalement la reconnaissance et le soutien qui sont au menu des échanges.

Le Praatkaffee De Stem est piloté par un comité composé de prestataires de soins, détachés par leur organisation, et des proches.

**RESEAU : Tournai**  
**PERSONNE DE CONTACT: France Dujardin**  
**TELEPHONE : 0470 22 35 55**  
**MAIL : beaubart@reseauho.be**

## Le B'Eau B'Art

Fr

Le B'Eau B'Art, bistrot thérapeutique, est co-géré par des usagers de la santé mentale et des professionnels. Il s'appuie sur l'expérience de vie des usagers qui le fréquentent, sur leur inventivité.

Il s'adresse à des personnes fragiles au niveau de la santé mentale, désirant créer des liens, s'occuper ou simplement passer un moment tranquille dans une ambiance conviviale. Il permet de retrouver un objectif social.

Le Club est situé au cœur de la Ville de Tournai. Il est ouvert du lundi au vendredi ainsi qu'une soirée et un samedi par mois.

Il fonctionne grâce au partenariat entre plusieurs institutions qui y dédient du personnel, une subvention facultative de la Région Wallonne et les bénéfices des ventes. La pratique est facilement transférable même si elle est chaque fois différente. Le plus complexe est de trouver des partenaires prêts à investir (locaux, personnel, mobilier, ...).

**RESEAU: SaRA - Antwerpen**  
**PERSONNE DE CONTACT: Karolien Weemaes**  
**TELEPHONE: 0476 67 11 53**  
**MAIL: karolien.weemaes@oggpa.be**  
**SITE WEB: <http://sara.oggpa.be>**

## Ervaringsdeskundigheid in mobiele teams

NI

Depuis 2013, les équipes mobiles De Link et De Vliering emploient deux experts d'expérience rémunérés par SaRA (au départ, 0,50 ETP dans chaque équipe, et depuis 2015, 0,75 ETP pour l'équipe De Link)

Ils sont la garantie de soins égaux pour tous et, en tant que modèles, insufflent espoir et courage aux usagers en état de fragilité mentale sur la voie de leur guérison personnelle. La condition pour remplir cette fonction et pour donner corps à cette nouvelle discipline est d'intégrer un important programme d'apprentissage, mis en place grâce au soutien de divers secteurs (soins en santé mentale, enseignement, etc,...), et aux collaborations entre les différentes fonctions. Le concept des experts d'expérience rémunérés dans les équipes mobiles a été développé de manière à pouvoir être adopté par d'autres organisations.

La fonction est financée, d'une part, par un budget alloué aux moyens de fonctionnement de SaRA par les autorités compétentes et, d'autre part, en partie, sur fonds propres pour l'équipe mobile De Link.

**RESEAU: Halle Vilvoorde**  
**PERSONNE DE CONTACT: Toon Derison**  
**TELEPHONE: 0497 43 75 81**  
**MAIL: [toon.derison@ahasverus.be](mailto:toon.derison@ahasverus.be)**  
**SITE WEB: [www.herstelacademie.be](http://www.herstelacademie.be)**

## **Herstelacademie**

NI

L'Académie du Rétablissement (« Herstelacademie ») propose des cours ouverts sur divers thèmes en lien avec la stabilisation psychique. Au sein de cette académie, des professionnels et personnes familiarisées aux problématiques collaborent, sur un pied d'égalité. Les cours sont préparés ensemble (co-production), sont dispensés ensemble (« co-delivery »), et l'accent est mis sur l'apprentissage conjoint (« co-learning »).

La mise en place et le fonctionnement d'une telle académie sont considérés, à l'étranger, comme des étapes importantes dans l'organisation des soins en santé mentale axés sur le rétablissement (Implementing Recovery through Organisational Change 2013). Éducation, participation et empowerment sont des principes majeurs proposés dans le programme de cours. L'initiative vient compléter ce qui existe déjà en matière de traitement, d'éducation, de formation et de traitement de soutien. Il convient de mener des études sur les facteurs de réussite et d'élaborer un cadre structurel pour l'implémentation d'une académie de ce type dans un réseau de soins en santé mentale.

**RESEAU: Leuven**  
**PERSONNE DE CONTACT: Laure Verbruggen**  
**TELEPHONE: 016 27 03 10**  
**MAIL: [laure.verbruggen@vlabo.be](mailto:laure.verbruggen@vlabo.be)**  
**SITE WEB: <http://www.vlabo.be/?action=onderdeel&onderdeel=447>**

NI

## **In tandem door het land van herstel**

### **DENK: door ervaring naar kennis**

Des experts d'expérience et des prestataires de soins recherchent, de manière interactive, la signification du terme rétablissement. Il s'agit d'un workshop conçu et développé par le groupe de réflexion DENK (composé d'(ex-)usagers), dans le but d'aider les prestataires de soins en Flandre à travailler davantage de manière orientée sur le rétablissement. Partant de leurs propres expériences et histoires, les membres de ce groupe s'efforcent d'optimiser les soins axés sur le rétablissement. La force de ce projet réside dans le fait que les rôles sont inversés : ce sont des ex-usagers qui dispensent des cours à des prestataires de soins. Ce n'est plus le professionnel qui explique à son patient ce qu'il doit faire. Le résultat est un bel échange, qui renforce le sentiment de collaborer, bâtir ensemble des soins visant à soutenir le rétablissement des usagers. Tout réseau doté d'un groupe organisé d'experts d'expérience peut développer un tel projet.



**RESEAU: Het Pakt**  
**PERSONNE DE CONTACT: Van Den Steen Jochen**  
**TELEPHONE: 0490 44 59 10**  
**MAIL: jochen.vandensteen@pakt.be**



## **Cliëntenbureau**

Le « cliëntenbureau » est une initiative du réseau « Het PAKT », en collaboration avec la province de Flandre orientale et le groupe de travail «Partage d'expérience et Déstigmatisation». Ce bureau emploie deux référents de suivi (1 prestataire de soins et 1 expert d'expérience) ainsi que six volontaires.

Le projet compte trois sources de financement : des rentrées propres, une subvention du réseau et une subvention de la province.

La collaboration avec « Aanloophuis Poco Loco » et le groupe de travail « Echange d'expérience et De stigmatisation » donnent lieu à une belle interaction.

Les usagers peuvent passer via les différents sous-projets.

Les différents partenaires créent un environnement qui permet au « cliëntenbureau » de se développer de façon concrète et bottom-up.

La méthode suivie dans le cadre de la présente initiative peut être transférée dans d'autres régions et pourrait être d'un grand soutien pour les experts d'expérience locaux.



## **5. L'insertion socio-professionnelle**

Selon l'OMS, une bonne santé mentale est un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté.

La stigmatisation est « l'un des problèmes les plus importants rencontrés par les personnes présentant des troubles psychiatriques. Elle porte préjudice à l'estime de soi, contribue à la dégradation des relations familiales et empêche les personnes de **se socialiser, d'obtenir un logement et de trouver un emploi**».

La principale composante du handicap lié aux troubles psychiques, et des rechutes fréquentes qui y sont liées, est la situation d'isolement et de perte d'inscription sociale et citoyenne des personnes. Elle va souvent de pair avec l'arrêt d'un soin stabilisé et programmé.

Pourtant, de nombreuses études ont démontré que les personnes peuvent vivre dans la communauté si elles reçoivent le soutien approprié et flexible dont elles ont besoin. Selon certaines de ces études, les retours à l'hospitalisation ont été réduits de 92% grâce à la mise en place d'un suivi communautaire adapté.

En modifiant l'environnement tout en favorisant le développement d'habiletés bien ciblées et le soutien adéquat, il est possible d'améliorer de façon remarquable la réinsertion de ces personnes et le suivi post-hospitalier.

