

Faculté de santé publique

Acteurs et idées de la réforme en santé mentale

Enquête aux parties prenantes

Mémoire réalisé par
Camille Duveau

Promoteur(s)
Vincent Lorant
Pierre Smith

Année académique 2018-2019
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Acteurs et idées de la réforme en santé mentale

Enquête aux parties prenantes

Mémoire réalisé par
Camille Duveau

Promoteur(s)
Vincent Lorant
Pierre Smith

Année académique 2018-2019
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à la contribution de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je souhaite tout d'abord adresser ma gratitude à Monsieur Lorant, promoteur de ce mémoire et à Monsieur Smith, co-promoteur pour leur patience, leur disponibilité et surtout pour leurs judicieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je voudrais également remercier mes parents pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ma scolarité.

Enfin, je souhaite exprimer toute ma reconnaissance envers mes amis pour leur soutien moral.

Certificat d'absence de plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	6
TABLE DES ABRÉVIATIONS	7
LEXIQUE.....	8
1. INTRODUCTION.....	9
2. REVUE DE LITTÉRATURE	10
2.1. L'IMPORTANCE DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE	10
2.1.1. Définition.....	10
2.1.2. Épidémiologie de la santé mentale	11
2.1.2.1. Prévalence internationale	11
2.1.2.2. Prévalence belge.....	11
2.1.2.3. Mortalité et morbidité internationales	11
2.1.2.1. Mortalité et morbidité en Belgique	12
2.1.2.2. Incapacité liée à la santé mentale globale et belge	13
2.1.3. Les coûts de la santé mentale	13
2.1.4. Les conséquences sur l'emploi et l'intégration sociale.....	14
2.1.5. Les services de santé mentale en Belgique.....	15
2.2. L'AGENDA DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION	17
2.2.1. Définition.....	17
2.2.2. Historique de la désinstitutionnalisation.....	17
2.3. L'AGENDA DE LA RÉFORME « VERS DE MEILLEURS SOINS EN SANTÉ MENTALE »	21
2.3.1. Les objectifs.....	22
2.3.2. Les fonctions	23
2.3.3. L'implémentation.....	23
2.4. LES PARTIES PRENANTES.....	25
2.4.1. Définition.....	25
2.4.2. La répartition du pouvoir belge en santé mentale.....	25
2.4.3. Les différents groupes de pression en santé mentale	27
2.4.4. Évaluation de la réforme : enquête aux parties prenantes.....	28
2.5. LE MODÈLE DE SHIFFMAN	29
2.6. HYPOTHÈSES	32
2.7. BUTS ET OBJECTIFS	33

3.	MÉTHODE.....	34
3.1.	ENQUÊTE DU KCE HSR52	34
3.1.1.	<i>Partie qualitative</i>	34
3.1.1.1.	Échantillon qualitatif	35
3.1.1.2.	Méthode et analyses qualitatives.....	35
3.1.2.	<i>Partie quantitative</i>	35
3.1.2.1.	Échantillon quantitatif.....	36
3.1.2.1.	Méthode et analyses quantitatives.....	36
4.	RÉSULTATS.....	40
4.1.	CATÉGORIE DE SHIFFMAN : LES ACTEURS	40
4.1.1.	<i>Les réseaux de parties prenantes</i>	40
4.1.2.	<i>Les leaders</i>	42
4.2.	CATÉGORIE DE SHIFFMAN : LES IDÉES	44
4.2.1.	<i>Consensus politique sur la formulation du problème</i>	44
4.2.1.1.	Objectifs de la réforme perçus comme prioritaires	45
4.2.1.2.	Corrélation entre les objectifs de la réforme	49
4.2.1.1.	Interventions concrètes perçues comme prioritaires	50
4.2.1.2.	Coalitions des parties prenantes en matière d'objectifs de la réforme	51
4.2.1.1.	Objectifs perçus comme prioritaires par coalition	52
4.2.1.2.	Interventions perçues comme prioritaires par coalitions	58
4.2.1.3.	Lien entre les objectifs et les interventions perçus comme prioritaires	59
5.	DISCUSSION	61
5.1.	CATÉGORIE DE SHIFFMAN : LES ACTEURS	62
5.1.1.	<i>Les réseaux de parties prenantes</i>	62
5.1.2.	<i>Les leaders</i>	63
5.2.	CATÉGORIE DE SHIFFMAN : LES IDÉES	64
5.2.1.	<i>Consensus politique sur la formulation du problème</i>	64
5.3.	LES LIMITES	67
6.	CONCLUSION.....	68
7.	BIBLIOGRAPHIE.....	69
8.	ANNEXES.....	79
8.1.	ANNEXE I : LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN BELGIQUE.....	79
8.2.	ANNEXE II : LA RÉFORME 107	85
8.3.	ANNEXE III : RAINBOW DIAGRAM	87
8.4.	ANNEXE IV : ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN BELGIQUE	88
8.5.	ANNEXE V : QUESTIONNAIRE QUANTITATIF KCE HSR52	89
8.6.	ANNEXE VI : CLASSEMENT DES OBJECTIFS DE LA RÉFORME	100
8.7.	ANNEXE VII : LES INTERVENTIONS CONCRÈTES EN SANTÉ MENTALE	101

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : « Les coûts mesurables liés à la santé mentale » (OMS, 2004)	p.13
Figure 2 : « Les 5 fonctions clefs dans le nouveau modèle des soins en santé mentale »	p.85
Figure 3 : « Rainbow Diagram » (Chevalier & Buckles, 2008)	p.87
Figure 4 : « Organisation des soins de santé mentale en Belgique »	p.88
Figure 5 : « Dendrogramme des coalitions sur les objectifs perçus comme prioritaires »	p.51
Figure 6 : « Graphe des objectifs de la réforme par coalition de parties prenantes »	p.53

Tableau 1 : « Le modèle de Shiffman » (Shiffman & Smith, 2007)	p.30/31
Tableau 2 : « Caractéristiques des parties prenantes et score moyen de la capacité d'influence sur l'organisation des soins de santé mentale »	p.41
Tableau 3 : « Score moyen de priorité des objectifs de la réforme pour l'échantillon, par profession, par service et par région »	p.47/48
Tableau 4 : « Corrélation entre les objectifs de la réforme perçus comme prioritaires »	p.49
Tableau 5 : « Interventions concrètes dans l'organisation des soins de santé mentale perçues comme prioritaires »	p.50
Tableau 6 : « Objectifs perçus comme prioritaires au sein des différentes coalitions »	p.53
Tableau 7 : « Caractéristiques des coalitions de parties prenantes selon la perception des objectifs prioritaires »	p.55
Tableau 8 : « Interventions concrètes perçues comme prioritaires au sein des différents groupes d'influence »	p.58
Tableau 9 : « Lien entre les objectifs perçus comme prioritaires et le choix des interventions concrètes »	p.60

Table des abréviations

ASBL	: Association Sans But Lucratif
ATIH	: Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AViQ	: Agence pour une Vie de Qualité
BMF	: Budget des Moyens Financiers
CEDIS	: Comité Européen pour le Développement de l'Intégration Sociale
CNEH	: Centre National des Établissements Hospitaliers
CPAS	: Centre Public d'Action Sociale
CRF	: Centre de Rééducation Fonctionnelle
CSM	: Centre de Santé Mentale
DALY	: Disability Adjusted Life Years
GBD	: Global Burden of Disease
HFA-DB	: European Health for All Database
HP	: Hôpital Psychiatrique
IHP	: Initiatives d'Habitations Protégées
INAMI	: Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
IPS	: Individual Placement and Support
IRSS	: Institut de Recherche Santé et Société
ISP	: Institut scientifique de la Santé Publique
KCE	: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
LBFSM	: Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale
LUSS	: Ligue des Usagers des Services de Santé
MRS	: Maison de Repos et de Soins
MSP	: Maison de Soins Psychiatriques
NIMH	: National Institute of Mental Health
OCDE	: Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OFSP	: Office Fédéral de la Santé Publique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PIB	: Produit Intérieur Brut
PSI	: Plan de soins individualisé
SISD	: Service Intégré de Soins à Domicile
SM	: Santé Mentale
SMI	: Severe Mental Illness
SPAD	: Soins Psychiatriques À Domicile
SPF	: Service Public Fédéral
SSM	: Service de Santé mentale

Lexique

Circuit de soins : Ensemble de soins et de services pouvant être proposés à un groupe d'utilisateurs (IRSS-UCL, 2014).

Réseaux de soins : Ensemble de prestataires de soins et de services pouvant offrir un ou plusieurs circuits de soins pour un ou plusieurs groupes de patients dans une zone géographique déterminée (IRSS-UCL, 2014).

Réhabilitation : Aide à la personne souffrant de troubles de la santé mentale pour développer les aptitudes physiques, émotionnelles, sociales et intellectuelles afin qu'elle puisse vivre, apprendre, travailler, se socialiser dans les environnements de son choix en minimisant l'aide professionnelle. Ce concept a pour objectifs principaux de rendre son autonomie et son indépendance au patient dans la communauté (Anthony et al., 2004).

Rétablissement (ou « recovery », en anglais): « *a deeply personal, unique **process of changing** one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful and contributing life, **even with the limitations caused by illness**. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as grows beyond the catastrophic effects of mental illness.* » (Anthony et al., 1993).

1. Introduction

Le **sujet traité** de ce mémoire aborde la problématique de l'organisation de l'offre de soins en santé mentale, en Belgique, d'un point de vue plus politique et **organisationnel** du système de santé. Pour débiter, une **revue** de la **littérature** cernant les tenants et les aboutissants de l'offre de soins en santé mentale sera présentée. Celle-ci a pour but de faire émerger l'enjeu de la **question** de **recherche** suivante : « *Quelles sont les groupes d'acteurs influençant l'organisation de l'offre de soins en santé mentale et leurs idées sur les objectifs de la réforme 107 en 2018 ?* ». L'**objectif** principal poursuivi est d'identifier les objectifs de la réforme « Article 107 » perçus comme prioritaires aux yeux des parties prenantes. Les parties prenantes correspondent à toutes les personnes ou groupes de personnes ayant un intérêt important pour le sujet traité à savoir l'offre de soins en santé mentale.

Les **données** utilisées pour les analyses sont issues de l'enquête « HSR52 » du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) portant sur l'évaluation des lacunes et des chevauchements entre les services de santé mentale existants.

La **méthode** de ce mémoire repose sur l'utilisation du cadre de Shiffman qui est un cadre heuristique visant à identifier, selon 4 catégories (les acteurs, les idées, le contexte politique et les spécificités du problème), les facteurs déterminant la mise à l'agenda politique d'une question de santé. Les **résultats** montrent que plusieurs coalitions de parties prenantes se forment autour des choix d'objectifs prioritaires de la réforme, tandis que d'autres sont en totale opposition. Voilà un des éléments pouvant expliquer la difficulté d'implémentation de la réforme 107 en pratique, au vu du manque de consensus entre les acteurs tant dans la définition du problème que dans la mise en place des solutions organisationnelles.

En **conclusion**, certains acteurs s'estimant plus influents dans l'organisation des soins de santé mentale, comme les managers, sont sans doute à convaincre pour faciliter l'implémentation de la réforme en cours. Au vu des différences de priorités entre parties prenantes, il semble falloir trouver un accord pour qu'elles puissent s'entendre et assurer une certaine continuité des soins. Enfin, comme l'a conclu l'évaluation de la réforme 107 en 2010, il semble toujours subsister un manque de compréhension des parties prenantes face à la définition du problème ainsi qu'aux concepts à mettre en œuvre pour le solutionner et garantir une meilleure offre de soins en santé mentale à la population belge.

2. Revue de littérature

2.1. L'importance des troubles de santé mentale

2.1.1. Définition

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *une personne en **bonne santé mentale** est une personne capable de **s'adapter** aux diverses situations de la vie, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre.* » La définition de la santé mentale ne se limite donc pas à une absence de maladie mentale. L'organisme ajoute : « *c'est une capacité dynamique à **établir un équilibre** entre tous les aspects de sa vie* ». En outre, la santé mentale constitue un facteur déterminant dans la santé globale, le bonheur, la prospérité et le progrès de la population (Itinera Institute Analyse, 2013).

La mauvaise santé mentale peut se traduire par des troubles pouvant adopter différentes formes. On parlera de « *patients avec des **troubles mentaux sévères*** » (Severe Mental Illness, en anglais) lorsque l'utilisateur répond aux trois critères suivants : (NIMH, 1987 cité par Ruggeri et al., 2000)

- (1) Il a un **diagnostic** psychiatrique ou de troubles de la personnalité ;
- (2) Il souffre depuis minimum 2 ans. La **durée** de sa maladie et/ou de son traitement est caractérisée comme étant « *prolongée ou à long terme* » ;
- (3) Il éprouve un handicap, des difficultés ou des **limitations** dans son fonctionnement psychologique et social, dans le domaine des soins de base, dans son fonctionnement professionnel et dans sa participation aux activités quotidiennes (Grard, Nicaise & Lorant, 2015).

Dans les autres cas, on parlera de « *patients **avec un besoin en santé mentale*** » ou « *présentant des **troubles de la santé mentale*** ».

Les diagnostics des troubles de la santé mentale sont très variés suivant leur niveau de sévérité. Il existe des troubles plus « courants » comme les **troubles mentaux organiques** y compris ceux symptomatiques (les démences, les troubles cognitifs légers, le syndrome amnésique, ...) et les **troubles du comportement** liés à l'utilisation de substances **psychoactives** (intoxication aiguë, syndrome de dépendance, troubles psychotiques, ...).

Il existe également des troubles plus « sévères et chroniques » comme le diagnostic de la **schizophrénie**, en passant par les **troubles de l'humeur** (la dépression entre autres) ou encore les troubles **névrotiques** liés à des facteurs de **stress** (troubles bipolaires, du sommeil, état de crise, ...) (ATIH, 2007).

À présent, intéressons-nous à l'étendue de la problématique de la santé mentale ainsi qu'aux caractéristiques des populations qui en sont touchées.

2.1.2. Épidémiologie de la santé mentale

2.1.2.1. Prévalence internationale

L'OMS déclare que les troubles de santé mentale touchent **25%** de la population **mondiale** à un moment donné au cours de la vie, que ce soit sous forme de **troubles** mentaux et/ou du comportement. La santé mentale est un problème sociétal touchant aussi bien les hommes que les femmes, les zones rurales comme urbaines, dans les pays développés comme dans les pays plus pauvres (OMS, 2001).

2.1.2.2. Prévalence belge

Au sein de la **population belge** en 2013, 32%, soit une personne âgée de 15 ans et plus sur trois souffre d'un certain degré de « mal-être », d'après la dernière enquête de santé par interview. Cette tendance est en hausse car entre 2001 et 2008, une personne sur quatre exprime cet état psychologique (ISP, 2013).

Ces chiffres, en augmentation, indiquent qu'il est essentiel de considérer cette problématique de santé sérieusement afin de garantir une meilleure **qualité de vie** à la population belge.

Enfin, la santé mentale est **universelle** et constitue un problème important de santé publique. Elle engendre de nombreuses conséquences sur la mortalité et sur la morbidité de la population si trop peu d'attention lui y est portée.

2.1.2.3. Mortalité et morbidité internationales

Nous savons que les patients ayant vécu un épisode psychiatrique ont un risque de **mortalité**, toutes causes confondues, plus **élevé** (l'âge et le sexe standardisés) (Hamer et al., 2008). Cela peut s'expliquer par le fait que les personnes avec des troubles de la santé mentale ont des **comportements** de santé plus à risque.

Ceux-ci sont plus souvent des fumeurs invétérés. Ils présentent un moindre niveau d'activité physique (Hamer et al., 2008) et ont plus tendance à avoir une mauvaise hygiène de vie en consommant de l'alcool, des drogues et des aliments de moindre qualité nutritionnelle (Ha, Decool & Chan Che, 2017). Mais ces patients ont également des **déterminants** de santé qui accentuent leur « mauvais » état de santé mentale car il sont souvent séparés ou divorcés de leur conjoint, ont un moindre niveau d'éducation et un statut socio-économique plus bas que la population générale (Grard, Nicaise & Lorant, 2015 ; Hamer et al., 2008 ; ISP, 2013).

Ensuite, il existe des différences entre les diagnostics, par exemple, le risque de mortalité prématurée lié à la schizophrénie est encore **plus élevé** que pour d'autres pathologies psychiatriques (Saha et al., 2007). Dans le même ordre d'idée, l'étude sur la mortalité associée à l'existence de troubles mentaux menée en France entre 2000 et 2013 fait émerger que **10,3% des décès** survenus au cours de cette période avaient comme **cause** la présence de **troubles mentaux**. Les hommes comme les femmes souffrant de schizophrénie avaient un âge moyen relativement bas lors du décès (respectivement 55,9 ans et 67,6 ans) (Ha, Decool & Chan Che, 2017).

Les taux de suicide sont trois fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes et sont également plus élevés chez les personnes âgées par rapport aux jeunes (OFSP, 2015). Enfin, sans surprise, le facteur de risque principal du décès par suicide a pour cause les troubles mentaux (Ha, Decool & Chan Che, 2017).

2.1.2.1. Mortalité et morbidité en Belgique

La mortalité par suicide est utilisée comme un des indicateurs de performance des soins de santé belges. En 2015, on a recensé 15,8 suicides/100 000 habitants en Belgique (KCE, 2015) contre 10,6/100 000 habitants en moyenne dans les pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques) (OCDE, 2015).

Enfin, la santé mentale impacte également de manière non négligeable la qualité de vie des personnes qui en souffrent, à tout âge. Certains rapports d'experts ont quantifié les années de vie perdues par l'incapacité liée à la santé mentale.

2.1.2.2. Incapacité liée à la santé mentale globale et belge

Dans le monde, les troubles de santé mentale, les troubles neurologiques et ceux liés à l'utilisation de substances représentent 10% du fardeau de la maladie, le Global Burden of Disease, en anglais (WHO, 2013). La dépression, d'ici 2020, sera la deuxième cause d'incapacité après les maladies cardiovasculaires (WHO, 1999).

Aussi, un tiers des années de vie perdues en bonne santé (30,4% exactement) ont comme cause les troubles psychiques (OMS, 2004). Chez les **personnes âgées**, les troubles neurologiques et mentaux représentent 6,6% des incapacités totales (Disability Adjusted Life Years, DALY) dans ce groupe d'âge, **dans le monde** (OMS, 2017).

On constate qu'en **Belgique**, peu d'études ont été réalisées pour quantifier l'incapacité liée aux troubles de la santé mentale. Cependant, l'OCDE publie en 2016 que le coût de la santé mentale s'élève à environ 2 584 DALY/100 000 habitants belges. Soit 2 584 années de vie perdues ajustées par l'incapacité liée à la santé mentale pour 100 000 résidents.

Cette perte engendre des coûts directs et indirects pour la société. Ceux-ci sont présentés dans la figure 1. En effet, cela coûte aux patients eux-mêmes, aux familles des patients, aux aidants-proches, aux employeurs, aux services d'assurance de soins de santé, etc.

	Coûts principaux	Coûts non-médicaux
Coûts directs (Paiements effectués)	- Honoraires - Paiement des traitements et services	- Activité des services sociaux - Appareil de justice pénale et privée - Transports
Coûts indirects (Ressources perdues)	- Coûts liés à la morbidité (valeur de la perte de productivité) - Coûts liés à la mortalité	- Valeur du temps consacré par la famille aux soins du malade

Figure 1. Les coûts mesurables liés à la santé mentale. (OMS, 2004)

2.1.3. Les coûts de la santé mentale

En 2013, la Belgique a dépensé 3,4% de son Produit Intérieur Brut (PIB) en le consacrant aux soins de santé mentale, soit près de 12,7 milliards d'euros cette année-là (Arends et al., 2014). L'allocation des ressources belges est plutôt orientée vers les personnes souffrant de **troubles mentaux sévères**. Le peu d'investissement consacré à la **prévention** des troubles mentaux nous aide aussi à comprendre la complexité de cette problématique.

Les investissements consacrés aux soins de santé mentale sont importants cependant, les performances du système en termes de résultats ne semblent pas représentatives de ceux-ci.

Les coûts engendrés pour les soins de santé mentale ne sont pas les seules conséquences. En effet, la capacité à trouver un emploi et à le garder, à s'intégrer au sein de sa communauté et à participer aux décisions concernant son avenir sont également des fardeaux à porter pour la personne et pour son entourage.

2.1.4. Les conséquences sur l'emploi et l'intégration sociale

Les personnes avec un besoin en santé mentale connaissent certaines **limitations** dans leur **intégration sociale** telles que des difficultés dans la recherche d'un logement, d'un emploi, pour se sociabiliser et faire valoir leur citoyenneté (Boardman et al., 2010). Pourtant, on sait que la relation entre le travail, la santé et la santé mentale a généralement un impact positif sur la satisfaction personnelle, la dépression et le bien-être (Scheid & Wright, 2017). S'installe alors une forme de cercle vicieux car l'inemploi entraîne davantage de symptômes dépressifs et ceux-ci empêchent de retrouver et/ou de maintenir un éventuel emploi (Bolton et Oakley, 1987 ; Kessler et al., 1989 ; Simon et al. 2000 ; cités par l'OMS, 2001).

En 2013, quelques chiffres interpellants ont été mis en évidence par l'OCDE tels que : « **27% des absences pour maladie de 15 jours ou plus sont dues à un trouble mental. Les problèmes mentaux représentent également 25% de l'ensemble des indemnités d'incapacité de travail.** ». Cela représente évidemment des coûts pour la société, les familles, les usagers et les employeurs.