Le plan d'action pour la santé mentale en Europe met en avant des défis, pour les cinq à dix ans à venir, qui seront d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer des politiques et législations qui déboucheront sur des actions permettant d'améliorer le bien-être de l'ensemble de la population, d'éviter les problèmes de santé mentale et de favoriser l'intégration et le fonctionnement des personnes présentant ce type de problèmes.

**La réhabilitation psycho-sociale** est une méthode systématique qui vise à aider des usagers à choisir le milieu où ils veulent vivre, se former ou encore travailler et lui permettre d'avoir un sentiment de réussite. Elle a également pour but d'aménager les aides nécessaires pour y parvenir avec succès et satisfaction.

Enfin, la réhabilitation psycho-sociale s'inscrit dans l'offre de soins.

Il s'agira donc de permettre à l'utilisateur de lui enseigner comment développer les habiletés nécessaires pour évoluer dans le milieu que lui-même a choisi et comment obtenir le soutien dont il aura besoin pour atteindre ses objectifs.

L'enjeu est d'intégrer les usagers dans toutes les sphères de la communauté et de leur permettre d'y participer. Le but poursuivi est d'apporter une aide nécessaire pour mieux fonctionner dans ces environnements et pour restaurer ou se construire une identité positive dans les rôles sociaux qu'il s'est choisis.

Si le but de la réhabilitation psycho-sociale est d'augmenter les réussites des usagers de façon à ce qu'ils puissent fonctionner dans le milieu de leur choix, avec le moins d'intervention professionnelle possible, il faut considérer que c'est un processus qui commence et se termine avec les usagers et qui attache une importance prioritaire à la participation et aux choix des personnes.

Par ailleurs, il s'agira de compenser ou d'éliminer des déficits fonctionnels et de surmonter les barrières interpersonnelles et environnementales associées à la présence d'un handicap. Enfin, la finalité est de restaurer les capacités des usagers à vivre de façon autonome en repoussant les désavantages sociaux tels que l'exclusion, le « chômage ».

**RESEAU: Noord-West-Vlaanderen**  
**PERSONNE DE CONTACT: Joost Vanhaecke**  
**TELEPHONE: 050 44 61 80**  
**MAIL: [Joost.vanhaecke@ib.gzjb.be](mailto:Joost.vanhaecke@ib.gzjb.be)**  
**SITE WEB : [www.inghelburch.be](http://www.inghelburch.be)**

NI

## Arbeidscoaching

Le projet « Arbeidscoaching GGZ Noord-West-Vlaanderen » a contribué au développement des soins en santé mentale orientés vers l'emploi. Le travail, sous quelque forme que ce soit, constitue un puissant levier d'intégration dans la société. Le travail adapté est la notion clé pour atteindre cet objectif.

Il est essentiel de collaborer de manière intensive avec le secteur et de soutenir tant l'employé que l'employeur, si nécessaire sur le long terme.

Le transfert partiel des soins en santé mentale vers les régions s'avère être un moment propice pour la mise en place de synergies entre les secteurs des soins en santé mentale et de l'emploi. Le jobcoaching dans les soins en santé mentale ne peut être une réussite que si l'on fait le choix de laisser le projet se développer et que l'on garantit un réseau viable composé d'entreprises de travail adapté et de centres de soutien à l'emploi.

**RESEAU: Halle Vilvoorde**  
**PERSONNE DE CONTACT: Toon Derison**  
**TELEPHONE: 0497 43 75 81**  
**MAIL: [toon.derison@ahasverus.be](mailto:toon.derison@ahasverus.be)**  
**[jo.uytterhoeven@gtb-vlaanderen.be](mailto:jo.uytterhoeven@gtb-vlaanderen.be)**  
**SITE WEB: [www.werkschriften.be](http://www.werkschriften.be)**

**Werk Werkt!**

NI

WerkWerkt! est une méthode qui rencontre les besoins de personnes qui sont à la recherche d'un emploi rémunéré ou d'une formation.

De nombreuses personnes présentant des troubles psychiques, qui n'ont pas d'emploi ou qui n'ont pas suivi de formation, souhaitent travailler ou étudier.

La méthode compte deux nouveautés : les principes du « Supported Employment » et un nouveau mode de collaboration intersectorielle (Knaeps, 2013).

Afin de faciliter le tremplin entre l'emploi et les soins en santé mentale (le deuxième pilier du projet), deux fonctions ont vu le jour : le thérapeute du travail (« arbeidstherapeut ») et le spécialiste du travail (« arbeidsspecialist »).

Les deux forment une mini-équipe et constituent le lien crucial avec les prestataires de soins (psychologues, psychiatres, médecins généralistes,...) et le secteur de l'emploi (FOREM, ONEM, ...). Le thérapeute du travail est généralement issu du secteur des soins de santé et se concentre sur la gestion des symptômes, la concertation avec le psychiatre, la différenciation entre vie privée et vie professionnelle,... Le spécialiste du travail cherche des postes vacants, se concerta avec l'employeur, est présent sur le lieu de travail,...

**RESEAU : Fusion Liège**  
**PERSONNE DE CONTACT: Pascale Jacquet**  
**TELEPHONE : 04 227 35 35**  
**MAIL : p.jacquet.pegase@aigs.be**

**Cap**  
**Insertion**



Le module « Cap Insertion » a été étudié pour un public spécifique souffrant de problématiques de santé mentale et désireux de repartir vers le marché du travail. L'objectif du module est de dynamiser les personnes, de les rassembler au même moment autour d'un même objectif : l'insertion professionnelle. Ce module propose une dizaine de thématiques bien ciblées qui ne se contentent pas d'aborder uniquement des notions théoriques autour de l'emploi. Ce module se veut un outil pratique où le passage à l'étape de concrétisation des projets personnels d'insertion est réel. L'utilisateur devient acteur de sa réinsertion ! Outre une dynamique interne qui s'installe dans l'équipe, c'est aussi tout un réseau extérieur qui se développe et s'implique dans cette mission.

**RESEAU: Reling**  
**PERSONNE DE CONTACT: Dirk Michiels**  
**TELEPHONE: 0477 46 31 25**  
**MAIL: dirk.michiels.activering@skynet.be**  
**SITE WEB: www.reling.be**

**Job-Art Reling**



Plusieurs partenaires des soins en santé mentale, en collaboration avec le jobcoach de l'INAMI, mettent des moyens en œuvre pour proposer une offre en matière d'accompagnement de trajet et de carrière spécifique, complémentaire et (dans un premier temps) à l'échelle du réseau. Le groupe ciblé par cette initiative sont des personnes qui, principalement en raison d'une vulnérabilité psychique, éprouvent des difficultés à s'associer aux acteurs de soins classiques existants. L'équipe de 3,4 ETP développe une approche basée sur la méthode IPS qui vient en aide aussi bien aux usagers qu'aux employeurs. Étant donné la complémentarité de l'offre, on recherche et facilite la collaboration avec le FOREM et le GTB (service flamand spécialisé dans l'accompagnement de personnes handicapées vers l'emploi), notamment en organisant des concertations (de réseau) et réunions au sein des maisons de l'emploi. La mission fondamentale consiste à orienter l'utilisateur vers un emploi rémunéré. Dans le cadre de cette mission, l'équipe fait office de « case manager spécialisé en emploi dans les soins en santé mentale » et, vu sa spécificité, remplit une fonction de « passerelle » entre les secteurs des soins en santé mentale et de l'emploi, en concertation avec les case managers de soins issus des services. Nous savons par expérience qu'un grand nombre de structures (de soins) investissent du temps et de l'énergie dans des formes de réhabilitation au travail, mais de façon plutôt isolée. L'union de ces expériences et moyens, optimisent ainsi l'offre, le rendement et l'accessibilité pour les usagers et apportent une plus-value en laquelle nous croyons.

**RESEAU: SaRA - Antwerpen**  
**PERSONNE DE CONTACT: Karolien Weemaes**  
**TELEPHONE: 0476 67 11 53**  
**MAIL: [karolien.weemaes@oggpa.be](mailto:karolien.weemaes@oggpa.be)**  
**SITE WEB: <http://sara.oggpa.be>**



### ZoWeZo-Team

Le modèle de collaboration entre le VDAB/GTB (Forem et le service flamand spécialisé dans l'accompagnement de personnes handicapées vers l'emploi), et SaRA, l'intégration du jobcoach dans ce modèle et la création de l'équipe ZoWeZo constituent une collaboration intersectorielle méthodique qui favorise l'intégration professionnelle de personnes présentant des problèmes psychiatriques. Le modèle de collaboration et le mode de fonctionnement de l'équipe ZoWeZo encouragent les partenaires de réseau concernés à renforcer et améliorer la coordination et la collaboration, dans l'optique de parcours plus adaptés pour l'utilisateur. La collaboration permet aussi d'optimiser la fonction du jobcoach (1ETP financé par l'INAMI). La collaboration intersectorielle méthodique peut s'organiser dans d'autres régions (p. ex. en Campine, où le réseau des soins en santé mentale propose une variante du modèle de collaboration entre SaRA et le VDAB/GTB et où le développement d'une équipe ZoWeZo est en cours), et moyennant quelques adaptations, elle peut également s'étendre à d'autres groupes cibles (p. ex. le guide a été appliqué sur base des expériences rapportées par le GTB avec le groupe cible des patients cardiaques).

**RESEAU: SaRA - Antwerpen**  
**PERSONNE DE CONTACT: Karolien Weemaes**  
**TELEPHONE: 0476 67 11 53**  
**MAIL: [karolien.weemaes@oggpa.be](mailto:karolien.weemaes@oggpa.be)**  
**SITE WEB: <http://sara.oggpa.be>**



### Op de brug

Deux collaborateurs (respectivement 100% et 80% ETP) sont employés pour faire le lien entre les soins en santé mentale et l'environnement de l'utilisateur, d'une part en tant qu'accompagnateurs de parcours de loisirs, et d'autre part en tant qu'animateurs de quartier dans des réseaux de proximité locaux classiques.

Ce projet permet d'analyser, sous l'angle d'un fonctionnement non catégoriel et non problématique (fonctionnement intégré de base), comment des personnes vulnérables sur le plan mental peuvent s'intégrer dans la société et comment les aider à participer à l'offre de loisirs.

Cette pratique prouve, tous les jours, sa plus-value et repose sur une méthode simple, facilement applicable dans tout fonctionnement de base intégré et accessible. Elle est le fruit d'une collaboration étroite entre une organisation d'un réseau de soins en santé mentale et d'autres partenaires de proximité (par ex. du secteur de l'aide sociale).

Cette pratique nécessite un budget pour le recrutement de personnel et l'étroite implication d'une organisation des soins en santé mentale en tant que « port d'attache ». Un budget annuel doit également être prévu pour les frais de fonctionnement et les activités.

**RESEAU: Zuid-West-Vlaanderen**  
**PERSONNE DE CONTACT: Soetkin Kesteloot**  
**TELEPHONE: 0474 81 29 01**  
**MAIL: info@psy107zwvl.be**

NI



## **Optimaliseren samenwerking met actoren tewerkstelling**

Le « Netwerk GGZ Zuid-West-Vlaanderen » mise beaucoup sur la collaboration avec des intervenants du secteur de l'emploi (notamment de l'économie sociale).

Outre l'existence d'un lien historique fort qui les unit, les deux secteurs ont également intensifié leur collaboration dans le cadre de l'art. 107.

Cela a débouché sur l'organisation de trois journées d'étude axées sur la collaboration entre les secteurs, tout en permettant aux services existants de mieux se connaître. Ces journées d'étude ont apporté une réponse à des questions et des besoins concrets présents au sein des deux secteurs.

Les aspects pratiques et le contenu de ces rencontres ont été le résultat d'une collaboration entre les deux secteurs.

Ces journées ont toujours été bénéfiques à tous les acteurs.

Le nombre important d'inscriptions et l'intensification des contacts résultant de ces journées d'étude permettent de conclure que celles-ci ont bel et bien renforcé la collaboration entre les deux secteurs au profit des personnes présentant une problématique psychique en recherche d'emploi.



# Les équipes mobiles



### **Equipes mobiles: équipes de traitement à domicile .**

Dans le cadre des soins en santé mentale, la majeure partie du budget est toujours allouée aux (grandes) structures résidentielles, sans responsabilité claire vis-à-vis de la population d'une région donnée. L'offre de soins peut ne pas être en adéquation avec les besoins. En réponse à cette situation, l'OMS plaide en faveur d'une "combinaison optimale de structures de soins en santé mentale".

La recherche scientifique préconise un équilibre entre les soins résidentiels et les soins organisés dans la communauté (Balanced care model; Thornicroft et Tansella, 2009). Un large consensus existe sur la nécessité d'opérer, dans les soins en santé mentale, un glissement depuis un modèle basé sur les grandes institutions psychiatriques classiques vers un système de soins moderne et global, dont le centre de gravité se situe dans la communauté, avec une intervention qui puisse être assurée par des services hospitaliers psychiatriques aigus.

La littérature distingue quatre types **d'équipes mobiles**:

- Les équipes de crise, en tant qu'alternative à une hospitalisation psychiatrique aiguë;
- Les "community mental health teams" destinées à la majorité des usagers présentant des problématiques psychiatriques graves et qui offrent une aide de longue durée, en tant qu'alternative à un long séjour hospitalier;
- Les équipes d'assertive outreach", qui offrent une aide plus intensive au sein de la communauté en faveur d'un groupe difficile à atteindre de personnes présentant des problèmes psychiatriques graves de longue durée, souvent combinés à des problèmes d'assuétude;
- Et enfin, depuis quelque temps, des équipes mobiles pour personnes atteintes de psychose précoce (McGorry e.a. 1996). Ces dernières sortent du sujet du présent article.

Burns (2010) souligne que les "équipes mobiles n'améliorent pas le résultat et ne contribuent pas à éviter l'hospitalisation » : les équipes mobiles constituent un moyen de proposer des interventions efficaces "evidence based". C'est pourquoi il pense qu'il faut accorder une attention plus importante aux interventions fournies par ces équipes et surtout à la manière dont l'action de ces équipes permet d'offrir des interventions efficaces qui, dans d'autres circonstances, ne seraient pas proposées. Par ailleurs, il reconnaît qu'une approche centrée sur la personne et axée sur le rétablissement doit apporter le complément d'expertise professionnelle nécessaire.

Dans le "Guide vers de meilleurs soins en santé mentale", une distinction est établie entre les équipes ambulatoires de traitement intensif/les équipes mobiles à l'attention des personnes présentant des problématiques aiguës de santé mentale et les équipes qui s'adressent à des personnes souffrant de troubles psychiatriques complexes, graves et de longue durée (un terme à préférer à celui de "chronique").

Bien que ces deux types d'équipes soient issus d'initiatives "communautaires" avant-gardistes (par exemple le "Training in community Living model" de Madison, Wisconsin (Stein & Test, 1980; Pieters, 1992), ils diffèrent tant en termes de public cible (toute personne entrant en ligne de compte pour une hospitalisation psychiatrique aiguë versus un sous-groupe cible sélectionné d'individus présentant des besoins de soins complexes de longue durée) qu'en termes de temporalité des interventions (traitement aigu de courte durée, de quelques jours à quelques semaines versus soins de longue durée). Nous allons utiliser ci-après la distinction établie par le Guide pour décrire les différentes approches qui en relèvent. Il sera, néanmoins, important d'adapter les éléments opérationnels de la recherche scientifique internationale à la situation en Belgique.