Afin de comprendre ces chiffres et de connaître l'avis des patients eux-mêmes, une étude (Mueser & McGurk, 2014) a été menée afin de démontrer l'efficacité du support à l'emploi et du placement individuel (modèle IPS) dans l'amélioration du travail compétitif chez les personnes souffrant de pathologies mentales graves. Il en ressort que seuls « **10 à 25% des personnes souffrant de maladies mentales ont un emploi tandis que 55 à 75% d'entre elles souhaiteraient en obtenir un.** » Il semble qu'au sein de notre système d'emploi, la demande excède l'offre pour les personnes avec des troubles sévères de santé mentale. Ces personnes sont alors plus susceptibles de se retrouver au chômage ou hors du marché du travail. D'ailleurs, le taux de chômage chez les personnes souffrant d'un trouble de la santé mentale reste excessivement élevé en Belgique en regard de la population générale.

En effet, en 2008, 8,3% de la population générale belge était au chômage contre 18% de la population présentant un trouble mental (OCDE, 2013).

Ce taux diminue dans la population générale depuis les années 90 mais il reste constant dans la population avec des troubles mentaux. La santé mentale est donc un frein dans la recherche d'emploi, l'accès à celui-ci et dans la capacité à le maintenir.

Dans le même ordre d'idée, le taux d'emploi chez les personnes souffrant de schizophrénie tourne autour de 10 à 20% en Europe. Ces cinquante dernières années, le taux d'emploi des patients schizophrènes au Royaume-Uni, par exemple, a diminué. Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs tels que la stigmatisation des schizophrènes, la discrimination, la peur de perdre des avantages et un manque d'aide professionnelle appropriée (Marwaha & Johnson, 2004).

De surcroît, depuis quelques années, de nouvelles pathologies ont également vu le jour avec l'évolution de notre société : les maladies liées au stress, entre autres. En 2016, le SHC (Superior Health Council) déclare une progression de ces maladies dans les causes d'absentéisme au travail chez les fonctionnaires fédéraux. « *Cela représente 32,2% de la durée totale des absences* », d'après le rapport.

Afin de remédier à cette problématique de l'organisation de l'offre de soins de santé mentale existante et reconnue depuis de nombreuses années, plusieurs services ont été mis en place afin de permettre aux personnes qui en ont besoin, de se soigner et d'améliorer leur intégration sociale. Abordons dès lors les différents types de services existants au sein du Royaume belge.

2.1.5. Les services de santé mentale en Belgique

Au fur et à mesure des réformes et des évaluations de l'efficacité du secteur de la santé mentale belge, plusieurs services ont été créés sans pour autant remanier ou supprimer leurs prédécesseurs. C'est pourquoi, un large panel d'offre de soins en santé mentale existe à l'heure actuelle en Belgique. Cette section vise à recenser les différents types de services existants dans le domaine des soins de santé mentale. Cela permettra de comprendre la complexité qu'il peut subsister à coordonner ces nombreuses structures qui dépendent elles-mêmes de différents niveaux de pouvoir, de sources de financement diverses et qui répondent à des besoins différents en santé mentale.

Au sein du secteur de la santé mentale, trois grands types de services se distinguent par leur mission à savoir les **structures résidentielles** telles que les hôpitaux psychiatriques, les services psychiatriques dans les hôpitaux généraux, les initiatives d'habitation protégées et les maisons de soins psychiatriques, d'une part.

D'autre part, on retrouve les **structures ambulatoires** comme les centres de santé mentale et les équipes mobiles (« 107 », les soins psychiatriques à domicile et les services intégrés de soins à domicile). Et enfin, les **services de coordination** comme les plateformes de concertation en santé mentale et les réseaux « 107 ». La description détaillée de chacun de ces services se trouve en annexe I, page 79.

Pour conclure ce chapitre, on remarque la **multitude** de services existants dans le secteur des soins de santé mentale pour répondre aux multiples besoins des personnes avec des troubles mentaux (Lorant et al., 2017). On s'aperçoit également de leur **complémentarité** par leur réponse à différentes populations et à divers objectifs de soins. Enfin, cette diversité de services pourrait expliquer leur **difficulté** à se **coordonner** au vu des nombreux acteurs qu'ils rassemblent.

Néanmoins, il y a une certaine fragmentation dans cette offre de services par le fait que ce sont différents **niveaux de pouvoir** qui les régulent (fédéral, communautaire, régional). On peut facilement imaginer qu'il subsiste une certaine complexité à atteindre une coordination optimale et une communication adéquate entre les prestataires de soins, entre les services et au sein même des services également.

Le **résultat de cette fragmentation** dans l'organisation des services de santé mentale est qu'il y a un manque de continuité des soins, une mauvaise utilisation des services et cela se traduit par une difficulté à offrir des soins performants et adéquats pour répondre aux besoins des patients (KCE, 2008).

Comme l'offre de soins est malgré tout restée très centrée à l'hôpital au vu du grand nombre de lits psychiatriques, des séjours de longues durées et du nombre important de réadmissions, il a fallu diminuer ce recours à l'hôpital. D'une part, en **réduisant** simplement le **nombre de lits** psychiatriques et d'autre part en **développant** des **alternatives ambulatoires** pour soigner les patients avec des troubles mentaux au sein de la communauté.

Ces interventions dans le secteur de la santé mentale avaient pour but commun la mise en place de la **désinstitutionnalisation** des soins de santé mentale.

2.2. L’agenda de la désinstitutionnalisation

2.2.1. Définition

La **désinstitutionnalisation** est un processus favorisant le transfert des soins en institutions hospitalières vers le milieu communautaire. L’Office québécois de la langue française définit ce concept comme étant : « *une approche médicale, inspirée par l’antipsychiatrie, selon laquelle l’hospitalisation systématique de patients soumis à un traitement psychiatrique (...) doit être abandonnée au profit d’une réinsertion sociale s’appuyant sur des services communautaires de soins et de réadaptation.* »

En d’autres termes, la désinstitutionnalisation place en priorité les intérêts du patient en situation de handicap pour lui permettre de « *s’émanciper pour mener une existence répondant à ses désirs, ses besoins et ses capacités.* » (CEDIS, 2016).

Il existe 2 approches de ce phénomène qu’est la désinstitutionnalisation. La première est la désinstitutionnalisation par la **fermeture de lits psychiatriques** au sein des hôpitaux psychiatriques et généraux afin de réduire le recours à l’hospitalisation. La seconde approche est la désinstitutionnalisation par le **développement d’alternatives ambulatoires** aux soins hospitaliers résidentiels afin d’accompagner les patients dans la communauté.

2.2.2. Historique de la désinstitutionnalisation

Au XVIII^{ème} siècle, les premiers asiles apparaissent notamment grâce à Philippe Pinel qui a développé une approche bienveillante et humaniste vis-à-vis du traitement des malades mentaux. Ce dernier considérait que les patients étaient en souffrance et qu’il fallait les aider. L’asile est donc, à cette époque, un refuge pour protéger les malades mentaux et la société. Cependant, avec le temps, beaucoup d’asiles sont devenus des lieux d’abus, des dépôts de toutes les marginalités sociales, culturelles, politiques, ethniques, ... (Nicaise & Dubois, 2019).

Plus tard, lors de la Première Guerre mondiale, plusieurs soldats ont été très touchés sur le plan de la santé psychologique alors qu’ils étaient partis « sains d’esprit ». Cela a remis en cause la considération des personnes souffrant de troubles de la santé mentale. On s’aperçoit que l’asile ne peut plus répondre à ces troubles et que le fait d’enfermer les gens malades impacte leur santé. Plusieurs mouvements antipsychiatriques font alors leur apparition pour tenter de sortir les malades mentaux des asiles souvent très éloignés de la ville et pour tenter de les réintégrer dans la société (Nicaise & Dubois, 2019).

Au cours des années cinquante, nous assistons, suite à la Seconde Guerre mondiale, à la mise en place de la **désinstitutionnalisation** des soins de santé mentale en Angleterre, aux États-Unis et un peu plus tard en Europe et en Scandinavie. Ce processus a débuté pour une question d'**autonomie** et de **responsabilisation** des patients, d'**économie**, de **réduction** des **durées de séjour** dans le but de transférer les soins institutionnalisés vers la **communauté**. Pour réduire le recours à l'hôpital, « le **gel de lits psychiatriques** » s'est opéré, d'une part. D'autre part, **peu d'alternatives** ambulatoires ont été créées de manière concomitante pour assurer les soins dans la communauté. Par conséquent, les délais d'attente de prise en charge ont augmenté.

La période qui s'étend de 1940 à 1980 est marquée par une forte **croissance** des **structures**, par une expansion des **professionnels** de la santé (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmières qualifiées, entre autres) et par une augmentation de la **demande** de soins de santé.

Cependant, le transfert des soins vers la communauté s'est avéré plus complexe que prévu initialement et cela a mis en exergue d'autres problèmes non envisagés telle que la prise en charge des patients avec un trouble mental sévère et chronique (Novella, 2010).

Puis, au milieu des années 80, le mouvement de réforme semble s'être essoufflé et l'intention de changement a commencé à s'estomper.

À travers les différents pays et entre les régions au sein même de ceux-ci, il est compliqué de décrire de manière uniforme l'implémentation de la réforme. En effet, de nombreuses variables interviennent comme le **niveau socio-économique**, le niveau **socioculturel**, **l'organisation** du système d'assurance, etc. (Novella, 2010). Ces différences ont engendré de nombreuses contraintes dans la mise en place des transformations du secteur de la santé mentale.

Ce changement décisif dans l'organisation des soins a eu de nombreux **impacts sur l'offre et sur l'accessibilité** des soins comme par exemple en Allemagne, entre 1982 et 1998, la fermeture de 60 000 lits psychiatriques s'est opérée. Aux États-Unis entre 1954 et 1996 plus de 400 000 lits psychiatriques ont été gelés et 120 hôpitaux ont été fermés durant la même période (Novella, 2010). Les mesures de fermeture des lits se sont ensuite poursuivies.

En Italie, en 2013, on dénombre 10 lits psychiatriques/100 000 habitants suite à la loi « Basaglia¹ », 36 lits/100 000 habitants sont recensés en Espagne, 54 lits/100 000 habitants au Danemark et 90 lits/100 000 habitants en France, en 2014 (HFA-DB, 2015).

Une étude, mettant en avant les effets secondaires de ces réformes, indique que le nombre de lits psychiatriques gelés en Angleterre, en Espagne et en Italie excède le nombre d'ouvertures de lits dans les alternatives communautaires tels que les logements subventionnés. De plus, la population carcérale a augmenté entre 16 et 104% entre 1990 et 2003 (Priebe et al., 2005). Aucun lien de cause à effet n'a été trouvé mais il se pourrait que ces chiffres constituent un indicateur de la mauvaise implémentation de la désinstitutionnalisation dans les divers pays susmentionnés.

Grâce à ces chiffres, on se rend compte que les attentes théoriques de la réforme ne s'avèrent pas implémentées comme prévu originellement. Alors que le transfert des soins vers la communauté semble, en théorie aller de pair avec la diminution de la durée et de la fréquence des hospitalisations, certains indicateurs nous montrent le contraire voire nous montrent un déplacement du problème (taux de population carcérale en augmentation, taux de suicide, de chômage, ...).

Qu'en est-il en Belgique ?

Au milieu du 20^{ème} siècle, le secteur belge de la santé mentale a dû être remanié pour s'adapter aux changements qui ont réformé celui-ci. Au cours de la première moitié de ce siècle, les malades mentaux sont isolés dans des centres d'hébergements créés par les congrégations religieuses. En 1948, le transfert de ces institutions de la Justice à la Santé Publique est opérationnalisé et c'est en 1963 que l'INAMI prévoit un financement spécifique pour ces patients (SPF-SP, 2011). De plus, dans les années 60, plusieurs mouvements antipsychiatriques sont apparus afin de dénoncer les pratiques abusives qui subsistaient dans les asiles. « *La première cristallisation institutionnelle de ces impulsions nouvelles fut la création du secteur ambulatoire en 1975* » avec les **centres de santé mentale** qui sont dès lors reconnus (De Munck, 2003).

¹ Loi Basaglia, aussi appelée « loi 180 », stipule d'arrêter les admissions du public dans les hôpitaux psychiatriques et interdit la construction de nouvelles installations déjà existantes afin de transférer les soins psychiatriques vers la communauté (Novella, 2010).

Cette même période est marquée par l'apparition de nouveaux traitements antipsychotiques. L'offre et la demande de soins psychiatriques augmentent et une nouvelle population demandeuse émerge (les handicapés mentaux, les personnes autistes, les personnes souffrant d'addictions, ...). Pour répondre à cette évolution, dans les années 70, les unités de crises apparaissent au sein des hôpitaux et des services psychiatriques.

La problématique de cette époque est la durée de séjour dans le secteur hospitalier qui s'allonge et le manque de structures alternatives dans la communauté pour répondre aux besoins de tout un chacun. C'est alors que les autorités se décident à réformer le secteur des soins de santé mentale.

On voit apparaître les centres de rééducation fonctionnelle en 1980 afin de soigner les patients à **domicile et en ambulatoire**. Puis, le gel des lits « T » en psychiatrie s'effectue afin de **permettre un financement d'alternatives** comme les IHP² et les MSP³ car on a constaté que les hospitalisations de longues durées avaient lieu pour des raisons sociales et non plus médicales (Dubois & Nicaise, 2017). La coordination, en théorie, de ces nouvelles structures est rendue possible par la **création des plateformes** de concertation en santé mentale en 1990.

Pendant les années 2000, les SPAD⁴ font leur apparition dans le secteur de la santé mentale sous forme de projets pilotes. Puis, en 2006, un programme de projets thérapeutiques a été lancé par le ministre fédéral de la santé. Ce programme avait pour objectif d'instaurer de nouveaux modèles de **collaboration** dans les SSM⁵ afin d'améliorer la continuité des soins et l'intégration des patients dans la société (KCE, 2010). Ces projets ont fait l'objet d'une évaluation partielle par le KCE, en 2010 qui a été interrompue en raison de problèmes techniques de mise en œuvre. Néanmoins, ce rapport d'évaluation a mis en évidence que la collaboration inter-organisationnelle et interprofessionnelle était favorisée grâce à plusieurs caractéristiques telle que l'implication de la première ligne, l'implication du coordinateur, du patient et de la famille. Puis en 2010, la **réforme 107** « *Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et réseaux de soins* » est lancée.

² IHP : Initiatives d'Habitations Protégées

³ MSP : Maison de Soins Psychiatriques

⁴ SPAD : Services Psychiatriques de soins À Domicile

⁵ SSM : Services de Santé Mentale

Cette politique est la première que la Belgique tente d'implémenter d'un point de vue « global », car auparavant, la solution principale était les séjours de longues durées en milieu hospitalier. C'est certainement pour cette raison que la Belgique est le pays d'Europe qui compte le plus de lits psychiatriques avec 150 lits/100 000 habitants en 2008 (WHO, 2008). En effet, l'accent est mis principalement sur les pathologies mentales graves et l'organisation actuelle des soins de santé mentale est « **hospitalo-centrée** » (Van Herck & Van de Cloot, 2013).

Le rapport 84b du KCE mentionne « (...) *qu'en 2003, quelque 13 000 patients ont séjourné pendant au minimum **une année** dans un lit T, une maison de soins psychiatriques, une initiative d'habitation protégée ou une hospitalisation de nuit.* » (KCE, 2008).

Cela reflète le **manque d'alternative** et **d'organisation** afin d'assurer une continuité des soins dans la communauté belge.

La Belgique demeure « mauvaise élève » en matière de soins dans la communauté. C'est pourquoi la réforme 107 a été lancée dans tout le pays en 2010 car elle visait à octroyer des moyens financiers aux équipes mobiles et à répondre à l'objectif de désinstitutionnalisation.

Néanmoins, il subsiste de multiples objectifs à l'agenda de la désinstitutionnalisation, soutenus par différents acteurs de terrain.

Les maladies psychiques représentent donc un véritable enjeu en matière de politique de santé impliquant une collaboration intensive de l'ensemble des acteurs afin d'atteindre la bonne implémentation des objectifs visés par la réforme 107.

2.3. L'agenda de la réforme

« Vers de meilleurs soins en santé mentale »

En 2002, lors d'une concertation interministérielle entre les 7 ministres ayant des compétences en santé mentale, on décide de mettre en place des projets de réseaux pour permettre aux acteurs actifs dans la santé mentale d'inventer une nouvelle façon de travailler ensemble. Cependant, en 2008, le KCE met en évidence que les hôpitaux psychiatriques ne font pas assez d'efforts pour réintégrer les patients dans la communauté. En 2010, le KCE publie son rapport 146B sur l'évaluation des projets thérapeutiques en émettant quelques recommandations pratiques pour les soins de santé mentale.

Dans ce rapport, l'organisme insiste sur le rôle essentiel du coordinateur mais aussi sur l'implication indispensable du patient et de sa famille pour favoriser les soins dans la communauté.

Puis, en 2010, la réforme 107 est lancée afin de favoriser les soins dans la communauté et de soutenir **l'intégration sociale** des personnes avec des besoins en santé mentale.

Lors de l'appel à projet exploratoire lancé en 2010, le SPF a reçu 19 propositions à sélectionner puis, à opérationnaliser. Chaque projet était constitué d'un représentant d'hôpital psychiatrique, d'une IHP, d'une MSP, du CPAS (Centre Public d'Action Sociale), d'un CSM, ... et ensemble, ils réfléchissaient à de **nouvelles pratiques de coordination** pour **créer un réseau** et mettre en place des **équipes mobiles** inexistantes à l'époque.

Les promoteurs sont les hôpitaux psychiatriques, eux-mêmes « financeurs » de ces projets par l'intermédiaire du SPF-SP qui les sélectionnait. Le but était de convertir des ressources hospitalières en ressources allouées à leur projet (les équipes mobiles).

Le **but** des réseaux était d'arriver à une collaboration entre les institutions et les entités de soins en les rendant complémentaires, tout en maintenant leur indépendance respective. Davantage de détails sur le programme de la réforme sont développés dans l'annexe II, page 85.

La réforme 107 a défini plusieurs objectifs qui sont présentés ci-après.

2.3.1. Les objectifs

Au total, le programme « 107 » avait prévu 5 objectifs généraux à poursuivre.

Le **premier objectif** visait à favoriser les soins dans le milieu de vie des patients. En d'autres termes, il s'agissait de la poursuite de la **désinstitutionnalisation**.

Le **second** était un objectif de **consolidation** des projets pilotes en assurant les concertations et les soins à domicile des patients. Ces deux objectifs sont des objectifs dits « **structurels** ».

Les **troisième et quatrième objectifs** sont des objectifs de « **processus** ». En effet, l'un vise l'intégration sociale et la continuité des soins, soit la poursuite de la **décatégorisation**. Tandis que l'autre vise **l'intensification** des soins hospitaliers en limitant le recours aux soins intensifs, en réduisant les durées de séjour et en limitant le nombre d'admissions hospitalières.

Enfin, le **dernier objectif** est un objectif de « **résultats** » car il est question d'inclusion sociale des patients, de réhabilitation, de réinsertion et de rétablissement (recovery, en anglais).

2.3.2. Les fonctions

Le programme de la réforme avait également prévu 5 fonctions différentes pour atteindre ces objectifs. Ces fonctions ont plusieurs buts comme la prévention, la création d'équipes mobiles, d'équipes de réhabilitation, assurer des soins hospitaliers lorsque les alternatives ambulatoires ne sont temporairement pas indiquées et enfin assurer une fonction résidentielle.

Ces fonctions sont plus amplement détaillées dans l'annexe II, page 85.

Le cadre théorique et le programme de la réforme établis, il a fallu implémenter cette dernière, en pratique, dans tous les secteurs et toutes les institutions de la santé mentale.

2.3.3. L'implémentation

Culturellement et institutionnellement, il est compliqué de changer et de transformer les habitudes et les pratiques professionnelles existantes. De plus, l'implémentation de la réforme 107 s'est complexifiée en Belgique car on a dissocié les soins institutionnalisés des soins à domicile dans les années 70. Les soins hospitaliers sont régulés au niveau du pouvoir fédéral tandis que les soins communautaires ont été régionalisés. Certaines publications locales recommandent donc le transfert des compétences hospitalières vers les régions pour une meilleure continuité des soins et une meilleure implémentation de celles-ci (Mormont, 2015).

La réforme 107 avait pris le parti d'une approche territoriale « **bottom-up** » aussi appelée « ascendante » car elle vise à faire participer les acteurs de terrain (localement) pour faire émerger des solutions vers le niveau fédéral. Cette pratique vise à répondre au mieux aux besoins et aux attentes des acteurs et des patients. De manière concomitante, cette approche octroie beaucoup de pouvoir aux acteurs locaux et donc la possibilité de freiner ou de faciliter l'implémentation.

Une fois l'appel à projet lancé, la composition des réseaux a débuté. Peu de lignes directives ont été données sur la mise en œuvre de ceux-ci et le choix opérationnel était rendu libre pour chaque projet (Thunus, 2018). Cela a créé une certaine hétérogénéité dans l'application et l'implémentation de la réforme entre les différents réseaux. En effet, la taille des réseaux variait entre 11 et 118 services. De plus, les fonctions représentées au sein des réseaux n'étaient pas uniformisées donc chaque réseau était représenté par une fonction différente de la réforme (Grard, Nicaise & Lorient, 2015).