## **6. Les équipes mobiles**

**2a**

## **Équipes mobiles de crise à l'attention des personnes présentant des problématiques psychiques aiguës**

Les équipes de crise se sont largement développées au Royaume-Uni dès la fin des années '90. Elles sont réputées pour être des "Crisis resolution and home treatment teams" (Johnson e.a. 2008).

L'objectif primaire des équipes de crise consiste à prévenir ou à écourter les admissions psychiatriques. C'est la raison pour laquelle ces équipes fonctionnent dans de nombreux pays comme une sorte de "garant" du système psychiatrique résidentiel : aucune hospitalisation n'est possible sans une évaluation préalable de l'équipe de crise.

En outre, l'équipe de crise tente de cibler, au sein de l'hôpital, les usagers qui peuvent faire l'objet d'un retour au domicile. L'objectif concret du suivi consiste à démarrer ou à recommencer un traitement ambulatoire à court terme, ou encore à proposer d'autres formes de traitement (quotidiennes ou partielles).

Les usagers en situation de crise sont généralement orientés vers l'équipe de crise par les médecins généralistes (ou d'autres acteurs de la première ligne) ou, encore, par les collaborateurs d'autres équipes mobiles. Une grande partie des usagers réorientés sont nouveaux dans le secteur des soins en santé mentale.

L'équipe de crise procèdera à un premier diagnostic et définira, ensuite, - si nécessaire - un parcours de soins (ambulatoire).

Dans le cas des usagers en situation de crise qui bénéficient déjà d'un suivi chez un thérapeute, l'objectif est d'assurer la continuité des soins. L'équipe de crise ne propose alors aucun traitement isolé, mais permet aux thérapeutes - par le biais de la collaboration et de la concertation - de poursuivre le traitement en cas de crise ou de troubles. L'équipe multidisciplinaire de crise, composée de plusieurs infirmiers (psychiatriques), d'un psychiatre, d'un ou de plusieurs travailleurs sociaux, et d'autres fonctions (psychologues, ergothérapeutes, ...) propose, alors, des soins psychiatriques intensifs à domicile de courte durée (accompagnés d'un diagnostic et d'un traitement). Les interventions consistent en une assistance pratique, une médication et une thérapie familiale.

L'accompagnement d'une équipe de crise dure généralement six semaines maximum. Van Veldhuizen (2004) décrit différentes phases :

- La phase de démarrage : l'équipe de crise démarre sans période d'attente. L'équipe fixe les objectifs et les moyens thérapeutiques, organise les soins et la sécurité et définit les rôles de chacun dans le cadre d'une concertation de soins avec le référent, l'utilisateur et les proches. Les actions sont consignées au sein d'un plan de traitement.

- La phase aiguë de soins à domicile : les premières semaines sont les plus intensives en termes de suivi. Les visites au domicile des usagers peuvent avoir lieu tous les jours voire même plus. En fonction de l'intensité des soins, différents membres de l'équipe interviennent au domicile de l'usager. Dans la plupart des cas, un seul membre de l'équipe jouera le rôle de coordination et maintiendra, autant que possible, le contact avec l'usager et ses proches, avec le thérapeute et le médecin généraliste. Dans ce cadre, la communication au sein de l'équipe de crise s'avère cruciale. Au cours de cette phase, les membres de l'équipe jouent un rôle actif de soutien et d'assistance en cas de problème concret (p. ex. dans les tâches domestiques). Il peut être souhaitable, au cours de cette phase, que d'autres types de prestataires se rendent également au domicile de l'usager (le psychiatre, le travailleur social, le psychologue ou le psychothérapeute systémique).
- La phase de stabilisation de soins à domicile : la fréquence des visites à domicile diminue lorsque la situation est plus stable. Le plan de soins définitif est élaboré en concertation avec l'usager, ses proches et le thérapeute.
- La phase d'arrêt progressif : l'équipe travaille activement à la clôture de son intervention et à la mise en place d'autres ressources nécessaires, la réorientation de l'usager est une possibilité.
- La clôture et le rapport : la continuité du traitement est assurée en externe et un rapport final rédigé en concertation avec l'usager est envoyé au thérapeute et au médecin généraliste.

L'équipe de crise soutient l'usager (ainsi que ses proches) à participer activement au traitement, afin de pouvoir tirer parti de la crise et, dès lors, à engendrer un changement de comportement et de nouvelles perspectives.

Si l'usager bénéficie d'un thérapeute en ambulatoire, ce dernier reste responsable du traitement.

En l'absence de thérapeute ambulatoire, le psychiatre de l'équipe de crise assumera cette tâche, dans un premier temps. L'équipe activera la recherche d'un thérapeute ambulatoire afin de permettre une transition "en douceur", tout en restant impliquée.

L'équipe de crise travaille de manière flexible. C'est la raison pour laquelle chaque usager bénéficie d'un plan de traitement, auquel il a accès, il définit clairement les tâches et les responsabilités de chacun.

La permanence téléphonique 24/7 et les accords "Bed op Recept" en font également partie, (Bed Op Recept ou BOR, terme qui peut être littéralement traduit par « lit sur prescription », il signifie qu'en cas de crise un lit est rapidement mobilisable pour un court séjour).

L'évaluation des risques, l'adhésion au traitement, la contrainte et la pression, et certains aspects transculturels sont d'autres facteurs importants dans le fonctionnement des équipes de crise.

**RESEAU : Réseau Santé Namur**  
**PERSONNE DE CONTACT: Julie Régimont**  
**TELEPHONE : 081 40 88 90**  
**MAIL : julie.regimont@pleiade.eu**

Fr

## Pléiade 2a

L'équipe du travail de la crise propose un suivi adapté au moment de celle-ci, qu'elle soit rencontrée par la personne et/ou par son entourage.

L'équipe travaille en étroite collaboration avec le bénéficiaire et des membres du réseau, qu'ils soient non professionnels tels que l'entourage familial ou professionnel. Ce réseau peut être actif, à créer ou encore à remobiliser au moment de la demande. Par conséquent, les acteurs impliqués dans le travail peuvent provenir tant du secteur de la santé mentale que des services de première ligne. Ceux-ci peuvent être des envoyeurs/demandeurs, mais également des relais pour la prise en charge des personnes par la suite.

Toute réflexion sur la demande et la prise en charge est étudiée en équipe pluridisciplinaire, l'équipe individualise chaque prise en charge et intervient pendant un délai de +/- 1 mois. L'équipe travaille en binôme et utilise divers moyens pour réaliser sa mission, tels que la mobilité, l'intensivité, la temporalité, l'adaptabilité des soignants, la notion de tuitage, l'hospitalisation à domicile, etc.

En terme de transférabilité de la pratique, il nous semble intéressant de souligner l'importance de l'implication du réseau et de sa collaboration dans l'accueil de nos modalités de travail.

**RESEAU: Leuven - Tervuren**  
**PERSONNE DE CONTACT: Jeroen Decoster**  
**TELEPHONE: 016 34 08 76**  
**MAIL: jeroen.decoster@uzleuven.be**

NI

## Mobiel Crisis Team

L'équipe mobile de crise (MCT) de Louvain, est composée d'une équipe pluridisciplinaire d'infirmiers psychiatriques, de travailleurs sociaux, de psychologues et de psychiatres, son but est d'offrir une alternative à part entière à une admission (forcée) pour les usagers en situation de crise, en proposant une offre combinant des soins polycliniques et d'outreaching.

La MCT a pour effet de donner une forme concrète à la fonction 2a dans la région de l'arrondissement Louvain et de Tervuren », elle est financée par le gel de lits psychiatriques agréés dans les structures Art. 107.