« Certains projets, sont très centralisés, d'autres au contraire sont très denses. Les projets de grande taille sont plus centralisés que les projets plus petits, renforçant ainsi le rôle d'un plus petit nombre de partenaires. »

Au départ, le rôle des coordinateurs au sein des réseaux était mal défini et cela a créé une certaine confusion. Les coordinateurs avaient pour tâche de « faciliter » la collaboration et la communication entre les services du secteur de la santé mentale mais ils devaient l'effectuer sans « pouvoir ». Ils étaient sous la direction hospitalière mais le financement de leur projet provenait du SPF, ce qui les plaçait en position délicate pour avancer (Thunus, 2018).

Lors de l'évaluation de la réforme en 2010, on s'aperçoit aussi que les hôpitaux psychiatriques restent au centre pour l'ensemble des fonctions de soins (IRSS-UCL, 2014). À ce jour, on dénombre encore 142 lits/100 000 habitants en Belgique, malgré le gel de lits psychiatriques qui visait à octroyer plus de moyens financiers aux équipes mobiles et à répondre à l'objectif de **désinstitutionnalisation**.

Pour résumer, la réforme fait appel à l'implication d'acteurs multiples qui ne font pas uniquement partie du secteur de la santé mentale et à l'implication de plusieurs niveaux de pouvoirs qui n'arrivent pas toujours à s'accorder.

La première évaluation de la réforme s'est effectuée en interrogeant les parties prenantes (les usagers, les aidants-proches, les cliniciens, les managers de services, les experts scientifiques, etc.) pour mesurer son implémentation et l'atteinte de ses objectifs. Celle-ci a mis en évidence que les acteurs de première ligne (les hôpitaux psychiatriques, les SSM, les IHP, les MSP, les SPAD, ...) avaient quelques difficultés à comprendre les fonctions de la réforme 107. Or, la compréhension partagée des buts, des objectifs et des résultats attendus d'une réforme, par les parties prenantes concernées, est une condition sine qua non à son implantation ainsi qu'à sa réussite (Hudson & Lowe, 2004). A contrario, le manque de compréhension des objectifs de la réforme constitue donc un frein à son implémentation.

Étudions maintenant les caractéristiques des parties prenantes du secteur de la santé mentale.

2.4. Les parties prenantes

2.4.1. Définition

Une « partie prenante » ou un « stakeholder », en anglais se définit comme étant toute personne ou groupe de personnes ayant un intérêt important pour le sujet étudié. Au plus les intérêts de celles-ci seront pris en considération, au mieux une politique sera mise en œuvre car leur perception des objectifs d'une politique influence son implémentation (Hudson & Lowe, 2004). D'après un article scientifique, il ressort que l'implémentation d'une réforme dans l'organisation des pratiques va être influencée par différentes variables. Les cultures professionnelles divergentes vont l'influencer, en accélérant son implémentation ou au contraire, en la freinant. La réputation de la personne qui amène l'idée du projet, le temps requis, la reconnaissance et la « récompense » des parties prenantes, la détermination de « l'agent de changement » à pousser l'équipe à changer son comportement ainsi que le respect des rôles et des responsabilités de l'équipe, sont autant de facteurs qui doivent être pris en compte (Tansella & Thornicorft, 2009).

On s'aperçoit que la perception des acteurs et leur rôle ont un impact non négligeable sur l'implémentation d'une réforme. Il est donc important d'étudier leur position selon leur niveau de pouvoir et d'influence face à une problématique ainsi que leur « proximité » avec celle-ci, comme le « Rainbow Diagram » l'illustre en figure 3 (cf. annexe III, page 87).

Il est important de comprendre qui est ou pourrait être affecté par les décisions et les mesures prises, et qui a le pouvoir d'influencer les résultats (Lorant & Robert, 2018).

Cette analyse repose sur une description de la répartition des compétences dans le secteur belge de la santé mentale (cf. chapitre 2.4.2.) ainsi que sur la présentation des différents groupes de pression.

2.4.2. La répartition du pouvoir belge en santé mentale

La Belgique est **divisée** en trois **Communautés** linguistiques (française, flamande et germanophone) et en trois **Régions** (Bruxelles-Capitale, Wallonie et Flandre). Le pouvoir est donc fragmenté entre ces différents niveaux qui ont respectivement des compétences en matière de santé mentale. La répartition de ces compétences et la politique générale en matière de santé est coordonnée par la « Conférence interministérielle Santé Publique » rassemblant tous les Ministres des différents niveaux de pouvoirs belges.

De plus, le transfert des compétences fédérales vers les régions et les communautés a compliqué « *l'analyse du secteur de la santé mentale.* » (SPF-SP, 2011).

Le **pouvoir fédéral** reste compétent pour la législation et le financement (BMF) des hôpitaux mais aussi pour la législation relative à l'INAMI.

Les **communautés** s'occupent de la politique de santé des matières « personnalisables » concernant les personnes et non les institutions telles que : la médecine préventive, l'inspection sur base des normes fédérales, la protection de la jeunesse et de l'enfance, entre autres.

On a transféré un certain nombre de compétences fédérales et communautaires vers les **régions** suite au décret du 22 juillet 1993 comme : la législation organique, le financement de l'exploitation lorsqu'il concerne la législation organique et l'assurance maladie-invalidité.

Elles sont par ailleurs compétentes pour les procédures d'agrément, de fermeture et l'inspection des MRS⁶, des MSP, des IHP, des plateformes de concertation psychiatrique, des fonctions psychiatriques en milieu familial et la prise en charge des soins ambulatoires (SPF-SP, 2011).

Hormis les acteurs formels du secteur de la santé, il subsiste d'autres acteurs insoupçonnés détenant parfois beaucoup de pouvoir dans les prises de décision. Cependant, comme ils défendent chacun leur propre intérêt, il n'est pas toujours aisé de trouver un consensus entre ces derniers. Les **ministres des finances**, par exemple, pourraient être plus enclins à réagir à des cadres soulignant les **coûts économiques** d'un problème de santé que les **ministres de la santé**, qui pourraient accorder plus d'attention aux cadres axés sur les **avantages** et les pertes en **matière de santé** publique (Shiffman & Smith, 2007).

Avec cette fragmentation du pouvoir, autant dire que le nombre d'acteurs actifs et ayant du pouvoir dans le secteur de la santé mentale est important. Les groupes de pression ne se limitent donc pas uniquement aux ministres de la santé comme on a tendance à le croire. Il y a des acteurs formels et informels qui agissent dans la santé et qui ont chacun plus ou moins de pouvoir, d'influence et leur mot à dire lorsque l'implémentation d'une politique nouvelle se discute.

⁶ MRS : Maison de Repos et de Soins

2.4.3. Les différents groupes de pression en santé mentale

Comme l'illustre la figure 4 en annexe IV (cf. page 88), on remarque d'autres acteurs actifs dans la prise de décision concernant le secteur de la santé mentale. On observe les fédérations, les associations de familles, de patients et de professionnels.

Les **fédérations**, FIHP⁷ par exemple, ont pour mission de défendre les intérêts des professions qu'elles représentent auprès des autorités et des mutuelles. Elles ont donc de nombreux contacts avec le monde politique. Cela leur confère un certain pouvoir.

Les **associations** de patients, elles, ont pour objectif de « *contribuer au bien-être des patients et de leurs proches (...). Elles assurent des missions d'entraide, de soutien et d'information. Elles mettent aussi leurs services à disposition des institutions et des professionnels de la santé avec qui elles souhaitent travailler en complémentarité.* » (LUSS, 2018).

Parmi les organisations ayant du pouvoir, on compte également l'**Ordre des médecins** qui se compose des organes suivants : 10 Conseils provinciaux, un Conseil d'appel francophone, un Conseil d'appel néerlandophone, et le Conseil national. « *Juridiquement, il n'est pas une association ou une organisation de droit privé à laquelle un médecin peut s'affilier librement.* » (Ordre des médecins, 2018). L'inscription est obligatoire pour tous les médecins pratiquant en Belgique. Ses missions sont de garantir l'intégrité morale des médecins, d'agir dans l'intérêt des patients, de la santé publique et du bien-être général. Il défend également l'autonomie de la profession et la qualité des soins (Ordre des médecins, 2018).

Il existe d'autres organisations qui représentent leurs intérêts auprès des pouvoirs publics comme par exemple **SIMILES**. C'est « *une association de familles et d'amis de personnes atteintes de troubles psychiques, qu'elles soient diagnostiquées ou non. Elle s'appuie sur le soutien d'une équipe de professionnels. Elle est soutenue par les pouvoirs fédéral et régional (...).* » (SIMILES, 2017b). Son expertise est reconnue par les autorités publiques, ce qui lui confère le rôle de **partenaire** à part entière des acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux dans la réforme actuelle que connaît le secteur des soins de santé mentale (SIMILES, 2017b).

La multitude des acteurs et de leur domaine de prédilection nous aident à comprendre les causes et les raisons de la **difficulté** de l'implémentation d'une réforme dans les soins de santé mentale.

⁷ FIHP : Fédération des Initiatives d'Habitations Protégées

Chaque acteur défendant sa position et ses intérêts, on peut imaginer la complexité qu'ils subsiste à les coordonner, à les mettre d'accord et à travailler ensemble. « *Une telle diversité d'acteurs, de secteurs, de professionnels et de services constitue à la fois une richesse et un enjeu de cette réforme.* » (Grard, Nicaise & Lorant, 2015).

Il y a eu, en 2010, une première évaluation de l'implémentation de la réforme 107. Cette même année, des chercheurs ont interrogé diverses parties prenantes du domaine de la santé mentale pour identifier et comprendre leur point de vue face aux objectifs de la réforme.

2.4.4. Évaluation de la réforme : enquête aux parties prenantes

D'après Novella (2010), l'implémentation du projet de réforme dans l'organisation des soins de santé mentale **n'a pas atteint** les objectifs prévus en regard des attentes originelles. En effet, lors de l'évaluation de la réforme « article 107 », les chercheurs ont constaté que les parties prenantes étaient réticentes à réduire le recours à l'hospitalisation mais qu'elles soutenaient les objectifs de **réinsertion sociale** et de **soins dans la communauté**. Pourtant ces deux objectifs semblent aller de pair dans le programme de la réforme. On remarque dès lors un certain **paradoxe** dans les priorités des parties prenantes interviewées à l'époque (Lorant et al., 2014). Ce phénomène pourrait s'expliquer par un **manque de compréhension** des objectifs de la réforme par les parties prenantes.

On constate même que les réseaux se constituent de différents acteurs qui ont chacun une perception des objectifs de la réforme différente ainsi que des attentes et des pratiques variables. Il devient compliqué d'organiser des services de manière uniforme et de les coordonner selon un schéma « pré-défini » (Thunus, 2018). De plus, les usagers n'ont pas non plus les mêmes besoins du réseau (Lorant et al., 2014).

Un des résultats de cette évaluation révèle que les **hôpitaux** psychiatriques gardent le statut de **partenaires privilégiés** pour les cinq fonctions de la réforme, ce qui est un **frein** à l'objectif soutenant la réduction du recours à l'hospitalisation. Par ailleurs, la continuité des soins en matière d'échange d'informations et de liens entre les médecins généralistes et les psychiatres semble être « *moins bien valorisée, ce qui est une barrière à l'objectif d'amélioration de l'intégration des soins* » (Grard, Nicaise & Lorant, 2015). Cependant, les résultats montrent d'autre part que l'accessibilité aux services de soins et aux traitements est bonne, ce qui est favorable pour l'atteinte de l'objectif favorisant les soins dans le milieu de vie des usagers (Grard, Nicaise & Lorant, 2015).

Enfin, l'évaluation met en exergue le manque d'intégration sociale des usagers. Cela se reflète par un faible accès à l'emploi, un isolement social et relationnel et une faible utilisation des services sociaux (Grard, Nicaise & Lorant, 2015).

Afin de comprendre ce qui influence et détermine les choix des acteurs dans leur pratique, il semble nécessaire d'analyser plus en profondeur l'impact de ceux-ci sur l'implémentation, la réussite voire l'échec de la réforme. Pour ce faire, un cadre théorique, le modèle de Shiffman, qui décrit pourquoi à un moment donné une question de santé s'inscrit à l'agenda politique, semble être approprié dans ce contexte. Tout d'abord parce qu'il n'a jamais été appliqué dans le cadre des soins de la santé mentale. Aussi, ce modèle nous permettra de comparer les résultats de l'évaluation de la réforme de 2010 avec la nouvelle évaluation qui s'est déroulée en 2018. Enfin, il nous aidera à analyser les réponses des parties prenantes en matière d'objectifs de la réforme.

2.5. Le modèle de Shiffman

Le modèle de Shiffman est un cadre heuristique proche de la « théorie de l'agenda » cherchant, par exemple, à identifier les facteurs contribuant à la mise à l'agenda politique d'une question de santé publique. « Pourquoi certaines initiatives dans les politiques globales de santé sont plus prioritaires au niveau international et national alors que d'autres ne reçoivent que peu d'attention ? » Ce modèle, pour répondre à cette question, a étudié le phénomène en suivant un certain cadre composé de 4 catégories : la **force des acteurs** impliqués dans l'initiative ; le **pouvoir des idées** qu'ils utilisent pour décrire la question ; la nature des **contextes politiques** dans lesquels ils opèrent et les **caractéristiques** de la question elle-même.

Ce modèle vise à comprendre les raisons d'un échec d'implémentation car on s'est rendu compte qu'« *une priorité politique mondiale seule n'est pas suffisante pour résoudre un problème international* » (Shiffman & Smith, 2007). Il subsiste d'autres obstacles qui se heurtent à la réussite d'une réforme.

Dans ce mémoire, ce sont les deux premières catégories qui seront investiguées plus en détail pour une question de choix méthodologique. Les deux suivantes sont étudiées largement dans la revue de littérature par ailleurs. Voici, dans le tableau 1, la présentation des quatre catégories du modèle de Shiffman ainsi que les facteurs constituant une priorité politique. La dernière colonne fait état de l'enjeu de la désinstitutionnalisation en santé mentale, en Belgique.

Catégories	Description	Facteurs constituant une priorité politique	Enjeu de la désinstitutionnalisation belge en santé mentale
Le pouvoir des acteurs	La force des individus et des organisations concernés par la question	• Réseaux d'influence centrés sur les personnes et institutions concernées. Il faut qu'il y ait suffisamment d'acteurs avec suffisamment de pouvoir/autorité pour faire bouger les choses. • Leaders capables d'emporter l'adhésion. • Institutions capables de coordonner l'action. • Soutien de la société civile (opinion publique, médias, groupes d'intérêts, etc.)	• En Belgique, les acteurs régionaux se sont vus conférer beaucoup de compétences en matière de santé mentale depuis la 6^{ème} Réforme de l'État, le réseau d'influence du secteur est très fragmenté entre ces parties prenantes ce qui ralentit l'implémentation de politiques et/ou de pratiques concrètes. • La répartition des compétences entre l'État fédéral, les entités fédérées comme les Régions et les Communautés belges complexifie la compréhension de la répartition du pouvoir formel et informel et rend difficile l'identification des leaders légitimes dans le secteur. • Beaucoup d'acteurs représentant différents niveaux de pouvoir sont concernés par le secteur des soins de santé mentale. C'est une des raisons de la complexité de la coordination des soins et de services du domaine. • « <i>Si les acteurs soutiennent la philosophie qui sous-tend "Psy 107", sa concrétisation pose question.</i> » (La Libre, 2017). L'opinion publique semble remettre en question la réalisation des objectifs de la réforme.
Les idées	La manière dont les personnes impliquées décrivent la question	• Le consensus politique sur la formulation du problème (définition, causes, solutions potentielles, ...) : la manière de présenter les choses. • La capacité de valider cette formulation auprès de l'opinion publique	• Certaines définitions des objectifs de la réforme dans les soins de santé mentale ne sont pas comprises unanimement par tous les acteurs de terrain. Cela rend l'implémentation de ces objectifs complexe dans le sens où il semble que les buts poursuivis ne sont pas communs à toutes les parties prenantes de la santé mentale (Grard, Nicaise & Lorant, 2015). • Étant donné la diversité des services, des fonctions et des intérêts défendus par les personnes influentes au sein du milieu psychiatrique, la formulation des objectifs de réforme en santé mentale constitue un point d'importance majeure à la validation de ceux-ci auprès des acteurs politiques décisionnels.

Tableau 1. Le modèle de Shiffman. (Shiffman & Smith, 2007)

Catégories	Description	Facteurs constituant une priorité politique	Enjeu de la désinstitutionnalisation du système belge de santé mentale
Le contexte politique	L'environnement dans lequel les acteurs opèrent	• Fenêtres politiques : Moments favorables à l'action, à l'introduction d'idées nouvelles. • Action politique : s'inscrit dans l'action globale de gouvernance. Cohérence de l'action.	• Lors du lancement de la réforme 107, le gouvernement belge se trouvait en affaires courantes, ce qui a d'emblée mis à mal sa bonne implémentation. • Pour des raisons d'économie, d'autonomie et de responsabilisation des patients, on a vu se développer le processus de désinstitutionnalisation des soins qui permettait de répondre à ces objectifs en termes d'organisation des soins.
Les spécificités du problème	Les caractéristiques du problème	• Le problème est compréhensible, étayé par des preuves. • Suffisamment important • Solutions envisageables, compréhensibles, effectives, efficaces, simples à mettre en œuvre, peu coûteuses	• La santé mentale est un problème parfois méconnu ou sous-estimé dans la prise en charge des patients qui en souffrent. • Au vu des coûts et des chiffres de prévalence et d'incidence de la santé mentale, elle est considérée comme partie intégrante de la bonne santé globale. Il est donc indispensable qu'un remaniement dans l'organisation des soins soit entrepris concrètement. • La compréhension et la connaissance des objectifs de la réforme dans l'organisation des soins de santé mentale ne sont pas toujours acquises par les acteurs de terrain. Cela influence sans nul doute la mise en place des recommandations émises par la réforme 107.

Tableau 1. Suite.

Pour conclure, la tendance historique de la désinstitutionnalisation reste incertaine dans de nombreux pays de l'OCDE y compris en Belgique. En outre, la fragmentation du pouvoir formel et informel, le nombre d'acteurs actifs dans l'organisation de l'offre de soins de santé mentale, les nombreux services variés à coordonner et la nécessité de compréhension des parties prenantes, rendent compliqués la mise en œuvre d'un agenda d'institutionnalisation.

La démarche « *bottom-up* » adoptée par la réforme 107 compte de nombreux avantages car elle tend à répondre au mieux aux besoins des professionnels, aux besoins des patients et à ceux de la réalité pratique des services. Néanmoins, elle compte également de nombreux inconvénients en conférant énormément de pouvoir aux acteurs informels qui défendent leurs intérêts personnels. Cela complique l'harmonisation des pratiques et la coordination de celles-ci.

La question de recherche émergeant de cette problématisation est la suivante : « ***Quels sont les groupes d'acteurs influençant l'organisation de l'offre de soins en santé mentale et leurs idées sur les objectifs de la réforme 107 en 2018 ?*** ».

2.6. Hypothèses

L'**hypothèse principale** est que les **objectifs** de la réforme perçus comme **prioritaires** aux yeux des parties prenantes ont **changé** depuis 2010. Depuis la première évaluation de la réforme, le secteur des soins de santé mentale a connu de nombreux remaniements structurels et organisationnels qui pourraient expliquer ce changement.

Une autre hypothèse serait que les choix d'objectifs prioritaires feront émerger certaines coalitions d'acteurs ayant priorisés ces mêmes objectifs. Ces coalitions d'acteurs peuvent être similaires et avoir des points communs entre les professions des acteurs ou entre les régions par exemple. A contrario, une autre hypothèse serait que certaines coalitions seront en total dissensus dans leur choix d'objectifs.

On suppose aussi que le fait de soutenir certaines **interventions** concrètes sera en lien avec les objectifs priorisés. Par exemple, si un acteur a soutenu **l'intervention** modifiant le **financement** de **l'hospitalisation** psychiatrique, on s'attend à ce qu'il soutienne **l'objectif** offrant des **hospitalisations de courtes durées**. Dans le cas contraire, on s'attend à découvrir d'autres **déterminants** influençant le choix des acteurs dans leur **pratique professionnelle**, comme par exemple des incitants financiers ou organisationnels.

Enfin, l'identification des **acteurs formels** et **informels** au sein du secteur de la psychiatrie va permettre de comprendre qui sont les personnes capables d'influencer l'implémentation des objectifs de la réforme 107.

2.7. Buts et objectifs

Ce mémoire répond, avant tout, à une demande de la part de l'Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) de l'Université Catholique de Louvain situé à Woluwe-Saint-Lambert qui s'interroge sur les raisons favorisant ou non l'implémentation de la réforme article 107 dans le domaine de la santé mentale.

Dans un premier temps, ce mémoire a pour **but** d'identifier les objectifs perçus comme prioritaires aux yeux des parties prenantes belges en matière d'organisation de l'offre de soins en santé mentale en 2018.

Il subsiste plusieurs objectifs de réalisation pour ce dernier. Tout d'abord, il s'agit **d'identifier** les **groupes** d'acteurs ayant du **pouvoir officiel et officieux** dans l'organisation de l'offre de soins en santé mentale. Ensuite, grâce à l'émergence de ces groupes, on souhaite mettre en lumière les **consensus** et les **dissensus** entre les **idées** des acteurs, afin de comprendre les difficultés et les **freins** à l'implémentation de la réforme.

Il s'agit également de pouvoir mettre en **lien** les **objectifs poursuivis** comme prioritaires **avec** les **interventions** soutenues par les acteurs qui réforment le secteur des soins de santé mentale. Enfin, à l'aide du cadre heuristique de **Shiffman**, on s'attend à identifier les **conditions** à réunir autour des dimensions des acteurs et des idées du secteur de la santé mentale qui freinent ou facilitent l'implémentation de la réforme. En effet, cela expliquera ce qui compromet la mise à l'agenda politique cette problématique de santé.

3. Méthode

La méthode de ce mémoire se base principalement sur l'utilisation du modèle de Shiffman afin de répondre aux hypothèses émises sur la problématique du sujet. Ce modèle va surtout servir à synthétiser les idées des acteurs à propos des objectifs de la réforme. Pour rappel, le modèle de Shiffman est articulé en quatre catégories. Celles-ci sont composées de plusieurs dimensions déterminant la manière dont une question de santé est priorisée à l'agenda politique. Seules deux des catégories seront approfondies dans les analyses de ce mémoire, à savoir celle des « acteurs » et celle des « idées ».

Les données pour l'analyse sont issues de l'enquête du KCE HSR52.

3.1. Enquête du KCE HSR52

En 2017, à l'initiative du groupe de travail intercabinet « *taskforce soins de santé mentale* », le projet du centre d'expertise des soins de santé (KCE HSR52) a été lancé. Le projet porte sur l'évaluation des **avantages** et des **inconvénients** de l'organisation des services de santé mentale en Belgique. Mais également sur la manière dont ceux-ci vont **entraver** ou **améliorer** la **transition** vers le modèle de **soins** privilégiant le traitement, la réhabilitation et la réinsertion des patients dans la **communauté**.

Le KCE a mandaté l'UCLouvain ainsi que la KULeuven afin de réaliser cette enquête dans le but de produire un rapport sur l'organisation de l'offre de soins de santé mentale. Ce mémoire fait partie intégrante de ce projet. Le projet du KCE HSR52 s'est articulé en deux parties : une première partie qualitative et une seconde quantitative.

3.1.1. Partie qualitative

Cette partie de l'enquête consiste à identifier, en premier lieu, les **forces**, les **faiblesses**, les **lacunes** et les **chevauchements** qui subsistent dans l'offre locale de soins. Ces concepts facilitent ou entravent la réalisation des objectifs de la réforme en cours en Belgique. Les objectifs poursuivis par la réforme, pour rappel, sont : la **désinstitutionnalisation**, l'**inclusion**, la **décatégorisation**, l'**intensification** et la **consolidation** des soins (Thunus et al., 2018). Ceux-ci ont été abordés à travers une discussion en groupes focaux. Les participants ont traité les diverses dimensions liées au système de soins locaux en mentionnant leurs préférences, leurs forces perçues (ressources) et leurs faiblesses (manquements) à travers une vignette organisationnelle présentée en début de discussion (Thunus et al., 2018).

3.1.1.1. Échantillon qualitatif

Au total, dix groupes de discussion réunissant des professionnels de la santé, des représentants d'usagers, de familles et de services, ont été organisés. En Wallonie, quatre groupes focaux ont été organisés, en Flandre cinq et à Bruxelles un seul.

On dénombre 121 participants pour cette partie de l'enquête répartis comme suit : 55 en Wallonie et à Bruxelles et 66 en Flandre. Le taux de réponse a varié entre 25 et 76% entre les régions sélectionnées pour l'enquête. Dans le cadre de ce mémoire, nous utiliserons les données des **cinq groupes focaux** de la partie **francophone** pour des raisons de choix méthodologiques.

3.1.1.2. Méthode et analyses qualitatives

Les verbatim issus des groupes de discussion vont permettre d'appuyer les résultats découverts dans la partie quantitative. Ceux-ci vont aussi permettre d'appuyer la véracité et la significativité des résultats quantitatifs.

Grâce à cette analyse, on souhaite mettre en avant que les idées défendues en groupe correspondent aux idées défendues en pratique, lors du choix des objectifs prioritaires dans le questionnaire quantitatif.

Les groupes de discussion seront analysés grâce à des catégories thématiques prédéfinies. Ces catégories thématiques sont basées sur les déterminants des « acteurs » et des « idées » du modèle de Shiffman à savoir les « réseaux d'influence », les « leaders », et le « consensus politique sur la formulation du problème ».

Selon la manière dont les acteurs définissent le problème, le comprennent et, la manière dont ils perçoivent les solutions envisagées, leur formulation du problème sera influencée et aura des conséquences pour la mise en place d'actions au niveau des autorités publiques.

Enfin, les verbatim des parties prenantes seront synthétisés à la suite des résultats quantitatifs.

3.1.2. Partie quantitative

Les principaux **objectifs** de cette partie de l'enquête du KCE (cf. annexe V, page 89) sont tout d'abord de faire « **ressortir les valeurs** qui sous-tendent les attentes exprimées par les parties prenantes quant à l'organisation des soins de santé mentale dans la transition vers un modèle de soins communautaires qui favorisent l'intégration sociale des personnes ayant des besoins en santé mentale » (Smith et al., 2018). Puis, elle vise à « **évaluer les préférences** des parties prenantes en matière d'interventions organisationnelles combinant les valeurs identifiées » (Smith et al., 2018).

Étant donné que la première partie qualitative de l'enquête a permis de mettre en évidence les caractéristiques qui facilitent ou entravent la réalisation de la réforme 107, cette partie-ci cherche des **moyens concrets** pour améliorer notre système de soins en santé mentale.

3.1.2.1. Échantillon quantitatif

Les participants ont été invités à répondre à une **enquête** en ligne. Au total, 1174 personnes ont été contactées avec un échantillon attendu de 290 répondants à l'enquête. Le taux de réponse au questionnaire était de 40% en moyenne et s'est réparti différemment entre les régions : 27% en Wallonie, 64% à Bruxelles et 27% en Flandre.

L'échantillon final s'est composé de 469 répondants. Pour une question de choix méthodologique, seules les parties prenantes ayant donné leur consentement éclairé à la participation du sondage ont servi à l'analyse des réponses soit 456 parties prenantes.

3.1.2.1. Méthode et analyses quantitatives

Plusieurs sections de l'enquête quantitative du KCE ont servi aux analyses de ce mémoire. La plupart des analyses ont été réalisées dans le logiciel statistique « SPSS® ». Seule l'analyse classificatoire a été réalisée à l'aide du logiciel « SAS entreprise miner ».

Les réseaux de parties prenantes :

Les répondants ont été interrogés sur leurs composantes sociales comme leur profession leur région, leur institution et leur ancienneté. Cela a permis de réaliser des **statistiques descriptives** sur les caractéristiques sociodémographiques des répondants.

Cette partie répondra à la catégorie des « **acteurs** » dans le cadre de Shiffman et au déterminant des « **réseaux d'influence** ».

Les leaders :

Pour évaluer le niveau de pouvoir des parties prenantes, une auto-évaluation de la capacité d'influence a été réalisée dans l'enquête du KCE. Les parties prenantes devaient évaluer leur influence et celle de leur institution sur l'organisation des soins de santé mentale. Le score final est un score sur 20 (0/20 correspondant à une faible capacité d'influence, 20/20 correspondant à une grande capacité d'influence).

Cette variable va permettre d'identifier les « **leaders** » au sein de la catégorie des « **acteurs** » dans le modèle de Shiffman.

Il est essentiel de connaître les acteurs capables d'emporter l'adhésion et capables de changer une organisation comme cela était prévu au sein de la réforme 107. En pratique, la personne détenant le pouvoir légitime n'est pas toujours le leader tel que définit.

Une **analyse de variance** (analysis of variance, en anglais (**ANOVA**)) a été réalisée pour mettre en exergue la différence des moyennes du score d'influence par profession, par service et par région.

Les objectifs perçus comme prioritaires :

Les répondants à l'enquête ont dû classer **par ordre de priorité** les objectifs de la réforme des soins de santé mentale, en leur octroyant à chacun un score allant de 0, représentant une faible priorité, à 100, représentant une grande priorité à leurs yeux. Le total des scores attribués aux six objectifs devait être égal à 100 (cf. annexe VI, page 100).

L'analyse de cette section va permettre de répondre à la catégorie de Shiffman des « **idées** » et au déterminant portant sur « le **consensus politique** sur la **formulation** du **problème** ». En effet, cette partie répond à l'hypothèse que les objectifs de la réforme perçus comme prioritaires aux yeux des acteurs ont évolué depuis la première évaluation de la réforme, en 2010.

Pour cette variable, des **statistiques descriptives** ont été réalisées afin de décrire les scores moyens obtenus par objectif.

Aussi, une **analyse de variance** a été réalisée sur la différence des moyennes octroyées aux objectifs de la réforme. Cette analyse a également servi à étudier les différences de moyennes entre professions, services et régions des répondants. Si la p-valeur de F (valeur du test ANOVA) est inférieure à 0,05, cela signifie que la différence de moyennes des objectifs est significativement différente entre les parties prenantes.

Ensuite, une **analyse classificatoire** ou « clustering hiérarchique ascendant » a été réalisée sur base des moyennes octroyées aux objectifs. L'objectif de cette analyse est de **regrouper** les répondants dans plusieurs classes mutuellement exclusives, sans connaître ces classes à l'avance. Le but est de faire émerger différentes coalitions de parties prenantes. Les personnes au sein de chaque coalition auront les mêmes perceptions en matière d'objectifs de la réforme. Ce regroupement s'effectue grâce à la notion de distance (de proximité) entre les observations de manière à ce que les membres d'une même classe soient les plus « proches » possible.

La mesure utilisée pour calculer la distance entre deux points est euclidienne car cette mesure est basée sur la localisation des points dans l'espace, en l'occurrence le score moyen attribué aux objectifs prioritaires. La méthode utilisée pour calculer cette distance se nomme « saut de Ward » et est utilisée dans le logiciel « SAS entreprise miner ». Cette distance représente la perte d'inertie interclasse due à l'agrégation des classes. L'inertie interclasse mesure « l'éloignement » des centres des classes entre elles. Plus cette inertie est grande, plus les classes sont bien séparées.

Cette analyse produit également un graphique appelé « dendrogramme » permettant d'observer les groupes générés par l'analyse. On « coupe » le dendrogramme avant une forte perte d'inertie interclasse. Cela signifie qu'on va sélectionner le nombre de « classes » à étudier pour pouvoir expliquer un certain pourcentage de variabilité des scores moyens des objectifs.

Des statistiques descriptives ont permis d'étudier les coalitions de parties prenantes générées par l'analyse classificatoire. Un test de chi-carré (χ^2) a également été réalisé sur les variables des professions, des services et des régions des coalitions. Cette analyse est utilisée pour les variables quantitatives catégorielles afin de tester l'influence de ces variables sur les moyennes octroyées aux objectifs de la réforme. En d'autres termes, on cherche à savoir si les parties prenantes d'une même profession s'accordent en matière d'objectif, par exemple.

Corrélation entre les objectifs de la réforme

Étant donné que la répartition des scores de priorité ne devait pas dépasser 100 points, une corrélation entre les objectifs de la réforme a été réalisée afin de mesurer l'impact du design de l'enquête sur l'attribution des scores. Grâce au coefficient de corrélation de Pearson, on peut observer l'influence que le choix de l'objectif prioritaire a eu sur le score moyen des autres objectifs. Le coefficient de corrélation de Pearson a pour objectif de détecter la présence ou non d'une relation linéaire entre deux variables quantitatives continues. Cet indice (symbolisé par « r ») est compris entre -1 et 1. Au plus l'indice est proche de -1, au plus la relation linéaire entre les 2 objectifs de la réforme testés est négative. Au plus l'indice est proche de 1, au plus la relation linéaire entre les 2 objectifs testés sera positive. Si l'indice est égale à zéro, cela signifie qu'il n'y a pas de relation linéaire entre les objectifs.

Lien entre les objectifs et les interventions perçus comme prioritaires

À travers l'enquête, les répondants devaient faire face à des choix d'interventions concrètes en matière d'organisation des soins de santé mentale. Au total, ils ont dû faire face à 3 choix composés chacun de 3 interventions concrètes.

Ensuite, ils ont dû réaliser un classement de ces trois interventions par ordre de priorité avec 1, correspondant à une grande priorité et 3 à une faible priorité (cf. annexe VII, page 101).

Cette partie rendra possible la **mise en lien** entre les **objectifs** choisis comme prioritaires et les **interventions** soutenues dans le secteur de la santé mentale. Cette partie entre dans la catégorie des « **idées** » dans le modèle de Shiffman et expliquera le déterminant du **consensus politique** sur la **formulation** du problème. En effet, on s'attend à ce que les répondants choisissent en priorité les interventions qui visent à implémenter les objectifs de la réforme qu'ils ont priorisés à travers le classement des objectifs. Par exemple, si une partie prenante soutient l'objectif de réduction de la **durée de séjour** hospitalier, on s'attend à ce qu'elle soutienne l'intervention modifiant le **financement** des **hospitalisations** psychiatriques.

Afin d'identifier un quelconque lien entre le choix des interventions concrètes et les objectifs perçus comme prioritaires, une **régression** logistique **univariée** a été réalisée. Cette analyse produit un indice appelé « Odds Ratio » (OR). Lorsque l'OR a une valeur supérieure ou égale à 1, cela signifie que l'intervention choisie a été considérée comme prioritaire aux yeux des parties prenantes. A contrario, lorsque cet indice a une valeur inférieure à 1, cela veut dire que l'intervention en question n'a pas été priorisée par les parties prenantes. Cette relation est significative si la p-valeur associée à l'OR est inférieure à 0,05.

4. Résultats

4.1. Catégorie de Shiffman : Les acteurs

La catégorie des « **acteurs** » du modèle de Shiffman est elle-même composée de quatre déterminants. Deux de ces déterminants seront étudiés plus spécifiquement, celui des « **réseaux d'influence** » et celui des « **leaders** ».

4.1.1. Les réseaux de parties prenantes

« Les réseaux de parties prenantes » ou « **réseaux d'influence** » est un déterminant centré sur les personnes et les institutions concernées par la question traitée. Ce déterminant est influencé par le nombre d'acteurs et le niveau de pouvoir de ceux-ci pour faciliter un changement.

Les caractéristiques de l'échantillon des parties prenantes interrogées sont présentées dans le tableau 2. Les parties prenantes ayant donné leur consentement éclairé à la participation de cette enquête sont au nombre de 456, dont 191 francophones. Dans la région flamande, on recense 234 répondants, 127 pour la région bruxelloise et 90 pour la région wallonne.

La moyenne en années d'ancienneté au sein du secteur de la santé et/ou de la santé mentale est de 19 ans avec une déviation standard (DS) de 11,5 ans.

En ce qui concerne les professions représentées, les **cliniciens** et les **managers** sont les principales, avec respectivement **48,9%** et **17,8%** de l'échantillon. Le reste de l'échantillon comprend les professions diverses, les responsables politiques, de l'administration publique, les représentants d'usagers, les responsables de l'administration publique et enfin les chercheurs et experts.

Les services dans lesquels ces parties prenantes œuvrent principalement sont répartis comme suit, **45%** travaillent au sein d'une **structure hospitalière**, d'un service de santé mentale ou d'un service social et **24,3%** des répondants travaillent au sein de **divers services** tels que les ASBL, les cabinets médicaux et les CPAS. Les autres services représentés sont les fédérations de services ou d'un organisme de coordination, les services d'administration ou d'un cabinet fédéral, régional ou communautaire. On recense également des universités, des organisations scientifiques, des associations professionnelles et enfin des mutuelles, et des personnes travaillant au sein de l'INAMI.

<u>Caractéristiques des parties prenantes (n = 456)</u>	<u>Statistiques descriptives</u>		<u>Score d'influence</u>		
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>$\bar{X}^8$</u> <u>(/20)</u>	<u>DS</u>	<u>Test F⁹</u> <u>(p-val.)</u>
Ancienneté en années (moyenne, déviation standard (DS))	19,0	11,5	/	/	/
Score d'influence total moyen	456	100	14	3,6	/
Langues					
- Néerlandais	265	58,1	14,0	3,6	0,3 (0,6)
- Français	191	41,9	14,2	3,6	
Régions :					
- Flandre	234	51,3	14,0	3,7	0,5 (0,6)
- Bruxelles	127	27,9	14,0	3,4	
- Wallonie	90	19,7	14,4	3,6	
- Valeurs manquantes	5	1,1	/	/	
Professions					
- Clinicien ou en contact avec les patients (santé/social)	223	48,9	13,4	3,6	13,2**
- Manager/gestionnaire d'institution	81	17,8	16,9	2,2	
- Autre (enseignant, coordinateur, directeur, responsable de projet, ...)	54	11,8	12,9	3,7	
- Responsable politique	43	9,4	14,8	2,7	
- Usager ou représentant d'usagers ou de familles	26	5,7	13,0	4,2	
- Responsable de l'administration	16	3,5	13,9	3,0	
- Chercheur et expert	13	2,9	13,2	3,9	
Services					
- Hôpital, service de santé ou service social	205	45,0	14,6	3,4	1,9 (0,1)
- Autre (ASBL, cabinet médical, CPAS, équipe mobile, ...)	111	24,3	13,1	4,0	
- Fédération de services ou organisme de coordination	47	10,3	14,4	3,8	
- Administration ou cabinet fédéral, communautaire ou régional	40	8,8	14,1	2,6	
- Université ou organisation scientifique	22	4,8	13,4	3,9	
- Association professionnelle	15	3,3	13,7	4,1	
- INAMI/RIZIV ou Mutuelles	14	3,1	14,1	3,5	
- Valeurs manquantes	2	0,4	/	/	

Tableau 2. Caractéristiques des parties prenantes et score moyen de la capacité d'influence sur l'organisation des soins de santé mentale.

⁸ $\bar{X}$: Moyenne du score d'influence /20.

⁹ Test F : résultat d'une ANOVA comparant la différence de moyennes du score d'influence par profil de parties prenantes.

** : p-valeur < 0,01.

A travers l'analyse des groupes focaux, certains propos sont ressortis comme reflétant la diversité des avis sur la question de la définition de la problématique et de la détention du pouvoir dans le secteur de la santé mentale, par les parties prenantes. Or, il est connu que la manière dont les acteurs définissent le problème aura une influence sur la résolution de celui-ci (Hudson & Lowe, 2004). D'ailleurs, une éducatrice travaillant au sein d'une équipe mobile (EM) a soulevé la complexité de cette branche de la santé :

[Éducatrice au sein d'une EM, Région Wallonne] : « [...] *[c'est] aussi nébuleux parce que parfois c'est **difficile de comprendre** qui collabore avec qui, qui dépend de qui, où il y a des sous-services et ce genre de choses et déjà pour moi en tant que professionnelle ce n'est parfois **pas évident**, alors pour les patients j'ose imaginer la **complexité** justement de cette **diversité** [...]. »*

Un psychiatre a fait ressortir le fait que le pouvoir dans le domaine de la psychiatrie est resté à l'hôpital malgré les efforts de réforme :

[Psychiatre dans plusieurs EM, Région Wallonne] : « [...] *c'est la question de l'hôpital, chez nous ça reste quand même très fort [...] **hospitalo-centré**, avec **le pouvoir qui reste à l'hôpital**, un hôpital est globalement quand même dans une position de crise parce qu'au départ l'hôpital, c'est quand même l'asile, le lieu de l'accueil de la psychose [...]. Donc on sait plus très bien que faire, [...] et je trouve qu'il y a vraiment **un déficit du côté ambulatoire**, [...]. »*

Tandis qu'un directeur d'hôpital psychiatrique (HP), lui, a remarqué le manque d'attribution des rôles de pouvoir dans les soins psychiatriques :

[Directeur général d'un HP, Région Wallonne] : « [...] *c'est compliqué pour le gestionnaire, parce que ses **moyens sont insuffisants** et qu'on lui demande de faire des choses avec [...] des moyens [...] insuffisants ou qui pourraient être plus focalisés. C'est compliqué aussi dans la façon de manœuvrer l'organisation, parce que la **multiplicité** des organisations et la **disparité** et le **manque de clarté** dans qui décide de quoi et **qui est responsable** de quoi, [...]. »*

4.1.2. Les leaders

Le déterminant des « **leaders** » consiste à identifier les acteurs détenant la capacité d'emporter l'adhésion sur une décision en cours. Le score d'influence des parties prenantes qui ont participé à l'enquête est présenté dans le tableau 2 (cf. chapitre 4.1.1).

Avec un score moyen de capacité d'influence de 14/20, les parties prenantes interrogées se considèrent comme influentes dans le secteur de la santé mentale, avec une DS de 3,6. On observe des **différences de moyennes** en matière d'influence entre les **professions** des parties prenantes ($F = 13,2^{**}$). Cependant, il n'y en a pas entre les services, ni entre les régions, ni entre les néerlandophones et francophones.

La catégorie des professions « autres » indique le score moyen d'influence **le plus faible** avec **12,9/20** (DS = 3,7) alors que celle des managers et gestionnaires d'institution indique le score moyen **le plus élevé** avec **16,9/20** (DS = 2,2).

Dans la répartition des scores moyens d'influence par service, l'hôpital se considère comme étant le service le plus influent avec un score de **14,6/20** (DS = 3,4). Tandis que la catégorie des services « autres » indique le score moyen d'influence le plus faible avec **13,1/20** (DS = 4,0).

L'analyse par région révèle que le score moyen de la capacité d'influence oscille entre 14 et 14,4/20 avec une déviation standard comprise entre 3,4 et 3,7.