Elle complète l'offre de soins psychiatriques de crise et, pour ce faire, collabore étroitement avec le service psychiatrique des services d'urgences et des unités d'hospitalisation de crise de la région.

La MCT Leuven a transposé avec succès des modèles étrangers dans le contexte belge.

**RESEAU: Noord-West-Vlaanderen**  
**PERSONNE DE CONTACT: Kim Vanderhaeghen**  
**TELEPHONE: 050 47 01 50**  
**MAIL: 2a.kernteam@RESEAUggzregionw-vl.be**  
**SITE WEB: www.RESEAUggzregiow-vl.be**

**Het Mobiel  
Crisis Team**

NI

La « Mobiel Crisisteam Noord-West-Vlaanderen » a démarré le 12 mars 2012 en tant que projet pilote de l'article 107. Son action s'inscrit dans le cadre de la fonction 2 de l'article 107, avec comme promoteurs l'hôpital psychiatrique OLV Brugge et le centre psychiatrique Sint-Amandus Beernem. L'équipe est née de la collaboration entre cinq partenaires (3 hôpitaux psychiatriques et 2 hôpitaux généraux).

La MCT offre la possibilité d'accompagner et de traiter à domicile des (jeunes) adultes présentant une problématique psychiatrique aiguë. Elle travaille en étroite collaboration avec un vaste réseau de partenaires et a pour principal objectif de prévenir/écourter une prise en charge résidentielle ou d'éviter les rechutes. L'équipe est multidisciplinaire et compte deux psychiatres, un responsable d'équipe, un psychologue clinicien, trois travailleurs sociaux et huit infirmiers psychiatriques. Les situations peuvent être orientées par le médecin généraliste, le psychiatre traitant, les services d'urgence ou la PET (équipe d'expertise psychiatrique) et sont traités dans les 24 heures.

**RESEAU : Réseau Santé mentale Hainaut occidental**  
**PERSONNE DE CONTACT: Marie Engelbienne**  
**TELEPHONE : 069 53 27 85**  
**MAIL : marie.engelbienne@marronniers.be**  
**SITE WEB: en cours de réalisation**

Fr

### **Processus d'accompagnement des usagers par les professionnels des équipes mobiles**

Nous avons imaginé le travail d'accompagnement des usagers par les équipes 2A et 2B comme un processus, une succession de phases : Analyse de la demande → Accompagnement ou réorientation → Clôture de l'accompagnement. Ce processus a été imaginé pour qu'il soit pratique, accessible et uniforme pour les équipes : nous avons utilisé le logiciel «Mindview» pour la forme et appliqué notre formation de gestion des processus pour le fond.

Ce processus permet de structurer les différentes étapes d'un suivi de nos équipes à partir de la demande initiale jusqu'à l'établissement des relais avec le réseau.

Il permet de clarifier le déroulement d'un suivi par les équipes mobiles en mettant en lien le sens clinique d'un accompagnement, le parcours de soins, le dossier de soins et l'encodage des données pour rendre compte de notre activité.



# **7. Les équipes mobiles**

## **2b**

### **Équipes mobiles de crise à l'attention des personnes présentant des problématiques psychiques chroniques**

Pour proposer une offre de soins à domicile accessible aux personnes présentant des besoins complexes dans le domaine de la santé mentale, les soins ambulatoires ne suffisent pas. Afin d'éviter les hospitalisations et surtout les réadmissions fréquentes, et de diminuer la durée d'hospitalisation, une offre de soins sous la forme d'un suivi au domicile s'avère être un élément indispensable (Burns e.a., 2007). Dans ce cadre, les équipes mobiles d'outreaching constituent la base de soins centrés sur la communauté et leur mise en place introduit une nouvelle forme de soins en santé mentale.

Dans leur forme basique la plus simple, il s'agit d'équipes pluridisciplinaires généralistes qui dispensent des soins à domicile au sein d'une "catchment area" délimitée géographiquement et qui s'adressent prioritairement aux usagers présentant des pathologies psychiatriques graves (PPG). Il ressort d'un grand nombre d'études et d'analyses systémiques que ces équipes mobiles offrent des avantages manifestes en comparaison avec les soins hospitaliers (Thornicroft & Tansella, 2009).

L'accessibilité aux soins en santé mentale pour ces usagers PPG est plus adaptée dans des structures communautaires que dans les hôpitaux psychiatriques traditionnels. L'action de ces équipes est associée à une plus grande satisfaction des usagers et répond mieux à leurs besoins. Ces équipes permettent une meilleure continuité des soins et une flexibilité accrue de la prestation de services.

Elles aident à identifier et à traiter plus tôt les rechutes. Les équipes mobiles enregistrent des résultats aussi bons, et parfois meilleurs, sur le plan de l'adhésion au traitement et de la qualité de vie.

Les études suggèrent également que les soins communautaires pour des psychoses aiguës sont en général plus efficaces en termes de coût que les soins hospitaliers. Lorsque des alternatives communautaires de qualité sont développées, les usagers qui quittent l'hôpital pour vivre dans la communauté présentent moins de symptômes négatifs, une meilleure vie sociale et une satisfaction accrue.

Les équipes mobiles n'ont, cependant, pas de meilleurs résultats concernant la réduction des symptômes ou l'amélioration du fonctionnement social.

Au sein de ces équipes communautaires, le "case management" est généralement utilisé comme un moyen d'offrir de façon coordonnée et intégrée des soins et un traitement. Des plans de soins individuels détaillés, élaborés en concertation avec les usagers et associés à des signaux d'avertissement de rechute et à des plans de crise, assurent un soutien de longue durée aux patients PPG en collaboration avec des prestataires de soins de la première ligne et des spécialistes des soins en santé mentale.

L'Assertive Community Treatment (ACT) est une forme de case management clinique intensif mené, à domicile, par des équipes pluridisciplinaires au bénéfice des usagers PPG. Le modèle s'est développé au départ du "Training in community living model" de Wisconsin, USA (Pieters 1992) et a fait l'objet, dès le début, d'études scientifiques intensives. Le public cible était celui des usagers "à retours répétés" qui, sans cet accompagnement intensif, étaient constamment sujets à des réadmissions psychiatriques.



Plusieurs éléments caractéristiques distinguent l'ACT du case management classique et sont des facteurs déterminants pour la fidélité au modèle de l'approche ACT:

- Un case-load de 10 usagers par ETP;
- Une accessibilité en dehors des heures de bureau (de 8 à 22h) et pendant les week-ends;
- Un accompagnement principalement au domicile et au sein de la communauté plutôt que dans un bureau;
- Une approche assertive en outreaching avec un soutien fonctionnel;
- Pas de "drop-out", mais un engagement à poursuivre les soins en continu;
- Une concertation d'équipe et une planification des plans de soins au quotidien plutôt que lors de réunions d'équipes hebdomadaires;
- Une exploitation maximale des compétences de l'équipe (psychiatre, ergothérapeute, connaissance des assuétudes et expertise fondée sur l'expérience).

Les équipes ACT restent associées en cas d'admission (inreach) à l'hôpital.

Elles interviennent dans une approche en équipe, où tous les membres de l'équipe travaillent avec tous les usagers. Ceci suppose une communication rapide, journalière et n'exclut pas qu'un membre de l'équipe coordonne les soins et soit la personne de contact pour l'utilisateur, son entourage et les autres prestataires.

Ces équipes proposent, également, un soutien important aux proches.

Leurs interventions sont evidence-based. Un suivi régulier de la médication, la thérapie comportementale cognitive, la psychoéducation et les interventions familiales sont des interventions standards, à côté d'interventions spécialisées comme l'Individual Placement and Support (IPS) dont l'objectif est la recherche et le maintien de l'emploi. Une connaissance spécialisée des problèmes d'assuétudes est indispensable au sein du groupe cible des équipes ACT. Par ailleurs, une vision axée sur le rétablissement est essentielle, et le recours à des experts d'expérience est considéré comme un facteur de succès. Il s'agit, également, d'éviter le recours à la contrainte et à la pression.

Aux Pays-Bas, une forme hybride d'ACT et d'équipe communautaire classique s'est développée sous la dénomination de "fonction ACT" (FACT), récemment rebaptisée "Flexible ACT" (Van Veldhuizen, 2007).

Les équipes de ce type combinent l'approche de case management individuel des équipes communautaires avec celle plus intensive des équipes ACT pour les usagers en situation de crise et réunissent les caractéristiques des deux approches, avec un passage harmonieux de l'une à l'autre. Cette approche évite la discontinuité des soins pour le groupe cible des usagers difficiles à atteindre qui se sentent mieux après un épisode d'approche ACT, mais qui en cas d'approche moins intensive par une autre équipe revivent souvent une situation de crise. Cette approche pourrait aussi offrir des avantages en zones plus rurales, où le groupe cible d'une équipe ACT est trop dispersé au sein d'une région plus vaste.

**RESEAU : Réseau Santé Namur**  
**PERSONNE DE CONTACT: Julie Régimont**  
**TELEPHONE : 081 40 88 90**  
**MAIL : julie.regimont@pleiade.eu**

Fr

## Pléiade 2b

L'équipe de suivi continu s'adresse à des personnes présentant une problématique psychiatrique complexe et chronique. La prise en charge permet l'accompagnement et le soutien de la personne dans ses choix de vie personnelle tout en travaillant sur l'amélioration de la qualité de vie et l'intégration sociale, ainsi que le soutien de l'autonomie et du maintien dans le lieu de vie qu'il s'est choisi. Le travail du binôme de référence soutient une continuité et une qualité des soins pour l'usager en ambulatoire en partenariat avec son réseau, qu'il soit non professionnel tel que l'entourage familial ou professionnel ; ce réseau peut être actif, à créer ou encore à remobiliser pendant le suivi.

Concrètement, l'équipe va accompagner le processus d'une demande, émergeant soit du bénéficiaire ou d'un acteur de son réseau, à travers un premier contact et un suivi précédé d'un accueil. La durée de la prise en charge étant en lien et en tension avec les objectifs de celle-ci. L'équipe utilise divers moyens pour réaliser sa mission, tels que la mobilité, la temporalité, l'adaptabilité des soignants, la notion de tuilage, etc.

En terme de transférabilité de la pratique, il nous semble intéressant de souligner l'importance de l'implication du réseau et de sa collaboration dans l'accueil de nos modalités de travail.

**RESEAU: SaRA - Antwerpen**  
**PERSONNE DE CONTACT: Karolien Weemaes**  
**TELEPHONE: 0476 67 11 53**  
**MAIL: karolien.weemaes@oggpa.be**  
**SITE WEB: <http://sara.oggpa.be>**

NI

## Crisis plan en Bed Op Recept in mobiel team

Pour chaque usager qui est accompagné par une équipe mobile, un plan de crise est établi, et ce, en accord avec l'usager. Ce plan mentionne ce que l'usager peut faire au moment où il ressent des signes lui indiquant qu'il va moins bien.

Le plan de crise établit, également, un répertoire des proches ou des prestataires de soins auxquels l'usager peut faire appel, ainsi que la structure résidentielle à laquelle il peut s'adresser pour un « Lit sur prescription » (« Bed Op Recept » ou BOR). Le BOR fait l'objet d'un accord passé entre l'usager, l'équipe mobile et une structure résidentielle. La structure résidentielle s'engage à mettre un lit à disposition de l'usager dans le cas où une admission s'avère nécessaire.

On parle d'une admission BOR quand on a recours, de manière effective, au dit accord BOR. Cette admission dure maximum 7 jours et a pour but de prévoir un moment de repos, d'intensifier le traitement ou de garantir la sécurité de l'usager en renforçant la surveillance.

**RESEAU : Fusion Liège**  
**PERSONNE DE CONTACT: Mahmood Mortazi**  
**TELEPHONE : 04 224 72 96**  
**MAIL : mahmood.mortazi@cnda.be**

**Inuk**

Fr

Le gel de 30 lits du Centre Hospitalier Spécialisé, Notre Dame des Anges a permis la mise sur pied d'une équipe mobile composée de 10.5 ETP, auprès de patients à pathologies complexes et chroniques. Les buts poursuivis par cette création d'équipe sont : la rationalisation du soin, la continuité du suivi thérapeutique et l'accompagnement de celui-ci grâce au tuilage, mais également l'amélioration des contacts et relais en amont et en aval de l'hospitalisation afin de soutenir ou consolider le réseau autour du patient. L'équipe mobile vise un accompagnement thérapeutique du patient dans son milieu de vie en utilisant ses ressources psychiques, ses compétences fonctionnelles et sociales, afin d'améliorer sa qualité de vie. A ses débuts, l'équipe mobile était activée essentiellement par la fonction 4, mais à ce jour les sollicitations arrivent de toutes parts. Les partenaires privilégiés de l'équipe mobile sont les intervenants de 1ère ligne (généralistes, maisons médicales, polycliniques, services de santé mentale, psychiatres,...)

Toutefois, des collaborations se créent avec un nombre croissant de partenaires issus ou non du secteur de la santé mentale, de tous horizons, et on constate une articulation toujours plus grande entre les différentes fonctions telles que définies par la Réforme. Idéalement, le financement alloué au fonctionnement de l'équipe mobile doit lui permettre de faire face à ses besoins en matière de déplacement, de communication, de logistique ; le budget doit être établi en tenant compte des grandes distances effectuées, vu le large territoire desservi. De même, les moyens humains doivent être à la mesure des sollicitations d'intervention, sous peine de devoir postposer des prises en charge... Ces trois années de fonctionnement, riches en expériences formatives nous ont bien aguerris au travail en santé mentale dans le milieu de vie ; nous avons encore certes beaucoup à apprendre et nous ne sommes pas au bout de nos découvertes, mais nous nous sentirions prêts à partager notre pratique pour contribuer à la création d'autres équipes...

**RESEAU: Leuven**  
**PERSONNE DE CONTACT: Kaat Ghyselen**  
**TELEPHONE: 0479 75 01 02**  
**MAIL: kaat.ghyselen@dehulster.be**

**Het Mobiel Team**  
**GGz Leuven**

NI

Cette équipe mobile a vu le jour dans le cadre de la fonction 2b dans les bassins de soins de Leuven, Tirlmont, Diest, Aarschot et Tervuren. Les différences entre ces bassins sont importantes. Cinq équipes généralistes, de tailles très différentes, ont été constituées pour offrir des soins spécialisés, centrés sur la demande, à 4100 personnes présentant une problématique psychique grave. À chaque intervention, ces équipes se focalisent sur le rétablissement, la réhabilitation et le réseau de soins, en faisant appel à l'expérience d'(ex-) usagers, à un case-load partagé et à des outils qui favorisent le rétablissement. Elles collaborent, de façon structurelle, avec les nombreux services d'aide sociale et les organisations de première ligne, et considèrent la famille comme un partenaire à part entière du processus de soins. D'autres projets ont été développés à l'attention des usagers qui présentent un trouble de la personnalité et pour ceux qui refusent de se faire soigner.