Afin de comprendre ces différents scores d'influence, les groupes focaux ont révélé certaines pistes pour pouvoir identifier les leaders formels et informels dans le secteur de la santé mentale. Un coordinateur bruxellois s'est exprimé sur la difficulté de coordonner ces différents niveaux d'influence en Belgique :

[Coordinateur d'une plateforme, Bruxelles-Capitale] : « Et donc on passe son temps à essayer de s'articuler, et donc ce serait bien de renvoyer aux politiques que ce serait bien de, à son niveau, s'articuler un tout petit peu parce que ça ne facilite pas le travail d'organisation du secteur, et cette transversalité. »

Cependant, un directeur d'institution hospitalière psychiatrique a estimé qu'il manquait un « leader » pour les prises de décision dans l'organisation des soins psychiatriques :

[Directeur général d'un HP, Région Wallonne] : « [Il] y a une hiérarchie fonctionnelle mais pas une vraie hiérarchie et donc dans beaucoup d'organisations c'est le cas. Parfois, surtout quand les moyens sont insuffisants, surtout quand l'organisation est compliquée, parfois il faut qu'il y ait quelqu'un qui puisse prendre une décision, parfois impopulaire ou pas, mais je trouve que ça manque un peu. »

Enfin, un coordinateur de réseau a remarqué qu'il y avait certaines parties prenantes qui ne se sentaient pas légitimes pour se faire entendre dans cette organisation des soins :

[Coordinateur de réseau, Région Wallonne] : « [...] il y a des corpus d'intervenants qui ne se sentent pas légitimés d'interpeller le secteur de la santé mentale, c'est trop loin de nous, on nous écoute pas, on estime qu'on n'est pas assez expert, on ne va pas être entendus... »

4.2. Catégorie de Shiffman : Les idées

La catégorie des « **idées** » dans le modèle de Shiffman définit la manière dont les personnes impliquées décrivent la question posée, la manière dont celles-ci comprennent les objectifs, les solutions envisagées mais également la compréhension des concepts utilisés pour définir cette problématique. Pour rappel, celle-ci est articulée autour des six objectifs de la réforme en santé mentale en Belgique et surtout autour de la perception que les parties prenantes en ont.

4.2.1. Consensus politique sur la formulation du problème

Plusieurs parties prenantes ne s'entendent toujours pas quant à la définition du problème de la santé mentale. Par exemple, lors des échanges en groupes focaux, un médecin spécialiste a fait part de son point de vue sur la santé mentale :

[Psychiatre dans plusieurs EM, Région Wallonne] : « Alors la première chose c'est la **question de la santé mentale**. Pour moi c'est quelque chose d'extrêmement **large**, et je trouve d'assez **mal défini**. Et on ne sait pas très bien où ça commence et où ça s'arrête la santé mentale alors... Et là-dedans on met dans ce gros paquet aussi bien des grosses questions de schizophrénie que des questions de gens qui ont des difficultés professionnelles à un moment donné et viennent consulter, et c'est compliqué pour moi de mettre tout dans le même panier. Donc je trouve que là il y a un processus maintenant qui vise à ouvrir, à gommer les frontières, mais aussi avec une **difficulté de définir** de savoir de quoi on parle exactement. »

Dans le même ordre d'idée, un psychologue a fait part de son point de vue face à la définition du concept de « référent » en santé mentale :

[Psychologue dans une maison médicale, Région Wallonne] : « Pour moi il y a une **question de vocabulaire**. Quand on parle de référent, c'est plutôt une espèce de case manager. Pour moi un référent c'est dans une équipe, celui au sein de l'équipe vis-à-vis de qui il y a un focus privilégié. »

Pour illustrer la complexité de l'implémentation de la réforme, une coordinatrice s'est exprimée sur sa perception de celle-ci ainsi que sur la difficulté de coordonner les services :

[Coordinatrice d'un réseau 107, Région Wallonne] : « Donc on a vraiment un tout gros boulot à faire, et aussi entre la **vision qu'il y a du SPF**, de ce qu'elle a, de ce que nous on se dit on va devoir boulotter et de ce que les secteurs en perçoivent, alors ça c'est quand même encore un **beau gros décalage**. Parce que on est quand même pris tout le temps entre le marteau et l'enclume, entre le réseau qui dit, ben nous on a besoin, de l'ABCD, et le SPF dit alors, XY, vous y arrivez comment cette année? Oulah! Nous on commence D, pas sûr qu'on arrive à la fin de l'alphabet maintenant. Donc c'est là en quoi je dis que c'est un vrai gros **changement de culture** de travailler cette coordination et donc du coup ça bouscule tout le monde, ça demande énormément d'énergie en plus. »

Étonnamment, un psychiatre bruxellois directeur d'un service de santé mentale (SSM) a remis en question l'importance de l'atteinte d'un consensus entre les parties prenantes du secteur :

[Psychiatre et directeur d'un SSM, Bruxelles-Capitale]: « [...] on n'est pas obligé d'être dans le consensus tu vois. **Il n'y a rien de pire, que le consensus**, moi je suis désolé mais, pour les patients ce qui est utile c'est que les intervenants puissent proposer des choses différentes, parce que tout d'un coup, et bien il va s'agripper à ce qui pour lui est important. »

En revanche, une représentante de proche au sein d'une ASBL bruxelloise a déclaré que les différences de représentation de la santé mentale pouvaient entraîner des conflits :

[Représentante de proches dans une ASBL, Bruxelles-Capitale] : « [...] on est tous d'accord pour s'entendre, dire qu'il faut **mettre l'usager au centre du soin**, concrètement, ça ne peut pas vouloir dire une chose à l'hôpital, une autre chose dès qu'on a quitté les murs de l'hôpital. Et c'est là où on a des **représentations différentes**, je pense qu'à un moment donné, ça devient **conflictuel**. Donc il faut quand même **préciser certains termes, certains concepts**, [...] et puis ensuite, voilà c'est clair qu'en ambulatoire, on ne travaille pas de la même manière ou les mêmes moyens qu'en hospitalier, et réciproquement, etc. Mais voilà, travailler avec l'usager, ça peut pas vouloir dire A dans tel lieu, B dans tel... »

4.2.1.1. Objectifs de la réforme perçus comme prioritaires

Les scores moyens de priorité des objectifs de la réforme en santé mentale sont présentés dans le tableau 3.

Dans l'échantillon global, l'objectif, pour lequel le score moyen de priorité le plus élevé a été donné, est celui qui **garantit une continuité** entre les différents secteurs de l'aide et du soin avec **25,2/100** (DS = 14,6). Dans **49,6%** des classements des parties prenantes, il a été placé en première priorité. En revanche, « **offrir des hospitalisations de courte durée** » est l'objectif avec le **plus faible score** de priorité moyen, avec **12/100** (DS = 12,1). En outre, **60,1%** des répondants ont classé cet objectif en dernière position de leur classement. Les autres objectifs comme « impliquer les usagers dans le développement et l'offre de nouveaux services », « soigner les usagers au sein de leur communauté », « aider les usagers à établir des liens avec leur quartier et leur communauté » et « soutenir les usagers dans l'atteinte de leurs objectifs de vie » ont un score moyen de priorité variant entre 12,9/100 (DS = 9,7) à 18,4/100 (DS = 13,2).

Entre les **différentes professions**, on ne remarque pas de différence significative dans l'attribution des scores moyens aux objectifs de la réforme. Toutes les professions s'accordent pour prioriser l'objectif garantissant la continuité des services de l'aide et du soin.

En revanche, l'objectif « offrir des **hospitalisations de courte durée** » a le plus petit score de priorité moyen pour les **cliniciens**, les **usagers**, les **managers** et les « **autres** ».

Par contre, concernant la répartition des scores moyens de priorité **par service**, il y a une **différence significative** pour l'objectif **garantissant la continuité** des services et celui soutenant les **objectifs de vie** des usagers. Cependant malgré cette différence dans les scores octroyés, l'objectif **garantissant une continuité** des **services** de l'aide et du soin reste le plus prioritaire pour tous les types de services. « Offrir des **hospitalisations de courte durée** » est l'objectif de la réforme qui a été classé en dernier par les services hospitaliers, les « autres » et les fédérations de services avec un score oscillant entre **11,4** et **11,6/100** et une DS variant entre 9,5 et 12,7.

A propos des différences de moyenne **entre régions**, soutenir les objectifs de vie des usagers semble être controversé ($p\text{-valeur} < 0,05$). Malgré tout, la région de Bruxelles, la Flandre et la Wallonie s'accordent pour octroyer le plus d'importance à l'objectif **garantissant une continuité** entre les différents **secteurs** de l'aide et du soin avec un score moyen allant de **24,1** (DS = 12,4) à **25,4** (DS = 14,8). Les 3 régions s'accordent également pour donner le plus petit score de priorité à l'objectif offrant des **hospitalisations de courte durée** avec un score moyen allant de **10,2** (DS = 10,9) à **13,3** (DS = 14,9).

<u>Moyenne de l'échantillon</u>	<u>Objectifs</u>					
	Continuité soins	Objectifs de vie usagers	Soin usagers commun.¹⁰	Liens usagers commun.	Impliquer usagers services	Courtes hospit.
Moyenne totale (/100 (DS))	25,2 (14,6)	18,4 (13,2)	18 (11,1)	13,4 (8,6)	12,9 (9,7)	12 (12,1)
Objectif classé en 1^{er} (n (%))	226 (49,6)	151 (33,1)	124 (27,2)	65 (14,3)	68 (14,9)	63 (13,8)
Objectif classé en dernier (n (%))	45 (9,9)	126 (27,6)	103 (22,6)	169 (37,1)	206 (45,2)	274 (60,1)
<u>Moyenne par profil de parties prenantes</u>	Continuité soins	Objectifs de vie usagers	Soin usagers commun.	Liens usagers commun.	Impliquer usagers services	Courtes hospit.
Profession						
- Clinicien ou en contact avec les patients (santé/social)	24,5 (13,4)	19,4 (14,4)	17,2 (10,5)	14,1 (8,8)	13,4 (9,5)	11,4 (11,6)
- Usager et représentant d'usagers ou de familles	21,1 (15,9)	19,2 (13,6)	19,7 (13,7)	15,6 (11,0)	14,3 (12,6)	10,2 (8,1)
- Responsable de l'administration	27,3 (11,4)	15,8 (13,1)	20,3 (12,2)	9,4 (7,5)	15,3 (10,9)	11,9 (14,7)
- Responsable politique	27,3 (12,2)	14,4 (11,7)	18,5 (12,1)	13,2 (9,3)	9,8 (7,0)	16,9 (14,1)
- Chercheur et expert	35,4 (30,0)	9,8 (7,5)	17,5 (9,3)	12,7 (8,1)	13,6 (7,2)	11,0 (8,0)
- Manager/gestionnaire d'institution	25,7 (15,8)	19,7 (12,2)	18,7 (12,2)	12,1 (7,5)	12,0 (9,8)	11,8 (13,7)
- Autre (enseignant, directeur, responsable de projet, ...)	24,6 (13,0)	18,1 (9,8)	18,2 (10,3)	13,2 (7,5)	13,3 (10,4)	12,6 (11,4)
Test F profession (p-valeur)	1,44 (0,2)	2,06 (0,06)	0,47 (0,8)	1,44 (0,2)	1,27 (0,3)	1,44 (0,2)

Tableau 3. Score moyen de priorité des objectifs de la réforme pour l'échantillon, par profession, par service et par région.

¹⁰ Communauté

<u>Moyenne par profil de parties prenantes</u>	<u>Objectifs</u>					
	Continuité soins	Objectifs de vie usagers	Soin usagers commun.	Liens usagers commun.	Impliquer usagers services	Courtes hospit.
Service						
- Hôpital, service de santé ou service social	25,5 (15,1)	19,4 (14,5)	18,3 (11,6)	13,0 (8,5)	12,2 (10,2)	11,6 (12,7)
- Autre (ASBL, cabinet médical, CPAS, équipe mobile, ...)	22,0 (11,4)	20,4 (12,9)	18,1 (11,4)	15,4 (8,5)	12,6 (8,7)	11,4 (9,5)
- Fédération de services ou organisme de coordination	25,1 (14,4)	17,6 (9,8)	16,6 (9,9)	13,1 (7,5)	16,2 (11,8)	11,4 (11,8)
- Administration ou cabinet fédéral, commun. ou régional	29,6 (19,5)	13,2 (11,9)	18,0 (12,0)	12,1 (10,2)	13,1 (8,3)	14,2 (15,5)
- Université ou organisation scientifique	24,0 (11,3)	15,4 (10,1)	17,3 (7,5)	12,7 (8,7)	15,8 (8,8)	14,9 (15,1)
- Association professionnelle	26,3 (11,1)	17,0 (10,5)	16,0 (8,7)	13,0 (8,5)	13,3 (6,5)	16,0 (11,7)
- INAMI/RIZIV ou Mutuelles	36,5 (16,9)	11,5 (10,5)	20,0 (12,4)	11,2 (9,8)	9,6 (8,5)	11,2 (10,4)
Test F service (p-valeur)	2,50 (0,016)	2,56 (0,019)	0,32 (0,93)	1,44 (0,19)	1,48 (0,17)	0,69 (0,68)
Région						
- Flandre	24,1 (12,4)	19,5 (11,8)	18,7 (10,8)	14,0 (8,2)	12,0 (8,8)	11,8 (10,4)
- Bruxelles	27,0 (17,8)	15,5 (13,5)	16,3 (11,1)	13,6 (9,0)	14,2 (10,4)	13,3 (14,9)
- Wallonie	25,4 (14,8)	19,7 (15,1)	18,4 (11,9)	12,2 (8,8)	14,1 (10,6)	10,2 (10,9)
Test F région (p-valeur)	1,63 (0,20)	4,33 (0,01)	1,88 (0,16)	1,31 (0,27)	2,85 (0,06)	1,86 (0,16)

Tableau 3. Suite

4.2.1.2. *Corrélation entre les objectifs de la réforme*

Le tableau 4 présente les coefficients de corrélation de Pearson pour les 6 objectifs de la réforme qui ont été présentés aux parties prenantes dans le questionnaire de l'enquête. En effet, les répondants ont dû octroyer un score maximum de 100 à **répartir** entre les 6 objectifs.

Toutes les corrélations entre les objectifs de la réforme sont négatives. Cela fait sens car le design de l'enquête a permis de confronter les répondants à des choix de priorité entre les objectifs. Ils ont dû faire des concessions dans leur distribution de priorité pour ne pas dépasser le score maximal de 100 points.

La corrélation significative la plus forte est entre l'objectif garantissant une **continuité** des soins et celui soutenant l'usager dans l'atteinte de ses **objectifs de vie** avec un coefficient de **-0,34** (p-valeur < 0,01). Cela signifie que lorsque le score moyen de l'objectif garantissant une continuité des soins **augmente**, le score moyen soutenant les objectifs de vie des usagers **diminue** de 34% en moyenne et inversement.

Ensuite, on observe une **diminution** de **29%** du score moyen de l'objectif **impliquant les usagers** dans l'offre de nouveaux **services** si le score moyen de l'objectif garantissant la **continuité** des services **augmente** et inversement. Cette même **diminution** s'observe entre l'objectif garantissant la **continuité** entre les services de l'aide et du soin et l'objectif soignant les **usagers dans la communauté**.

Enfin, on remarque aussi une relation linéaire négative de **29%** entre l'objectif aidant les usagers à établir des **liens avec leur quartier** et leur **communauté** et celui garantissant la **continuité** entre les différents services de l'aide et du soin.

<u>Objectifs</u>	Impliquer usagers services	Soin usagers commun.	Courtes hospit.	Continuité soins	Liens usagers commun.	Objectifs de vie usagers
Impliquer usagers services	1	/	/	/	/	/
Soin usagers commun.	-0,16**	1	/	/	/	/
Courtes hospit.	-0,23**	-0,13**	1	/	/	/
Continuité soins	-0,29**	-0,29**	-0,13**	1	/	/
Liens usagers commun.	0,015 (0,75)	-0,04 (0,46)	-0,27**	-0,29**	1	/
Objectifs de vie usagers	-0,07 (0,14)	-0,27**	-0,33**	-0,34**	-0,07 (0,15)	1

**p-valeur < 0,01

Tableau 4. Corrélation entre les objectifs de la réforme perçus comme prioritaires.

4.2.1.1. Interventions concrètes perçues comme prioritaires

Les résultats moyens de priorité des interventions concrètes en matière d'organisation des soins de santé mentale sont présentés dans le tableau 5.

L'intervention la plus priorisée dans le domaine de l'organisation de la santé mentale est : « **augmenter l'offre de services d'accueil inconditionnel et immédiat** » avec un score de **1,6** (DS = 0,7) et est soutenue par **50,4%** des répondants.

L'intervention visant à « **augmenter l'offre de services de psychothérapie** » est aussi l'une des plus **prioritaires** avec un score de **1,7** (DS = 0,8) et est soutenue par **50,4%** des répondants. Enfin « **augmenter l'offre en hébergement** » est la troisième intervention la plus priorisée avec **1,8** de score moyen (DS = 0,7) et est soutenue par **41,2%** des répondants.

A contrario, les interventions concrètes considérées comme étant les moins prioritaires sont « **offrir du soutien à l'emploi** » avec un score de **2,6** (DS = 0,6), « **implémenter un système d'accueil d'enregistrement et de partage** » avec un score de **2,5** (DS = 0,7) et « **mettre en place une structure de gouvernance locale** » avec un score de **2,1** (DS = 0,9). Ce sont également ces mêmes interventions qui ont été soutenues par le moins de parties prenantes.

<u>Interventions concrètes</u>	<u>Moyenne</u> <u>/3</u>	<u>DS</u>	<u>Classé en 1^{er}</u> <u>n (%)</u>	<u>Classé en dernier</u> <u>n (%)</u>
Augmenter l'offre de services d'accueil inconditionnel et immédiat	1,6	0,7	230 (50,4)	65 (14,3)
Augmenter l'offre de services de psychothérapie	1,7	0,8	230 (50,4)	115 (25,2)
Augmenter l'offre en hébergement	1,8	0,7	188 (41,2)	82 (18)
Implémenter un plan de soins individualisé	1,8	0,7	180 (39,5)	71 (15,6)
Offrir un incitant financier pour les professionnels travaillant en service ambulatoire	1,9	0,8	174 (38,2)	114 (25)
Modifier le financement de l'hospitalisation psychiatrique	2	0,8	143 (31,4)	139 (30,5)
Mettre en place une structure de gouvernance locale	2,1	0,9	139 (30,5)	203 (44,5)
Implémenter un système d'accueil d'enregistrement et de partage	2,5	0,7	46 (10,1)	270 (59,2)
Offrir du soutien à l'emploi	2,6	0,6	37 (8,1)	308 (67,5)

Tableau 5. Interventions concrètes dans l'organisation des soins de santé mentale perçues comme prioritaires.

4.2.1.2. *Coalitions des parties prenantes en matière d'objectifs de la réforme*

La figure 5 illustre le dendrogramme aussi appelé « arbre de classification » qui est un outil graphique illustrant non seulement les **liaisons** entre les classes (ou « clusters », en anglais) mais aussi la hauteur des branches indiquant le **niveau** de **proximité** interclasse.

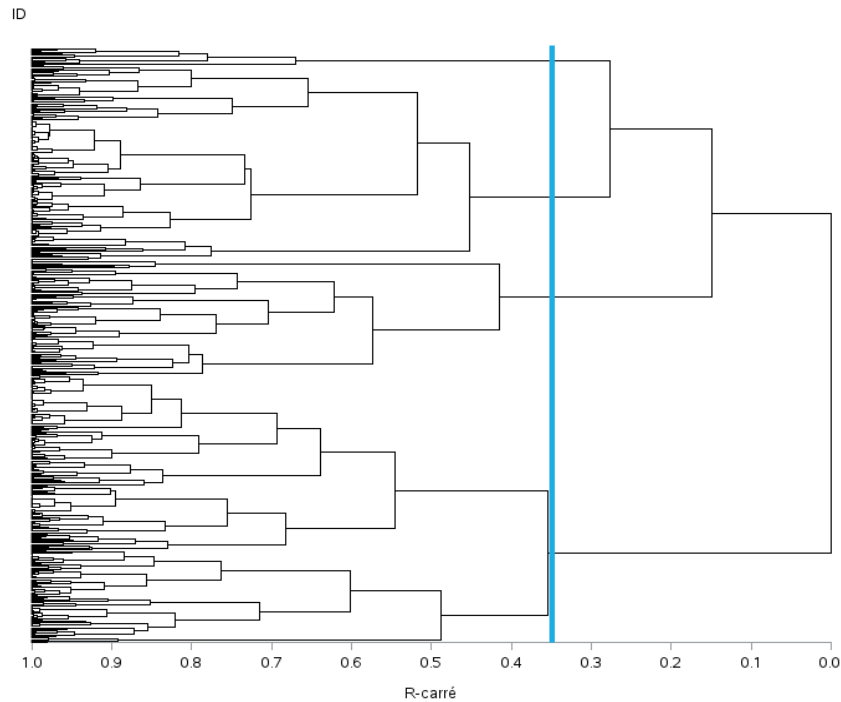


Figure 5. Dendrogramme des coalitions sur les objectifs perçus comme prioritaires.

Le nombre de lignes horizontales traversées par la ligne bleue sur la figure 5 représente le nombre de groupes d'influence qui sera étudié, soit au total quatre groupes distincts. Ces 4 groupes d'influence expliquent 35% de la variation (appelée « R-carré ») des scores moyens octroyés aux objectifs de la réforme.