**RESEAU: SaVHA Halle Vilvoorde**  
**PERSONNE DE CONTACT: Mich Jonckheere**  
**TELEPHONE: 0486 34 93 38**  
**MAIL: mich\_jonckheere@hotmail.com**

**Inschakeling van de familie-ervaringsdeskundige**



L'asbl Similes, une association de proches de personnes mentalement vulnérables, forme les proches d'utilisateurs à la fonction de FED (Expert d'expérience). Le réseau SaVHA emploie progressivement l'expert d'expérience à trois niveaux successifs : d'abord le niveau « macro », il s'agit d'avoir une bonne compréhension du réseau et des différents partenaires, et où l'expert d'expérience représente le point de vue des proches au sein du comité de réseau et des différents comités de concertation des fonctions (« Functie Overleg Comités » ou FOC) ; ensuite, le niveau « méso », qui concerne la participation à des discussions avec des utilisateurs, où l'expert d'expérience apporte le point de vue des proches au sein de l'équipe mobile ; enfin, le niveau « micro » : à ce niveau, l'expert d'expérience se concerta individuellement avec des proches, à la demande des prestataires de soins. Des visites à domicile se limitent à, maximum, 6 rencontres, pour éviter que l'expert d'expérience soit assimilé à un prestataire de soins. Le recours à l'expert d'expérience est une pratique innovante en soi, dans la mesure où il apporte des idées nouvelles aux prestataires de soins et joue un rôle important dans le processus de rétablissement des membres de la famille à qui il peut donner conseils et espoir à partir de sa propre expérience. Il participe, si nécessaire, à la concertation lors des briefings de l'équipe mobile ou avec le responsable de l'équipe. Un deuxième expert d'expérience est, entre-temps, en formation. Cette fonction offre de belles opportunités d'épanouissement, renforce, également, l'expert d'expérience à titre personnel, et permet d'établir une relation de confiance positive avec le personnel de soins ainsi qu'avec l'utilisateur qui partage son vécu ! Elle profite donc à tout le monde.

**RESEAU: Reling**  
**PERSONNE DE CONTACT: Eddy Daems**  
**TELEPHONE: 0475 78 25 29**  
**MAIL: eddy.daems@reling.be**  
**SITE WEB: www.reling.be**

**Afronden van mobiele B-team begeleidingen m.b.v. een 'waakvlam-functie'**



Les équipes mobiles B RELING visent à assurer un accompagnement aussi longtemps que nécessaire, mais pas plus longtemps que nécessaire. Partant de la vision du rétablissement, elles ont pour but d'éviter que des utilisateurs continuent à être suivis, en permanence, par des intervenants des soins en santé mentale spécialisés. Or, il est difficile de clôturer des parcours d'accompagnement de longue durée. En effet, les proches et certains partenaires de soins du réseau n'aiment pas voir l'équipe mobile B mettre fin à l'accompagnement de l'utilisateur. Afin de faciliter les choses, le suivi est mis « en veille ». Dans le système de soutien, une personne est chargée de cette fonction quand l'équipe mobile B met fin au suivi de l'utilisateur. L'équipe mobile B réintègre le processus de soins, sans transition, dès que l'utilisateur ou le réseau formule une nouvelle demande d'avis, de coaching ou de soins, et ce sans admission ou période d'attente. Les utilisateurs et les réseaux de soutien ont, entre-temps, constaté qu'un redémarrage rapide de l'accompagnement par l'équipe mobile B est possible, suscitant une certaine confiance.

## Conclusions

La réorganisation des offres en santé mentale se base sur les besoins des usagers et de leur entourage. C'est une nouvelle approche à la fois au niveau opérationnel et culturel.

L'ensemble des acteurs impliqués s'associe à cette vision, avec intérêt et enthousiasme en créant un nouveau mouvement orienté principalement vers des suivis dans la communauté et centrés sur le rétablissement.

Qu'ils soient du champ de la santé mentale résidentiel, semi-résidentiel ou encore en-dehors du secteur des soins en santé mentale, tous les partenaires se sont investis sans compter pour implémenter des réseaux dynamiques mettant en complémentarité les expériences et les expertises.

Le Manuel des Pratiques Innovantes est un ouvrage qui témoigne d'une volonté de chacun de s'associer dans ce mouvement collectif, incluant à la fois les autorités, les institutions, les services, les professionnels, les usagers et les proches ainsi que la société.

Les auteurs ont capitalisé toute cette créativité, fruit d'un développement de modèles ou d'initiatives nouvelles, d'une confiance et d'une complémentarité entre partenaires convaincus de cette nouvelle orientation des soins en santé mentale tout en prenant en considération l'approche globale et intégrée.

Ce Manuel des pratiques innovantes pose un large éventail d'offres novatrices sous forme de résumés.

Dans le même temps, un site Web est créé, présentant les versions complètes de ces pratiques innovantes. C'est aussi un processus en constante évolution à la fois concernant les modules développés dans le manuel mais aussi avec le projet d'aborder d'autres thématiques telles que :

- Les formations pour accompagner le changement
- Les outils de communication
- Le plan de service individualisé, le plan d'accompagnement individualisé, la notion de référent
- Le dossier électronique de l'utilisateur, les techniques et moyens de communication
- L'intensification des soins résidentiels en cas de crise
- Le rôle des soins primaires et des médecins généralistes

Nous tenons à remercier très sincèrement tous ceux/celles qui ont participé activement à cette initiative.

Nous espérons que ce sera un point de départ pour de nombreux échanges de pratiques sur l'ensemble du territoire et que ce manuel pourra, également, inspirer d'autres pays ou régions qui réorganisent leur système de soins.

## Références

Vous trouverez, ici, un nombre limité de références, par module.  
Une liste complète des sources utilisées est disponible sur le web.

### Générales:

#### Ouvrages de base et documents officiels qui concernent les différents modules.

- Anthony, W.A., Cohen, M.R., Farkas, M.D. (1990). Psychiatric rehabilitation. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Emard, R., Aubry, T. (Rédaction). Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie. Ottawa: Les Presses de l' Université d' Ottawa
- Mental Health Declaration for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe <http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>, accessed 11 May 2009
- Mental Health Action Plan for Europe. Copenhagen WHO Regional Office for Europe <http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>, accessed 11 May 2009
- Pratt, C.W., Gill, K.J., Barrett, N.M., Roberts, M.M. (2014). Psychiatric Rehabilitation (3<sup>rd</sup> edition). Amsterdam: Elsevier.
- Thornicroft, G., Szukler, G., Mueser, KT, Drake, RE (2011). Oxford Textbook of Community Mental Health. Oxford: Oxford University Press.
- Thornicroft, G & Tansella, M (2009). Better mental health care. Cambridge: Cambridge University Press.

### 1.Introduction

- FOD (2010). Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgRESEAUen. Brussel: Federale Overheidsdienst.
- McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Priebe, S. (2003). Patient, client or service user? A survey of patient preferences of dress and address of six mental health professions. Psychiatric Bulletin, 27, 305-308.
- Peters, M.T., Heron, T. E. (1993). When the best is not good enough: An examination of best practice. Journal of Special Education, 26, 371-385.
- Pel, R., Redeker, I., Hanning, R., Visser, T., Rijkaart, A., van Rooijen, S. (2011). Een inventarisatie van Best Practices in de intramurale ouderenzorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg en langdurende GGZ. Vilans
- Pieters, G. (1999). Evidence-based geestelijke gezondheidszorg en de kunst van het motoronderhoud. Tijdschrift Klinische Psychologie, 29, 85-92.
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J.A., Haynes, B., Richardson, W.S. (1996). Evidence-Based Medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal, 312, 71-72.

## 1. Logement

McPherson, R., Shepherd, G., Edwards, T. (2004). Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 180-188.

Newman S. & Goldman H. (2008), 'Putting housing first, making housing last: housing policy for persons with severe mental illness', *American Journal of Psychiatry*, vol. 165, p. 1242-1248.