4.2.1.1. *Objectifs perçus comme prioritaires par coalition*

Le tableau 6 présente les différentes moyennes attribuées aux objectifs de la réforme par coalition de parties prenantes.

On remarque que pour les 6 objectifs la p-valeur de F est statistiquement significative (p-valeur < 0,01). Cela signifie que les **moyennes octroyées** par les coalitions sont **significativement différentes entre-elles**.

Les valeurs de l'ANOVA (test F) sont les plus élevées pour l'objectif **offrant des hospitalisations de courte durée** et pour l'objectif **garantissant une continuité** entre les différents **services** de l'aide et du soin. Cela signifie que ces mêmes objectifs sont les plus **controversés** entre les coalitions de parties prenantes. Il semble y avoir un dissensus entre les parties prenantes dans les choix de priorité de ces 2 objectifs de la réforme.

Chaque groupe a priorisé un objectif différent de la réforme. En effet le groupe 1 « **pro-continuité des soins** » soutient l'objectif **garantissant une continuité** entre les différents secteurs de l'aide et du soin avec une moyenne de **45,5/100**. En revanche, il a octroyé une moyenne de **6,8/100** à l'objectif **impliquant les usagers dans le développement** et l'offre de nouveaux **services**.

Le groupe 2 des « **indécis** », lui, n'a pas vraiment donné priorité à un objectif particulier de la réforme. Pour les 6 objectifs les « indécis » ont octroyé des scores qui oscillent entre **11,2/100** pour l'objectif aidant les usagers à établir des liens avec leur quartier et leur communauté et **21/100** pour l'objectif visant à soigner les usagers dans leur communauté.

Le troisième groupe « **anti-courte hospitalisation** » n'a octroyé que **2,3/100** de moyenne à l'objectif **réduisant les séjours hospitaliers**. Néanmoins, ils soutiennent « les **usagers** dans l'**atteinte** de leurs **objectifs** de vie » avec un score moyen de **23,1**.

Inversement, le groupe 4 « **pro-courte hospitalisation** » place en première priorité la réduction des séjours hospitaliers avec un score **53,8/100** en moyenne. Leur **plus petit score** est octroyé au soutien des usagers dans l'atteinte de leurs objectifs de vie. Ces deux derniers groupes sont donc diamétralement opposés dans leur choix de priorité en matière d'objectifs de réforme.

Objectifs de la réforme 107	Coalitions				Test ANOVA
	1-Pro-continuité (n=89)	2-Indécis (n=149)	3-Anti-courte hospit. (n=205)	4-Pro-courte hospit. (n=13)	F (p-valeur)
	Moyenne (DS)				
Offrir des hospitalisations de courte durée	9,9 (8,5)	19,4 (8,8)	4,9 (4,8)	53,8 (15,6)	244,9**
Garantir une continuité entre les différents secteurs de l'aide et du soin	45,5 (15,7)	20,6 (7,7)	19,8 (9,2)	26,2 (15,6)	136,3**
Soutenir les usagers dans l'atteinte de leurs objectifs de vie	14 (12,3)	15,9 (8,5)	23,1 (14,7)	2,3 (3,3)	28,45**
Impliquer les usagers dans le développement et l'offre de nouveaux services	6,8 (6,5)	11,8 (6,8)	16,7 (10,9)	7,7 (9,9)	23,4**
Aider les usagers à établir des liens avec leur quartier et communauté	11,3 (9,2)	11,2 (6,0)	16,5 (8,9)	3,8 (5,8)	22,1**
Soigner les usagers au sein de leur communauté	12,5 (11,0)	21,0 (11,7)	18,9 (9,5)	6,2 (7,4)	18,2**

**p-valeur < 0,01

Tableau 6. Objectifs perçus comme prioritaires au sein des différentes coalitions.

La figure 6 représente également les différentes moyennes attribuées aux objectifs de la réforme par groupe d'influence. Cette figure illustre simplement de manière graphique le tableau 6.

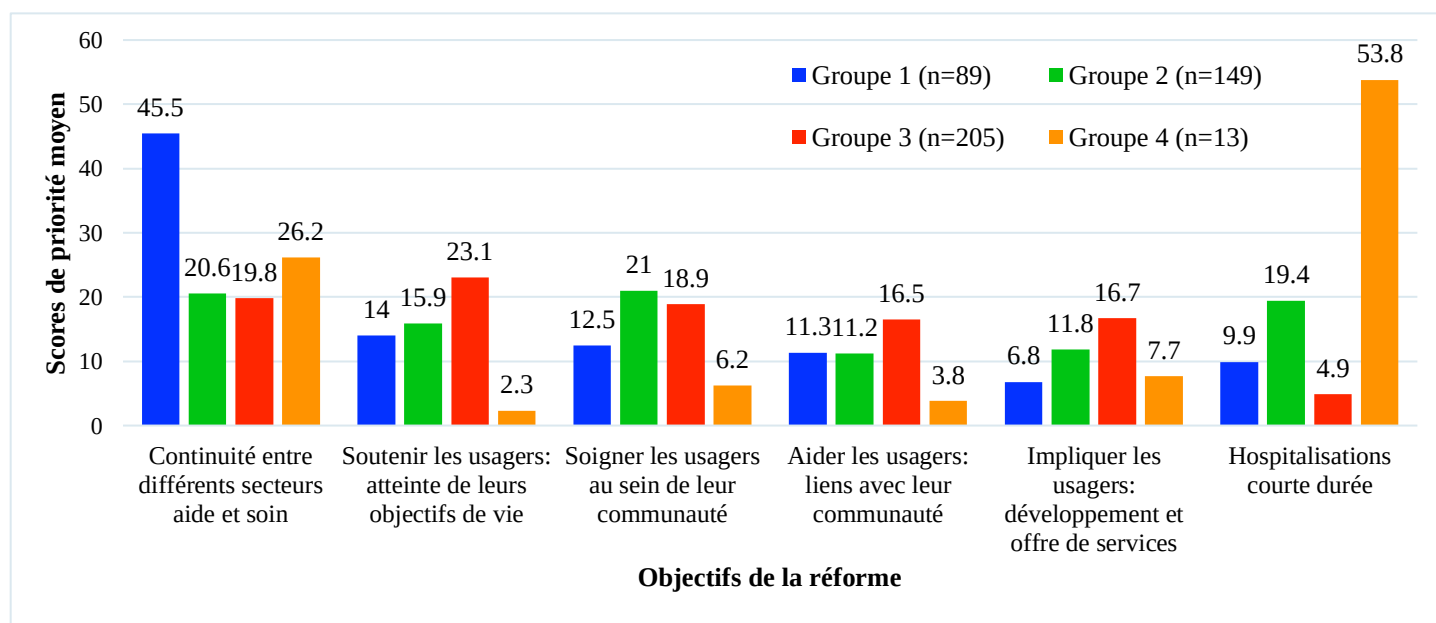


Figure 6. Graphe des objectifs de la réforme par coalition de parties prenantes.

Le tableau 7 présente les caractéristiques des parties prenantes qui composent les 4 coalitions. Le groupe 1 « **pro-continuité des soins** », le groupe 2 « **indécis** » et le groupe 3 « **anti-courte hospitalisation** » sont composés principalement de cliniciens et de managers. Leur score d'influence moyen oscille entre **13,6** pour le groupe 3 et 14,6/20 pour le groupe 2.

Enfin, le groupe 4 « **pro-courte hospitalisation** » se compose principalement de cliniciens à raison de 46,2% et de **décideurs politiques** avec un pourcentage de 30,8. Ce groupe se considère comme étant **le plus influent des 4** groupes avec **14,8/20** de score moyen. Le test de chi-carré nous indique qu'il n'y a pas de différence significative dans la composition des groupes, en termes de profession. Aussi, le score d'influence n'est pas non plus significativement différent entre les 4 groupes.

Les services représentés en plus grand nombre au sein des groupes sont les services sociaux et de santé. Il n'y a pas non plus de différence significative dans la composition des groupes pour la variable « service » (p-valeur = 0,85).

En revanche, la **représentativité des régions** au sein des 4 coalitions est significativement différente avec un p-valeur de 0,03. Les **trois premières coalitions** se composent principalement de **parties prenantes flamandes**. Le groupe 4 « **pro-courte hospitalisation** » se distingue avec **53,8% de bruxellois**.

Caractéristiques des parties prenantes	<u>Coalitions</u>				<u>Test</u> <u>chi-</u> <u>carré</u>
	1-Pro- continuité (n=89)	2-Indécis (n=149)	3-Anti-courte hospit. (n=205)	4-Pro-courte hospit. (n=13)	χ^{211} (p-val.)
	n (%/groupe)				
Capacité d'influence (moyenne /20, DS)	14,1 (3,8)	14,6 (3,7)	13,6 (3,5)	14,8 (3,3)	56,2 (0,2)
Profession					
- Cliniciens	41 (46,1)	71 (47,7)	105 (51,2)	6 (46,2)	18,4 (0,43)
- Usagers	4 (4,5)	7 (4,7)	15 (7,3)	0	
- Administration	5 (5,6)	3 (2,0)	7 (3,4)	1 (7,7)	
- Décideurs politiques	7 (7,9)	18 (12,1)	14 (6,8)	4 (30,8)	
- Chercheurs et experts	3 (3,4)	5 (3,4)	5 (2,4)	0	
- Managers	20 (22,5)	28 (18,8)	32 (15,6)	1 (7,7)	
- Autres	9 (10,1)	17 (11,4)	27 (13,2)	1 (7,7)	
Service					
- Services sociaux/de santé	42 (47,2)	66 (44,3)	92 (44,9)	5 (38,5)	7,2 (0,85)
- Fédérations/Association de professionnels	15 (16,9)	26 (17,4)	32 (15,6)	4 (30,8)	
- Administrations/Cabinets/experts	13 (14,6)	18 (12,1)	26 (12,7)	3 (23,1)	
- Autres	19 (21,3)	37 (24,8)	54 (26,3)	1 (7,7)	
- Valeurs manquantes	/	2 (1,3)	1 (0,5)	/	
Région					
- Flandre	39 (43,8)	83 (55,7)	108 (52,7)	4 (30,8)	18,4 (0,03)
- Bruxelles	31 (34,8)	36 (24,2)	53 (25,9)	7 (53,8)	
- Wallonie	18 (20,2)	27 (18,1)	44 (21,5)	1 (7,7)	
- Valeurs manquantes	1 (1,1)	3 (2)	/	1 (7,7)	

Tableau 7. Caractéristiques des coalitions de parties prenantes selon la perception des objectifs prioritaires.

Certains propos issus des groupes de discussion pourraient illustrer les idées des différents groupes d'influence. En voici quelques exemples, avec la réserve que ces propos proviennent des groupes focaux et non des répondants à l'enquête quantitative.

¹¹ χ^2 = symbole du test de Chi-carré mesurant l'influence des variables de professions, services et régions sur les moyennes des objectifs de la réforme.

Le groupe 1 « **pro-continuité des soins** » est représenté par des parties prenantes soutenant l'objectif garantissant une continuité entre les secteurs de l'aide et du soin. Plusieurs acteurs ont soutenu cette idée de continuité des soins :

[Médecin généraliste et directeur dans une maison médicale, Région Wallonne] : « Rupture aussi que j'observe [...] c'est que le patient passe d'un service à l'autre, et puis après éventuellement il sort de l'hôpital c'est l'équipe mobile intensive qui intervient, mais l'équipe intensive c'est maximum un mois donc après c'est une autre équipe mobile, et c'est encore d'autres gens, et puis après ils arrivent chez nous et c'est encore d'autres gens, donc y a là vraiment un sérieux problème, [...] je pense que ce qui est important dans le domaine de la santé mentale [...], c'est le lien et la continuité. »

Une personne-cadre d'un hôpital psychiatrique en Région wallonne a soulevé le manque de liaison entre les différentes structures psychiatriques existantes :

[Cadre nursing d'un HP, Région Wallonne] : « [...] je pense qu'il existe beaucoup de structures qui permettent aux usagers quand même de pouvoir être orientés, mais il manque de liens entre ces structures-là. Et puis à améliorer, ça rentre dans cette idée-là, que l'offre existe mais, comment améliorer finalement, que les gens se parlent, que la communication se fasse mieux pour optimiser ce qui existe déjà. »

Un directeur de maison médicale et médecin généraliste de formation a soumis une idée pour améliorer cette coordination des secteurs de l'aide et du soin :

[Directeur d'une maison médicale et médecin généraliste, Région Wallonne] : « Pour moi, il faut qu'on se parle au début de l'hospitalisation, [...] pendant l'hospitalisation, [...] avant la fin de l'hospitalisation pour voir comment on prépare la sortie, [...]. Et donc l'idée c'est de mettre en place des procédures, pour se mettre d'accord avec les hôpitaux et les acteurs de l'ambulatoire sur un système, [...] qui soit praticable, et qui fasse qu'on puisse travailler ensemble, parce qu'aujourd'hui on ne travaille pas ensemble, et ça cause des tas de problèmes... »

Le groupe 2 des « **indécis** » ne semble pas soutenir fermement un objectif de la réforme en particulier puisque leur moyenne octroyée entre les objectifs ne varie que très peu entre ceux-ci. Il semble que ces personnes ne soutiennent pas particulièrement les objectifs de la réforme des soins de santé mentale :

[Coordinateur d'une plateforme, Bruxelles-Capitale] : « Je crois que c'était un sociologue qui expliquait qu'une discontinuité sont quand même des moments de respiration pour les patients, et donc c'est important de pouvoir lâcher le 107 à certains moments. Donc la discontinuité n'est peut-être pas aussi négative que ça. »

Le groupe 3 « **anti-courte hospitalisation** » a montré une sorte d'opposition à l'objectif offrant des hospitalisations de courte durée en leur octroyant un faible score de priorité.

Ce groupe d'influence est le plus grand car il compte à lui seul 205 parties prenantes. Plusieurs acteurs de professions différentes ont exprimé cette « opposition » à la réduction des durées de séjour lors des discussions :

[Psychiatre dans plusieurs équipes mobiles, Région Wallonne] : « [...] moi je suis pas du tout sûre que ça va coûter moins cher d'augmenter, de diminuer le temps de séjour à l'hôpital. Les gens vont rester trois semaines, ils partent, ils vont revenir trois semaines après, ou plus de mises en observation ou que sais-je... Pour l'instant en tout cas, chez nous, on a fermé les lits T, on a augmenté les lits A, [...], ça veut dire quoi, ça veut dire que ça génère plus de fric quoi. »

[Co-coordonateur et responsable médical d'une ASBL, Bruxelles-Capitale] : « [...] parfois l'hôpital accepte de garder un lit une semaine de plus, le temps qu'on arrive à décider le patient d'arriver... Je trouve que ça se sont des choses qui ouvrent les portes des possibles et pour que cette souplesse reste possible, il faut un minimum de moyens et il faut un cadre qui ne soit pas trop contraignant... »

Un responsable d'un département santé mentale (SM) en Région wallonne a exprimé un certain risque pour les patients qui se retrouvent hors des murs de l'hôpital :

[Responsable d'un département SM, Région Wallonne] : « [...] puisque les hôpitaux ont fermé des lits, et bien il y a des gens qui ne sont pas tout à fait rétablis, même pas rétablis du tout, [...]. Maintenant il ne sont pas assez bien que pour entrer en habitation protégée. Il y a pas de place en MSP, et donc il y a des gens qui se trouvent simplement dans la rue, simplement parce qu'il n'y a pas de place. »

Une autre partie prenante a souligné le « manque de volonté » unanime pour pouvoir implémenter cette réduction des séjours hospitaliers :

[Directrice générale de soins intercommunaux, Région Wallonne] : « Au niveau du territoire, nous avons ici à Liège, une forte inspiration basaglienne, [...]. Si on veut le ramener ici en Belgique la difficulté c'est qu'on est en Belgique. Et que il n'y a pas eu de modèle d'implémentation [comme] en Italie, [...] on est sur un territoire qui est déterminé, une organisation centrale, qui fait que cette organisation centrale va être en sécurité quand elle fermera quelque chose, pour ouvrir autre chose. Et de gérer ce qui est le plus pertinent pour le moment dans les besoins du territoire. Donc ici on nous demande de le faire comme si tout le monde était merveilleusement dans la volonté d'être en complémentarité alors que pas nécessairement, chacun doit aussi assurer sa survie et donc peut être en concurrence. »

A contrario, le groupe 4 « **pro-courte hospitalisation** » a soutenu cet objectif de courte durée de séjours hospitaliers. Cependant, comme les parties prenantes interrogées lors des groupes focaux ne représentaient pas pour la plupart la fonction de décideurs politiques, aucun propos ne semble illustrer ce groupe d'influence dans l'analyse qualitative.

4.2.1.2. Interventions perçues comme prioritaires par coalitions

Le tableau 8 présente le score de priorité moyen des interventions concrètes par coalition. D'une manière générale, on remarque qu'il y a peu de **différence** de priorité en matière d'interventions concrètes entre les coalitions de parties prenantes. Néanmoins, l'intervention visant à **implémenter un plan de soins individualisé** (PSI) est la plus controversée entre ces 4 coalitions ($F = 4,57^{**}$). D'autre part, modifier le **financement de l'hospitalisation** psychiatrique et **offrir un incitant financier** pour les professionnels **ambulatoires** sont également des interventions controversées entre les 4 coalitions.

Enfin, le groupe 4 « pro-courte hospitalisation » a soutenu en priorité l'intervention augmentant l'offre en hébergement. Étonnamment, il n'a pas soutenu la modification du financement hospitalier. Pourtant cette intervention semble aller de pair avec l'objectif offrant des courtes hospitalisation.

Interventions concrètes	<u>Coalitions</u>				<u>Test ANOVA</u>
	1-Pro-continuité (n=89)	2-Indécis (n=149)	3-Anti-courte hospit. (n=205)	4-Pro-courte hospit. (n=13)	F (p-valeur)
	Moyenne (DS)				
Implémenter le PSI	1,98 (0,67)	1,73 (0,70)	1,67 (0,70)	2,0 (0,70)	4,57**
Modifier le financement de l'hospitalisation psychiatrique	2,10 (0,80)	1,83 (0,77)	2,07 (0,78)	1,85 (0,80)	3,73*
Offrir un incitant financier pour les professionnels travaillant en service ambulatoire	1,71 (0,74)	1,98 (0,8)	1,84 (0,78)	2,15 (0,80)	2,95*
Offrir du soutien à l'emploi	2,54 (0,71)	2,57 (0,64)	2,66 (0,59)	2,23 (0,73)	2,41 (0,067)
Augmenter l'offre de services d'accueil inconditionnel et immédiat	1,64 (0,68)	1,65 (0,74)	1,60 (0,71)	2,08 (0,86)	1,82 (1,42)
Augmenter l'offre de services de psychothérapie	1,58 (0,84)	1,75 (0,84)	1,81 (0,82)	1,85 (0,99)	1,59 (0,19)
Implémenter un système d'enregistrement et de partage	2,44 (0,71)	2,52 (0,64)	2,52 (0,67)	2,15 (0,80)	1,45 (0,23)
Mettre en place une structure de gouvernance locale	2,19 (0,84)	2,20 (0,84)	2,09 (0,87)	2,00 (0,91)	0,68 (0,57)
Augmenter l'offre en hébergement	1,83 (0,78)	1,78 (0,75)	1,74 (0,70)	1,69 (0,85)	0,29 (0,83)

*p-valeur < 0,05 / **p-valeur < 0,01

Tableau 8. Interventions concrètes perçues comme prioritaires au sein des différents groupes d'influence.

4.2.1.3. *Lien entre les objectifs et les interventions perçus comme prioritaires*

Le tableau 9 présente le lien entre les objectifs choisis et le choix des interventions concrètes. En termes de significativité (p-valeur <0,05), le fait d'avoir soutenu l'objectif « **impliquer les usagers** dans le développement et l'offre de **nouveaux services** » augmente significativement la probabilité de choisir l'intervention « **augmenter** l'offre de **services de psychothérapie.** » (OR = **1,022***).

La probabilité de choisir l'implémentation du plan de soins individualisé (**PSI**) est significativement plus **faible** (OR = **0,972****) si les parties prenantes ont soutenu l'objectif impliquant les **usagers** dans le développement et l'offre de **nouveaux services**.

Ensuite, soutenir l'objectif offrant des **hospitalisations** de **courte** durée augmente la probabilité de choisir l'intervention offrant un **incitant** financier pour les **professionnels** travaillant en service **ambulatoire** (OR = **1,020***). A contrario, ce même choix d'objectif **diminue** significativement la **probabilité** de soutenir l'intervention **modifiant** le **financement** de **l'hospitalisation** psychiatrique (OR = **0,981***).

Enfin, avoir priorisé l'objectif « **garantir** une **continuité** entre les différents **secteurs** de l'aide et du soin » diminue significativement la probabilité de soutenir l'intervention offrant du **soutien** à l'**emploi** (OR = **0,979***) ainsi que l'intervention augmentant l'**offre** des **services** de **psychothérapie** (OR = **0,985***). Cependant, ce choix d'objectif augmente la probabilité de soutenir l'intervention implémentant le PSI.