Plateforme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale. Constat des difficultés de collaboration entre les secteurs du logement et de la santé mentale. En ligne

[http://cbcs.be/IMG/pdf\\_constats\\_des\\_difficultes\\_entre\\_les\\_secteurs\\_de\\_logement\\_et\\_sante\\_mentale\\_final.pdf](http://cbcs.be/IMG/pdf_constats_des_difficultes_entre_les_secteurs_de_logement_et_sante_mentale_final.pdf)

OMS (2006) Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS.

WHO, Regional office for Europe, Summary Report, Environmental burden of disease associated with inadequate housing. Matthias Braubach - David E. Jacobs - David Ormandy. En ligne [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/142077/e95004.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/142077/e95004.pdf)

## 2. Liaison avec la première ligne

De Lepeleire, J (2010). De bijdrage van huisartsgeneeskunde in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschr. voor Geneeskunde*, 66 (7), 317-321.

Fleury, M., Les soins de première ligne en santé mentale dans le contexte de la Réforme en cours. *Revue le Partenaire*, 22(2), 14-18.

Menear, M. (2013). Améliorer la performance des soins de première ligne en santé Mentale au Québec: six stratégies. *Quintessence*, Vol. 5, N° 3.

Organization of Family Doctors (Wonca), 2008.

Organisation mondiale de la santé. Déclaration d'Alma-Ata. Rapport sur la conférence internationale sur les soins de santé primaires. Genève : OMS, 1978; En ligne [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)

Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 En ligne [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1)

## 3. Gouvernance des réseaux

Agranoff, R., McGuire, M. (2001). Big Questions in Public Network Management Research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11(3), 295-396.

Fleury, M., Delorme, A., Caron, J. (2014). 'Réformes du système de santé mentale: constats, témoignages et recommandations. *Revue Santé Mentale au Québec*, Volume 39, Numéro 1, 7-324.

Enjolras, B. 'Gouvernance vertical, gouvernance horizontale et économie sociale et solidaire: le cas des services à la personne'. *Géographie, Economie, Société* 12 (2010) 15-30.

Provan, K.G. , Kenis, P. (2008). Modes of Network Governance: Structure, Management and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229- 252.

#### 4. Participation et empowerment des usagers et des proches

Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s.

AQRP (2006). 'Participation grandissante des usagers au sein des services de santé mentale'. Le Partenaire. Vol 14, n°1.

AQRP (2011) 'La contribution des personnes vivant ou ayant un problème de santé mentale au développement et à l'organisation des services : regards croisés et perspectives'. Le Partenaire. Vol 20, n°2

Fondation de France (2012). Agir et décider, la participation en question.

En ligne [http://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/agir\\_et\\_decider\\_participation\\_def\\_2.pdf](http://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/agir_et_decider_participation_def_2.pdf)

INPES (2011). 'Empowerment et santé mentale'. La santé de l'homme. N°413.

Keet, I.P.M. (2013). Herstel. Tijdschrift voor Psychiatrie, 55, 921-923.

Psychosocial Rehabilitation Journal, 16, 11-23.

Wahl, O.F. (1999). 'Mental health consumers' experience of stigma. Schizophrenia Bulletin, 25, 467-478.

#### 5. Insertion socio-professionnelle

Becker, D.R., Drake, R.E. (2003). A working life for people with severe mental illness. New York: Oxford University Press.

Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A, Knapp, M. e.a. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial in six European countries. Lancet, 370, 1146-1152.

Emard, R., Aubry, T. (2004). Le suivi communautaire en santé mentale. Les Presses de l'Université d'Ottawa.

Farkas, M., Sullivan Soydan, A., Gagne, C., (2005). Disponibilité à la réhabilitation: une introduction. Socrate Editions.

Larondelle, P., (2008). Synthèse "la réhabilitation psychiatrique professionnelle selon l'Université de Boston". Formation dispensée par le Docteur G. Deleu, "Socrate Réhabilitation"

World Health Organization (2005). Mental Health Policies and programmes in the workplace.

#### Equipes mobiles

Burns, T. (2010). The rise and fall of assertive community treatment? International Review of Psychiatry, 22, 130-137.

Hôpital Douglas (Québec). Suivi intensif, Soutien d'intensité variable.

En ligne <http://www.douglas.qc.ca/page/cnesm-documentation-si>

Piel, E, Roelandt J.L. « De la Psychiatrie vers la Santé Mentale » Rapport de mission juillet 2001. En ligne [http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8\\_Democratie-Sanitaire/sante-mentale/Rapport-Piel-Roeland-de-la-psi-chi-at-rie-vers-la-sante-mentale-juillet-2001.pdf](http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie-Sanitaire/sante-mentale/Rapport-Piel-Roeland-de-la-psi-chi-at-rie-vers-la-sante-mentale-juillet-2001.pdf)

Roelandt, J.L. (2010) "Focus : The east Lille Mental Health services experience : Citizen Psychiatry integrated in the city." Beyond the walls. Oltre I muri.

Desinstitutionalisation in European best practices in mental health. Edizioni Alfabeta Verlag, 455 pages, pp 223-269



Stein, L.I., Test, M.A. (1980). Alternative to mental hospital treatment I: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.

### **6. Equipages mobiles 2a**

Johnson, S., Needle, J., Bindman, JP, Thornicroft, G. (2008). *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Cambridge: Cambridge University Press.

Veldhuizen, J.R. van. (2007b). Kortdurende zorg aan huis en standaard PCT. In J.R. van Veldhuizen & A. Snijdewind (Red.), *Almaar ambulancier II* (pp. 101-131). Badhoevedorp: Mension TM.

### **7. Equipages mobiles 2b**

Aubry, T., Dostaler, T., Baronet, AM (2004). Revue des études empiriques sur l'efficacité du suivi communautaire. In: Emard, R., Aubry, T. (Rédaction). *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie*. Ottawa: Les Presses de l'Université d'Ottawa. P 129-202.

Bak, M., Drukker, M., Bie, A. de, A Campo, J., Poddighe, G., Os, J. van, e.a. (2008). Een observationele trial naar 'assertive outreach' met remissie als uitkomstmaat. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 253-262.

Burns, T., Catty, J., Dash, M., Roberts, C., Locjwood, A., Marshall, M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: a systematic review and meta-regression. *British Medical Journal*, 225, 336-342.

Pieters, G. (1990). Training in Community Living: een alternatief voor het psychiatrisch ziekenhuis? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32, 238-252.

Van Veldhuizen, R., Polhuis, D., Bähler, M., Mulder, N., Kroon, H. (Redactie), (2015). *Handboek (Flexible) ACT. Herstelondersteunende zorg en behandeling voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen*. Utrecht: De Tijdstroom.



Nous tenons à remercier, très sincèrement Madame la Ministre Maggie De Block et ses conseillers, ainsi que Monsieur Christiaan Decoster, Directeur général, Organisation des Établissements de soins et ses collaborateurs pour le soutien aux travaux de la Réforme des soins en santé mentale pour la confiance donnée aux acteurs permettant la réalisation de ce manuel.

## Sincères remerciements

aux auteurs, lecteurs, experts

et plus particulièrement à :

Franci Abrahams  
Pierre Bastin  
Julien Bianchi  
André Bouwen  
Florence Crochelet  
Jurgen De Fruyt  
Jan Delepeleire  
Nathalie Delhaxhe  
France Dujardin  
Marie-Jo Fleury (Douglas)

Jean Homerin  
Sylvia Hubar  
Jeroen Knaeps  
Mark Leys  
Rita L'Enfant  
Benedetto Saraceno  
(Lisbon Institute of Global  
Mental Health)  
Shekhar Saxena (OMS)  
Luc Vandormael

**Rédaction:**  
Stéphanie Natalis  
Prof. Guido Pieters