Interventions en lien avec les objectifs	<u>Logement</u>	<u>Accueil inconditionnel.¹² et immédiat</u>	<u>Emploi</u>	<u>Services psychot.¹³</u>	<u>PSI</u>	<u>Enregistr. et partage</u>	<u>Fin.¹⁴ services ambul.</u>	<u>Fin.⁷ HP</u>	<u>Gouver.¹⁵ locale</u>
	OR (p-valeur)								
Impliquer usagers services	1,005 (0,64)	0,994 (0,55)	1,004 (0,81)	1,022*	0,972**	1,017 (0,34)	0,996 (0,67)	1,007 (0,51)	0,998 (0,83)
Soins usagers commun.	0,991 (0,28)	1,004 (0,64)	1,02 (0,27)	1,011 (0,20)	0,99 (0,29)	0,994 (0,68)	0,999 (0,93)	1,006 (0,51)	0,995 (0,56)
Courtes hospit.	1,00 (0,87)	1,00 (0,83)	0,991 (0,50)	0,994 (0,47)	1,006 (0,45)	1,0 (0,99)	1,020*	0,981*	1,0 (0,97)
Continuité soins	1,005 (0,46)	1,003 (0,63)	0,979*	0,985*	1,023**	0,987 (0,18)	0,992 (0,241)	1,003 (0,644)	1,006 (0,44)
Liens usagers commun.	0,998 (0,83)	0,996 (0,71)	1,022 (0,28)	1,003 (0,75)	0,987 (0,24)	1,027 (0,16)	1,00 (0,97)	0,997 (0,795)	1,003 (0,82)
Objectifs de vie usagers	0,998 (0,80)	0,997 (0,67)	1,020 (0,21)	1,002 (0,80)	0,997 (0,70)	1,003 (0,83)	0,997 (0,68)	1,007 (0,41)	0,997 (0,69)

*p-valeur < 0,05 / **p-valeur < 0,01

Tableau 9. Lien entre les objectifs perçus comme prioritaires et le choix des interventions concrètes.

¹² Incondit. = inconditionnel

¹³ Psychot. = psychothérapie

¹⁴ Fin. = financement

¹⁵ Gouver. = gouvernance

5. Discussion

Les principaux résultats ont montré que les **managers** s'estimaient comme étant les acteurs les **plus influents** dans l'organisation des soins de santé mentale. Concernant les services, c'est **l'hôpital**, les services de santé et les services sociaux qui s'estiment être les plus influents.

Les acteurs, à travers les groupes focaux, ont fait part de leur **manque de compréhension** face à la **définition** de la santé mentale. Certains ont soulevé le manque de clarté quant à la hiérarchie fonctionnelle dans la prise de décision au sein de ce secteur.

En matière d'objectifs prioritaires de la réforme, **l'objectif privilégié** est celui qui **garantit** une **continuité** entre les **services** de l'aide et du soin. En revanche, l'objectif perçu comme étant le **moins prioritaire** est l'objectif offrant des **hospitalisations de courte durée**.

Dans les choix d'objectifs, il n'y a pas de différence en termes de moyennes entre **professions**. Cependant, en termes de **services**, l'objectif garantissant une continuité des soins et celui soutenant les objectifs de vie des usagers ont des moyennes significativement différentes. Le soutien de la continuité des soins a malgré tout été la première priorité pour tous. Soutenir les objectifs de vie des usagers a été plus priorisé par les services « autres » (ASBL, CPAS, cabinets). En revanche, le service de l'INAMI/RIZIV et des mutuelles l'a classé en dernier. Seul l'objectif soutenant les objectifs de vie des usagers s'est vu octroyer une moyenne différente lors de la comparaison par **région** des parties prenantes. La Wallonie l'ayant classé en premier et Bruxelles en dernier.

Si les acteurs soutenaient l'objectif de continuité des soins, ils avaient tendance à moins soutenir l'objectif de soutien des usagers dans leurs objectifs de vie, et inversement. Il semble donc que ces deux objectifs sont en opposition dans les priorités des acteurs.

Sur base des choix de priorité des acteurs en matière d'objectifs de la réforme, 4 coalitions ont émergées. Celles-ci sont relativement homogènes en termes de professions et de services mais se distinguent en termes de région. Les 4 coalitions soutiennent chacune des objectifs différents de la réforme. Deux de celles-ci sont diamétralement opposées dans leurs idées, le groupe 3, majoritairement composé de flamands, « anti-courte hospitalisation » et le groupe 4, majoritairement composé de bruxellois, « pro-courte hospitalisation ». Le groupe 1 « pro-continuité des soins » s'est rallié à la « majorité » des acteurs en termes d'idées tandis que le groupe 2 « indécis » ne semblait pas avoir d'idée tranchée en matière d'objectifs de la réforme. Ces deux groupes se composent principalement de flamands également.

Les interventions perçues comme prioritaires en matière d'organisation des soins de santé mentale n'ont pas de différence de moyenne significative excepté pour l'intervention implémentant le plan de soins individualisé (PSI).

On a constaté aussi que le fait de soutenir l'objectif de courte hospitalisation diminue la probabilité de soutenir la modification du financement de l'hôpital psychiatrique mais que ça augmente la probabilité de soutenir le financement des professionnels ambulatoires. Enfin, soutenir la continuité des services augmente la probabilité de choisir l'implémentation du PSI qui constitue lui-même un outil de continuité des soins. En revanche, cela diminue la probabilité de soutenir l'emploi et l'augmentation des services de psychothérapie.

5.1. Catégorie de Shiffman : Les acteurs

5.1.1. Les réseaux de parties prenantes

On s'aperçoit que de nombreux acteurs ont encore des difficultés à cerner la question de la santé mentale. Les concepts qui la définissent ne sont pas toujours bien compris non plus. Cependant, la bonne compréhension des acteurs en matière de définition du problème a une influence sur la résolution de celui-ci (Hudson & Lowe, 2004). On peut donc apercevoir ici une possible raison pour laquelle l'implémentation des objectifs de la réforme ne s'effectue pas correctement. De plus, au vu de la multitude d'acteurs jouant un rôle dans l'organisation des soins de santé mentale, il subsiste un manque de clarté dans l'identification des parties prenantes détenant le pouvoir informel. Certains acteurs pensent que le pouvoir reste hospitalo-centré malgré les efforts de réforme. Partant de ce postulat, réduire les durées de séjour hospitalier reste une problématique actuelle difficile à résoudre. De surcroît, certains acteurs tels que les usagers ne se sentent pas légitimes pour faire entendre leur voix en matière d'organisation de l'offre des soins.

Ensuite, les parties prenantes étant nombreuses et relevant d'un niveau de pouvoir différent, la fragmentation des services et des soins ne semble pas s'améliorer, alors que la continuité des soins était déjà un objectif prioritaire en 2010. Or, on sait que dans ce domaine de la santé, il est d'autant plus important d'assurer la coordination des acteurs et des soins. Cette fragmentation rend également complexe la mise en place d'un changement ou d'une décision dans l'organisation des soins. En effet, la réforme se veut d'atteindre plusieurs objectifs à la fois. Mais n'est-ce pas trop ambitieux pour notre système belge qui fait face à quelques difficultés dans l'atteinte d'un consensus ?

5.1.2. Les leaders

Les leaders sont définis comme étant les parties prenantes capables d'emporter l'adhésion à une prise de décision. Les résultats ont montré que les managers et gestionnaires d'institution s'estiment être les personnes les plus influentes. On aurait pu s'attendre à ce que ce soit les décideurs politiques qui détiennent déjà le pouvoir formel dans l'organisation des soins de santé mentale.

De plus, les institutions hospitalières, les services sociaux et de santé s'estiment également être les services les plus influents. Ces résultats peuvent expliquer en partie pourquoi le pouvoir reste centralisé à l'hôpital. En outre, la réduction des durées de séjours hospitaliers est un objectif controversé par les parties prenantes et est classé en dernière priorité par la majorité.

Sachant cela, la réforme se voit compromise dans l'atteinte de ses objectifs visant principalement à offrir des soins aux usagers au sein de leur milieu de vie, d'améliorer l'intégration des soins, de réduire le recours à l'hôpital et de soutenir la réhabilitation sociale.

On pourrait penser qu'il faudrait s'adresser aux managers et aux gestionnaires d'institution pour tenter de les convaincre et faciliter un changement. Cela permettrait de redéfinir clairement les enjeux de l'organisation de l'offre de soins en santé mentale et d'implémenter des solutions sur le terrain avec l'appui des managers influents. Le but serait d'harmoniser les définitions des concepts et de réduire les interprétations personnelles du problème.

Enfin, il est ressorti que certaines parties prenantes comme les usagers et leurs représentants ne se sentaient pas légitimés pour agir sur l'organisation des soins. Or, ce sont les personnes directement concernées par l'impact que l'organisation peut avoir sur l'offre de soins en santé mentale. Il est vrai que les usagers étaient peu représentés dans l'échantillon des répondants à l'enquête quantitative. Leur avis devrait sans doute avoir plus de poids dans les prises de décision politique. Dans le cas contraire, on risque d'être confronté à une offre de soins ne correspondant pas aux besoins de la population souffrant de troubles de santé mentale.

5.2. Catégorie de Shiffman : Les idées

5.2.1. Consensus politique sur la formulation du problème

Il semble que la formulation du problème de la santé mentale reste controversée. En effet, les professionnels de la santé eux-mêmes ont émis leur difficulté de s'y retrouver dans l'organisation de l'offre de soins en santé mentale. Cela a des conséquences sur la réorientation des usagers, au sein du système d'offre de soins en santé mentale, qui semble être insuffisamment effective selon les acteurs.

Concernant leurs idées en matière d'objectifs perçus comme prioritaires, il semble que la réduction de la durée des séjours hospitaliers est encore l'objectif le moins soutenu, comme c'était le cas lors de la première évaluation de la réforme en 2010 (Grard, Nicaise & Lorant, 2015). Le recours à l'hospitalisation subsiste encore trop important en Belgique. De manière contradictoire, les acteurs ayant soutenu cet objectif ne sont pas enclin à modifier le financement de l'hôpital psychiatrique. Or, ces deux idées semblent aller de pair dans le programme de la réforme. Cependant, on sait que l'organisation du financement des services de soins touche l'autonomie des parties prenantes.

En revanche, garantir la continuité des soins entre les différents services de l'aide et du soin est l'objectif le plus priorisé en moyenne par l'ensemble des parties prenantes. De plus, les parties prenantes semblent soutenir l'intervention visant à implémenter le plan de soins individualisé (PSI) qui constitue lui-même un outil de continuité des soins. Cela est encourageant pour améliorer la coordination entre les services et les acteurs au sein de ceux-ci.

Néanmoins, on a pu constater que les résultats de moyenne des objectifs de la réforme étaient en quelque sorte « lissés » par le design de l'enquête. En effet, choisir entre les objectifs de la réforme a placé les acteurs dans une position inconfortable car ceux-ci ne pouvaient pas tout prioriser. Grâce à cette mise en situation, on s'est rendu compte que plusieurs objectifs étaient négativement corrélés. En effet, lorsqu'un acteur a priorisé la continuité entre les services, celui-ci s'est vu octroyer, en moyenne, 34 points en moins à l'objectif soutenant les objectifs de vie des usagers. Une autre corrélation négative s'est observée entre l'objectif de continuité et l'objectif impliquant les usagers dans l'offre de nouveaux services ainsi que l'objectif soignant les usagers au sein de leur communauté. Les acteurs ont soutenu l'objectif de continuité des soins au détriment d'objectifs plus centrés sur les usagers et leurs soins dans la communauté.

Or, pour pallier à la fragmentation des secteurs et des acteurs belges, les parties prenantes semblent privilégier la continuité des soins au détriment des objectifs focalisés sur les usagers et sur les soins dans la communauté. Une hypothèse est qu'il y a peut-être une forme de « déresponsabilisation » de la part de certains acteurs dans la prise en charge des usagers. En effet, les acteurs soutiennent une plus grande continuité entre les services de l'aide et du soin et par conséquent les interventions en lien avec celle-ci comme l'implémentation du PSI. En revanche, les interventions comme le soutien à l'emploi passent au second plan en matière de priorité.

De plus, modifier le financement de l'hôpital psychiatrique est une intervention ayant moins de probabilité d'être soutenue par les parties prenantes qui favorisent la réduction des durées de séjours hospitaliers. Ces résultats semblent démontrer que dès lors qu'une solution met en péril leur autonomie et leur pratique professionnelle quotidienne, certaines parties prenantes semblent se « débiner » face à leur engagement envers la réalisation des objectifs de la réforme. Toutefois, il faut reconnaître que notre système belge ne favorise pas ce type de changement. Grâce aux financements à l'acte des professionnels et au libre choix des usagers de consulter le spécialiste de son choix, cela permet aux professionnels de la santé de personnaliser les soins délivrés. A contrario, ce système de financement et de libre choix ne permet pas d'imposer des changements radicaux aux acteurs qui se voient conférer une grande liberté dans leurs pratiques.

Ensuite, 4 coalitions de parties prenantes ont émergées des analyses de priorité des objectifs de la réforme 107. En effet, ces groupes d'acteurs s'unissent dans leur choix d'objectifs. Par conséquent, certains groupes d'influence sont en totale opposition dans leurs idées. Le groupe 3 « anti courte-hospitalisation » est constitué du plus grand nombre d'acteurs et a placé l'objectif réduisant les durées de séjour hospitalier en dernier dans leur classement. Cette coalition, principalement composée de cliniciens et de managers, semble soutenir des idées très conservatrices dans leur pratique professionnelle. Le groupe 4 « pro-courte hospitalisation », lui, a placé cet objectif en première priorité. Ce groupe d'influence est le plus petit en termes de nombre et regroupe principalement des décideurs politiques. A fortiori, ce groupe de professionnels n'est pas représenté dans les groupes de discussion, ce qui a compromis la mise en exergue de leur propos relatif à cet objectif.

Les 2 autres coalitions ont également soutenu des objectifs divergents. Cela signifie que la priorité en matière d'objectifs diffère entre ces 4 coalitions et cela augmente la difficulté d'atteindre un consensus entre les parties prenantes. Cela pourrait également constituer un frein à l'implémentation globale des objectifs de la réforme.

En regard des résultats obtenus lors de la première évaluation de la réforme 107, en 2010, on s'aperçoit qu'il y a toujours un dissensus dans la compréhension et la définition de certains objectifs de la réforme. Également, il subsiste un manque de clarté dans l'attribution du pouvoir et dans la hiérarchie fonctionnelle selon plusieurs acteurs. Cependant, la démarche « bottom-up » adoptée par la réforme se veut de laisser plus de liberté aux acteurs de terrain afin qu'ils s'adaptent aux réalités et aux demandes locales. Il semble que ces mêmes acteurs souhaitent disposer d'un cadre et d'une ligne de conduite plus définie par les autorités publiques. Ici encore on s'aperçoit des conséquences d'un manque de consensus en matière d'idées face à la réforme. Enfin, comme l'a conclu la première phase d'évaluation de la réforme « vers de meilleurs soins en santé mentale », « *une telle diversité d'acteurs, de secteurs, de professions et de services constitue à la fois une richesse et un enjeu de cette réforme* » (Grard, Nicaise & Lorant, 2015).

5.3. Les limites

La première limite des résultats obtenus a été la question de la représentativité des parties prenantes répondantes à l'enquête quantitative. On pense que oui car la qualité de l'échantillon a été reconnue comme étant une force de cette enquête. L'échantillon était représentatif de la diversité des fonctions de soins de santé mentale et des profils d'intervenants dans les différentes régions (Smith et al., 2018).

Néanmoins, les représentants d'utilisateurs ne représentaient que 5,7% de l'échantillon. Il serait intéressant de réaliser cette enquête uniquement auprès des représentants d'utilisateurs et des utilisateurs eux-mêmes pour pouvoir les comparer aux résultats obtenus dans l'enquête quantitative du KCE. Cela permettrait d'identifier les consensus et les désaccords entre ces deux profils de parties prenantes. De plus, cela permettrait aussi d'identifier les écarts entre les attentes et les besoins des utilisateurs et entre les attentes et l'offre de soins des professionnels interrogés.

On peut également s'interroger sur la représentativité des acteurs ayant participé aux groupes de discussion. En effet, les décideurs politiques présents dans l'échantillon quantitatif n'ont pas pris part aux groupes focaux. Or, vu l'opposition de leur point de vue en regard des autres coalitions d'acteurs, il aurait été intéressant d'entendre leurs idées. De plus, c'est la seule coalition qui a octroyé autant de priorité à un objectif de la réforme classé en dernier par la plupart des parties prenantes.

Ensuite, une autre limite serait la conception de l'enquête lors du classement des objectifs. D'une part, ce classement a confronté les parties prenantes dans leur choix en matière de priorité d'objectifs de la réforme. Cela a pu influencer les choix des parties prenantes dans l'octroi de leur score de priorité. D'autre part, cette conception a permis d'identifier les objectifs négativement corrélés entre eux.

6. Conclusion

En conclusion, cette étude a permis d'identifier les acteurs influents et ceux moins légitimes en matière d'organisation de l'offre de soins en santé mentale. Également, on a pu rendre compte de leurs idées en matière d'objectifs de la réforme 107 et ce 8 ans après son implémentation. Les résultats ont montré que, globalement, peu de changement dans les idées et les priorités ne s'était opéré depuis la première évaluation de la réforme.

Cependant, il serait intéressant de mener une enquête auprès des usagers et de leurs représentants afin d'identifier les divergences de perceptions entre les professionnels de la santé et les usagers. Cela permettrait de décrire l'écart qu'il subsiste entre les besoins des personnes souffrant de troubles de la santé mentale et l'offre actuelle en services de soins de santé mentale.

De plus, ayant identifié les professions s'estimant être les plus influentes dans le secteur, on pourrait tenter de redéfinir les concepts utilisés pour décrire la problématique de la santé mentale. En d'autres termes, il faudrait tout d'abord uniformiser la définition du problème de la santé mentale puis, convaincre les managers et les acteurs hospitaliers pour faciliter l'implémentation des objectifs visés par la réforme. En effet, les managers et les acteurs hospitaliers pourraient servir de « leaders » de la réforme pour emporter l'adhésion de la majorité des parties prenantes et ainsi améliorer l'implémentation des objectifs de celle-ci.

Enfin, on peut également remettre en cause les attentes de la réforme qui semblent être trop ambitieuses en regard du manque de consensus entre les acteurs belges dans le domaine de la santé mentale. La démarche de la réforme 107 se voulant « bottom-up » confère énormément de pouvoir aux acteurs de terrain. Cela laisse l'opportunité à ces parties prenantes de défendre leurs intérêts et d'adapter leur pratique selon leur bon vouloir. Néanmoins, cette démarche permet également aux acteurs de développer leur créativité et d'adapter au mieux leur offre aux besoins des patients.

Pour conclure, il faudra encore parcourir un long chemin pour pouvoir atteindre un consensus dans les politiques de santé belge et pouvoir implémenter les objectifs visés par la réforme en santé mentale. Stefan Zweig, écrivain autrichien, a dit un jour « *La raison et la politique suivent rarement le même chemin* ».

7. Bibliographie

- Anthony, W. A. (1993). « *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in 1990s.* » Psychosocial Rehabilitation Journal 16, 11-23. DOI: 10.1037/h0095655.
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. & Gagne, C. (2004). « *La réhabilitation psychiatrique* ». Charleroi : Socrate Editions Promarex.
- Arends, I. et al. (2014). « *Mental Health and Work: Achieving Well-integrated Policies and Service Delivery* ». OECD Social, Employment and Migration Working Papers, n°161, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5jxsvvn6pq6g-en>.
- Arrêté Royal de la Communauté française du 4 juillet 2013 portant sur le code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé. (2013). Moniteur belge, 30 août, page 67 240.
- Arrêté Royal de la Communauté française du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques. (1990). Moniteur belge : Santé Publique et Environnement, 26 juillet, page 14691.
- Arrêté Royal fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques. (1990). Banque Carrefour de la législation : Santé Publique et Environnement, 26 juillet, page 14700.
- ATIH. (2007). « *Chapitre V : Troubles Mentaux et du Comportement* ». Disponible sur le site Web de l'ATIH : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1907/modif_CIM-10_chapV_2007_1.pdf, page consultée le 21 novembre 2018.

- AViQ. (2015). « *Le Wiki wallon pour l'information des personnes handicapées* ». Disponible sur le site Web de l'organisme : <https://wikiwiph.aviq.be/Pages/Initiatives-d%27habitations-prot%C3%A9g%C3%A9es-%28IHP%29.aspx>, page consultée le 14 novembre 2018.

- AViQ. (2015). « *Plateformes de concertation en santé mentale* ». Disponible sur le site Web de l'AViQ : <http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-hospitaliers/dispositifs/plateformes-concertation-sante-mentale>, page consultée le 14 novembre 2018.

- AViQ. (2016). « *Familles - Santé – Handicap* ». (Rapport d'activités). Disponible sur le site Web de l'AViQ : https://www.aviq.be/handicap/pdf/documentation/publications/revues_rapports/rapport_annuel/rapport_annuel_AVIQ_2016.pdf, page consultée le 14 novembre 2018.

- Billiet, A., Dubourg, D., Hogge, M., Lambert, M., Vilain, S., Bellefroid, V., & Grolet, S. (2016). « *Indicateurs de Santé Mentale en Wallonie : Wallonie Santé n°6* ». disponible à l'adresse : [file:///Users/duveaucamille/Downloads/OWS%20indicateurs%20sante%20mentale%20wallonie%20\(2\).pdf](file:///Users/duveaucamille/Downloads/OWS%20indicateurs%20sante%20mentale%20wallonie%20(2).pdf), page consultée le 28 octobre 2018.

- Boardman, J., Currie, A., Killapsy, H., & Mezey, G. (2010). « *Social inclusion and mental health* ». London: The Royal College of Psychiatrists.

- CEDIS. (2016). « *Guide de bonnes pratiques en matière de désinstitutionnalisation* ». Disponible sur le site Web du CEDIS : <http://www.cedis-europe.org/wp-content/uploads/2016/01/guide-de-bonnes-pratiques-en-matiere-de-desinstitutionnalisation.pdf>, page consultée le 28 octobre 2018.

- Chevalier, J.M., & Buckles, D.J. (2008). « *SAS2: A Guide to collaborative inquiry and social engagement*. » International Development Research Centre, 1-139.

- Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé. (2009) Commission communautaire française, 8 mai, page 36 138.
- De Munck, J. (2003). « *Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique* ». Gand, Belgique : Academia Press.
- Depuydt, C. (2017). « Projets 107 et réforme de la santé mentale : ne soyons pas dupes! ». Disponible à l'adresse : <https://www.absym-bvas.be/medecins-specialistes/projet-107-et-reforme-de-la-sante-mentale-ne-soyons-pas-dupes>, page consultée le 12 avril 2019.
- Dubois, V., & Nicaise, P. (2017). « Cours II et IV : *Organisation des services de santé mentale* ». Unpublished document, Université Catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert.
- Gerkens, S. & Merkur, S. (2010). « *Health Systems in Transition* ». Health system review. Belgium, 12(5):1–266.
- Grard, A., Nicaise, P., & Lorant, V. (2015). « *Évaluation de la réforme « Vers de meilleurs soins en santé mentale » - Résultats 2014* ». Acta Psychiatrica Belgica, 115(1), 40-49.
- Ha, C., Decool, E., Chan Chee, C. (2017). « *Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes* ». Santé Publique France. Saint-Maurice : France.
- Hamer, M., Stamatakis, E., & Steptoes, A. (2008). « *Psychiatric hospital admissions, behavioral risk factors, and all-cause mortality: The Scottish Health Survey* » Arch Intern Med., 166(22):2474-9. doi: 10.1001/archinte.168.22.2474.

- HFA-DB. (2015). « *Psychiatric hospital beds per 100,000.* » Disponible sur le site Web de l'organisme WHO : https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_488-5070-psychiatric-hospital-beds-per-100-000/visualizations/#id=20067, page consultée le 23 septembre 2018.

- Hudson, J., & Lowe, S. (2009). « *Understanding the policy process (second Edition): Analyzing welfare policy and practice* ». Bristol, Angleterre: The Policy Press.

- INAMI. (2017). « *Financement structurel des services intégrés de soins à domicile (SISD) - INAMI.* » Disponible sur le site Web de l'INAMI : <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/etablisements-services/services-soins-domicile/Pages/financement-structurel-services-integres-soins-domicile.aspx>, page consultée le 25 novembre 2018.

- Inter-SISD. (2013). « *Présentation des SISD francophones* ». Disponible sur le site Web de l'AViQ : <http://www.sisdcarolo.be/Liens/Pr%C3%A9sentation%20des%20SISD%20francophones%20-%20novembre%202013.pdf>, page consultée le 14 novembre 2018.

- IRSS-UCL. (2014). « *Évaluation fédérale du programme “Vers de meilleurs soins en santé mentale”* ». Rapport intermédiaire 2014. Bruxelles. Disponible sur le site Web de Psy107 : www.psy107.be, page consultée le 15 novembre 2018.

- ISP. (2013). « *Enquête de santé par interview : Santé mentale* » Rapport n°1. Disponible à l'adresse : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/WB_FR_2013.pdf.

- KCE. (2008). « *Les séjours psychiatriques de longue durée en lits T* ». Rapport annuel : 84b. Disponible sur le site Web du KCE : <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20081027347.pdf>, page consultée le 27 août 2018.

- KCE. (2010). « *Réformes dans l'organisation des soins de santé mentale : étude d'évaluation des 'projets thérapeutiques'* ». Rapport annuel 146B. Disponible sur le site Web du KCE :
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/kce_146b_%C3%A9valuation_des_projets_th%C3%A9rapeutiques.pdf, page consultée le 27 août 2018.

- KCE. (2015). « La performance du système de santé belge » Rapport 259b. Disponible sur le site Web du KCE :
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_259B_rapportperformance2015_1.pdf, page consultée le 27 août 2018.

- KCE. (2018). « *Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique* ». Etude n°2016-52 (HSR). Disponible sur le site Web du KCE :
<https://kce.fgov.be/fr/etude-2016-52-hsr-organisation-des-soins-de-sant%C3%A9-mentale-pour-les-adultes-en-belgique>, page consultée le 27 août 2018.

- L'Observatoire. (2001). « *Santé mentale : les enjeux de la réforme* ». Revue n°72/2011-12, p. 96.

- La libre. (2017). « *Pourquoi la réforme de la santé mentale inquiète les psychiatres* ». Disponible sur le site Web de La libre :
<https://www.lalibre.be/actu/belgique/pourquoi-la-reforme-de-la-sante-mentale-inquiete-les-psychiatres-5a38173fcd70c7358c5e646f>, page consultée le 20 mai 2019.

- Loi n°7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés. (1838). Page 490.

- Lorant, V., Grard, A. & Nicaise, P. (2014). « *Implementing a Nation-Wide Mental Health Care Reform: An Analysis of Stakeholders' Priorities* ». Community Ment. Health J. (2016) 52:343-352. doi :10.1007/s10597-015-9932-y.

- Lorant, V., Nazroo, J., Nicaise, P. et al. (2017). « *Optimal Network for Patients with Severe Mental Illness: A Social Network Analysis* » *Adm Policy Ment Health*. 44: 877. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0800-7>

- Lorant, V. & Robert, P.-O. (2018). « *WFSP2230 - Politique de santé : Travaux pratiques n°1* » Unpublished document, Université Catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert.

- LUSS. (2018). « *Nos associations* ». Disponible sur le site Web de la LUSS : <http://www.luss.be/associations/>, page consultée le 29 novembre 2018.

- Marwaha, S. & Johnson, S. (2003) « *Schizophrenia and employment*. » *Soc. Psychiatr. Epidemiol*. 39(5): 337 – 349. doi: 10.1007/s00127-004-0762-4.

- Mormont, M.(2015). « *Psy107 : Une réforme à la hauteur de ses ambitions ? Regards croisés* ». Agence Alter Echo n°70, p. 95-99.

- Mueser, KT. & McGurk, SR. (2014). « *Supported employment for persons with serious mental illness: current status and future directions*. » *Encephale*, 40 Suppl 2, S45-56. DOI: 10.1016/j.encep.2014.04.008.

- Neveu, A. (2017). Émission télévisée « *Désinstitutionnalisation en santé mentale* ». Diffusée le 25 janvier 2017. Montréal : Télévision Communautaire de Montréal.

- Nicaise, P., Lorant, V., Stordeur, S. & Robert, P.-O. (2018). « *WFSP2230 – Politique de santé : Liens entre santé et politiques* » Unpublished document, Université Catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert.

- Nicaise, P. & Dubois, V. (2019). « *WPSYC2211 – Organisation des services de santé mentale : Cours 2 – De l’asile au réseau* ». Unpublished document, Université Catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert.

- Novella, E.J. (2010). « *Mental Health Care in the Aftermath of Deinstitutionalization: A Retrospective and prospective View* » Health Care Anal 2010, 18:222-238.

- OCDE. (2015). « *Health at a glance* ». OECD indicators. Disponible sur le site Web de l'OCDE : https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2015-en.pdf?expires=1542878996&id=id&accname=guest&checksum=34939F760A13F53F6866802BF960610C.

- Office québécois de la langue française. (2017). « *Fiche terminologique : Désinstitutionnalisation* ». Les publications du Québec. Montréal : Québec.

- OFSP. (2015). « *Santé psychique en Suisse : États des lieux et champs d'action* ». Rapport sur mandat du Dialogue Politique Nationale de la santé. Berne : Suisse. 54 p.

- OMS. (2001). « *Rapport sur la santé dans le monde 2001: La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs* ». Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé. 172p.

- OMS. (2004). « *Investir dans la santé mentale.* ». Disponible sur le site Web de l'OMS : http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHBr8.pdf, page consultée le 8 novembre 2018.

- OMS. (2017). « *Santé mentale et vieillissement* ». Disponible sur le site Web de l'OMS : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sant%C3%A9-mentale-et-vieillessement>, page consultée le 8 novembre 2018.

- Ordre des médecins. (2018). « *Qui sommes-nous ?* ». Disponible à l'adresse : <https://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/qui-sommes-nous/>, page consultée le 29 novembre 2018.

- Plateforme de concertation en santé mentale de Luxembourg. (2018). « *SPAD : Soins Psychiatriques pour personnes séjournant A Domicile* ». Disponible sur le site Web de Psylux : <http://www.plateformepsylux.be/ou-sadresser/les-institutions-et-les-reseaux/spad-soins-psychiatriques-pour-personnes-sejournant-a-domicile/>, page consultée le 15 novembre 2018.

- Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Reinhold, K., Torres-Gonzales, F., ... Wiersma, D. (2005). « *Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries* ». *BMJ*, 330(7483), 123-126. doi: 10.1136/bmj.38296.611215.AE.

- Ruggeri, M., Morven, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). « *Definition and prevalence of severe and persistent mental illness* ». *British Journal of Psychiatry*, (177), 149–155.

- Saha, S., Chant D., McGrath, J. (2007). « *A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?* » *Arch. Gen. Psychiatry* 64(10): 1123–1131. doi:10.1001/archpsyc.64.10.1123.

- Scheid, T. L., & Wright, E. R. (2017). « *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* » (3rd ed.). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press. p.224-227.

- Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (SPF-SP, 2011). « *Organisation et financement des soins de santé mentale en Belgique* ». Disponible à l'adresse : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochure_organisation_et_financement_soins_psy.compressed.pdf, page consultée le 8 novembre 2018.

- SHC. (Superior Health Council 2016). « *Towards a generic framework for the development of quality indicators in mental health care in Belgium* ». Advisory report of the superior health council n° 9204.
- Shen, GC., & Snowden, LR. (2014). « *Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform* ». Int. J. Ment. Health Syst. 2014 : 8:47. doi: 10.1186/1752-4458-8-47.
- Shiffman, J. & Smith, S. (2007). « *Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality* ». Health Policy 370, p. 1370 – 1379.
- SIMILES. (2017a). « *La Réforme (Article 107) : Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de réseaux et de circuits de soins.* » Disponible sur le site Web de SIMILES : <http://www.wallonie.similes.org/wp-content/pdf/R%C3%A9forme107.pdf>, page consultée le 28 octobre 2018.
- SIMILES. (2017b). « *Rapport d'activités.* » Disponible sur le site Web de SIMILES : <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://wallonie.similes.org/wp-content/uploads/2018/05/RA-2017-Similes-Wallonie.pdf>, page consultée le 28 octobre 2018.
- Smith, P., Nicaise, P., Neyens, I., Thunus, S., Walker, C., Van Audenhove, C. & Lorant, V. (2018). « *The organization of mental health care for adults in Belgium* ». Rapport KCE HSR52 (Recherche en cours)
- Tansella, M., & Thornicroft, G. (2009). « *Implementation science: understanding the translation of evidence into practice* ». British Journal of Psychiatry, 195(04), 283–285. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.065565>.

- Thunus, S., Neyens, I., Walker, C., Hermans, K., Smith, P., Nicaise, P., Van Audenhove, C. & Lorant, V., (2018). « *The organisation of mental health care for adults in Belgium* ». Rapport KCE HSR52 (Recherche en cours)

- Thunus S. (2018). « *WFSP2211 – Organisation et analyse de systèmes et réseaux locaux de soins : Cours 1 – Politiques de santé et réseaux de soins* ». Unpublished document, Université Catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert.

- Thunus, S., Cerfontaine, G., & Schoenars, F. (2012). « *Evolution du champ de la Santé mentale en Belgique : de l’asile vers les réseaux et circuits de soins* ». Revue l’Observatoire. Disponible à l’adresse : <http://www.revueobservatoire.be/Evolution-du-champ-de-la-Sante-mentale-en-Belgique-de-l-asile-vers-les-reseaux?return=publication>, page consultée le 15 avril 2019.

- Umbach, I., & Vanrillaer, V. (2014). « *Séjours en milieu psychiatrique.* » Mutualités Libres, 1–26.

- Van Herck, P. & Van de Cloot, I. (2013). « *Quel est l’état de santé des soins de santé mentale en Belgique? La réalité derrière les mythes.* » Itinera Institute Analyse. 69 p.

- WHO. (1999). « *The World Health Report: Making a Difference* ». Disponible sur le site Web de l’organisme : http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1, page consultée le 8 novembre 2018.

- WHO. (2008). « *Policies and Practices for Mental health in Europe – meeting the challenges* ». Disponible à l’adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf, page consultée le 28 novembre 2018.

- WHO. (2013). « *Investing in mental Health: evidence for action.* » Consulté sur http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf?sequence=1.

8. Annexes

8.1. Annexe I : Les services de santé mentale en Belgique

8.1.1. Les structures résidentielles

8.1.1.1. Hôpitaux psychiatriques

Les hôpitaux psychiatriques sont des établissements **assurant les soins psychiatriques** quel que soit le diagnostic (dépression, troubles psychotiques, dépendance à l'alcool, etc.) (Umbach & Vanrillaer, 2014). Leur **objectif** est d'offrir des soins, du soutien et une prise en charge en adéquation avec les besoins de la personne souffrant de problèmes mentaux de **longue durée** (KCE, 2008).

Étant soumis aux mêmes normes d'agrément que les hôpitaux généraux, leur **financement** est organisé par **l'état fédéral**. La part du Budget des Moyens Financiers (BMF) allouée aux hôpitaux psychiatriques représente environ 14% de celui-ci et ce pourcentage est resté constant au cours de ces dernières années. (SPF-SP, 2011).

En Belgique, au sein des hôpitaux psychiatriques, on dénombre environ 13 000 lits et la durée de séjour moyenne est de **69 jours** (Eurostat, 2013 cité par Umbach & Vanrillaer, 2014).

8.1.1.2. Services psychiatriques dans les hôpitaux généraux

L'offre de soins psychiatriques **aigus** s'effectue au sein des Services Psychiatriques dans les Hôpitaux Généraux (SPHG) (Gerkens & Merkur, 2010). Ces services gèrent la psychiatrie **d'urgence et de crise** en collaboration avec les services des urgences. (SPF-SP, 2011).

Une prise en charge pluridisciplinaire est consacrée aux patients et réunit des psychiatres, des psychologues, des assistants sociaux, des ergothérapeutes et des infirmiers afin de leur prodiguer des soins et des traitements adaptés à leur pathologie (Umbach & Vanrillaer, 2014). Le **financement** des SPHG est prévu via un financement spécifique des hôpitaux généraux. Le budget « *est attribué aux hôpitaux via un prix de journée, variant entre hôpitaux.* » (Umbach & Vanrillaer, 2014).

Parmi les 116 hôpitaux généraux que compte la Belgique, en 2011, 68 d'entre eux « *sont dotés de services psychiatriques (...) et jouent un rôle important dans le domaine des soins*

psychiatriques ». Plus de 45 000 patients sont hospitalisés chaque année dans les SPHG et leur durée de séjour moyenne est de **25 jours** (SPF-SP, 2011).

8.1.1.3. *Initiatives d'habitation protégées*

Apparues en 1990, les Initiatives d'Habitations Protégées (IHP) sont définies par l'arrêté royal portant sur leur normes d'agrément comme étant « *une forme d'hébergement et d'accompagnement des personnes qui ne nécessitent **pas un traitement continu en hôpital** et qui, pour des raisons psychiatriques, doivent être **aidées** dans leur milieu de vie et de logement pour l'acquisition d'aptitudes sociales et pour lesquelles des activités de jour adaptées doivent être organisées.* »

Son **objectif** est d'aider les personnes y résidant de tendre vers une meilleure **(ré)intégration** dans la vie sociale. Pour ce faire, des activités y sont organisées afin de développer des compétences chez les résidents en matière d'aptitudes sociales et administratives, mais aussi des activités axées sur le développement de l'autonomie de ceux-ci (AViQ, 2015).

Chaque IHP a un partenariat avec un centre de santé mentale (CSM) ou un hôpital psychiatrique (HP) pour permettre la **coordination** et la **communication** entre le secteur hospitalier et ambulatoire (AViQ, 2015).

Pour le **financement** de ces structures, c'est le SPF-SP (Service Public Fédéral – Santé Publique) qui est compétent en matière de **programmation** et de fixation des normes. Il l'est également pour la fixation du budget des IHP, par contre, c'est l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) qui s'occupe de le distribuer (SPF-SP, 2011).

En Belgique, on dénombre 4067 lits psychiatriques au total au sein des IHP et la durée des séjours est de **26 mois** en moyenne (Umbach & Vanrillaer, 2014).

8.1.1.4. *Maisons de soins psychiatriques*

Les Maisons de Soins Psychiatriques (MSP) sont définies comme étant une infrastructure offrant des services résidentiels dans le **but de réduire la durée de séjour hospitalier** pour les personnes présentant un besoin de soins psychiatriques chroniques stabilisé et/ou présentant un handicap mental nécessitant un suivi quotidien. Elles ont été créées en 1990 afin de renforcer l'offre de soins hors des murs de l'hôpital (AViQ, 2016).

« *La MSP se caractérise par une approche multidisciplinaire et une concertation régulière entre les membres de l'équipe. Elle est supervisée par un spécialiste en neuropsychiatrie ou en*

psychiatrie. (...) *Une fonction de coordination doit être prévue et la surveillance des habitants doit être assurée 24h/24.* » (Billiet et al., 2016).

Le **financement** de ce service de soins est relégué au **pouvoir fédéral** pour la programmation et la fixation des normes, comme pour les IHP, et également pour les accords de coopération entre les diverses institutions et services sous forme de plateforme de concertation (SPF-SP, 2011).

La Belgique compte 42 MSP en 2016 réparties comme suit : 24 en Flandre, 13 en Wallonie et 5 à Bruxelles. La durée de séjour moyenne au sein de celles-ci est relativement longue, soit de **1076 jours** (Umbach & Vanrillaer, 2014).

8.1.2. Les structures ambulatoires

8.1.2.1. Centres de santé mentale

Les Centres de Santé Mentale (CSM), aussi dénommés Services de Santé Mentale (SSM), ont été créés en 1975. Ils contribuent au **diagnostic**, au **traitement** psychiatrique et à la **prévention** de la santé mentale notamment. C'est un service ambulatoire accomplissant ses tâches « *au bénéfice de la population et des partenaires du territoire d'intervention.* ». (Décret relatif à l'offre de services ambulatoires de la CoCoF , 2009)

Ils ont une fonction psychothérapeutique, psychiatrique et psychosociale mais l'autonomie laissée aux acteurs pour l'organisation de ces services crée une grande variété organisationnelle concernant le public cible, les prestations offertes et le personnel soignant requis. En effet, depuis la réforme de l'État en 1980, le **financement**, l'agrément et le contrôle de ces centres relèvent exclusivement des **compétences des communautés**.

Ces services sont régulés à Bruxelles par le décret du 5 mars 2009 et par le Code Wallon de l'Action Sociale et de la Santé de 2013. Cependant, ces 2 textes législatifs n'imposent qu'un petit nombre de règles et de critères. Cependant, **l'objectif** de ces services est de répondre aux difficultés psychiques et psychologiques de la population sur son territoire mais ce « territoire » n'est défini nulle part.

La Belgique possède 97 CSM dans la Région Flamande, 57 en Wallonie auxquels s'ajoutent 26 initiatives œuvrant dans divers domaines de la santé mentale (toxicomanie, schizophrénie, etc.) ainsi que 32 services dans la région Bruxelloise. (SPF-SP, 2011).

8.1.2.2. Les équipes mobiles

8.1.2.2.1. Soins psychiatriques à domicile

Dans les années 2000, les Soins Psychiatriques À Domicile (SPAD) voient le jour et assurent la coordination des soins à domicile en collaborant avec les services généralistes de soins à domicile. Leur public cible est donc « double ». Tout d’abord, les professionnels de première ligne confrontés à des difficultés de prise en charge avec des patients psychiatriques puis, les adultes présentant une maladie mentale, qui ne sont pas ou plus hospitalisés mais qui requièrent une aide adaptée au domicile (Plate-forme de concertation en SM de Luxembourg, 2018).

Les SPAD sont dotés d’un **financement fédéral** cependant, ils sont sous la **responsabilité** des **IHP** en matière d’organisation et de gestion du service.

8.1.2.2.2. Services intégrés de soins à domicile

D’après l’arrêté royal du 8 juillet 2002, le SISD (Service Intégré de Soins à Domicile) est « *l’institution de soins de santé qui, dans une zone de soins, renforce l’ensemble des soins à domicile des patients (...) par l’organisation pratique et l’encadrement des prestations. (...) Il requiert l’intervention pluridisciplinaire de plusieurs praticiens professionnels.* »

Il **s’assure** que les soins et les services de première ligne soient « *accessibles, organisés et bien dispensés* » (AViQ, 2015) et il vise également à assurer de manière optimale la **qualité** et la **cohérence** des soins du patient à domicile.

Pour atteindre cet objectif, les SISD ont plusieurs missions comme **veiller** au suivi de l’information et de l’encadrement du prestataire de soins et du patient ; stimuler, **promouvoir** et **organiser** la collaboration entre les acteurs et la concertation autour des patients psychiatriques ; veiller à l’organisation et au soutien des **prestataires** concernant l’évaluation de l’autonomie des patients, la répartition des tâches entre eux et la concertation pluridisciplinaire ; soutenir les **projets pilotes** fédéraux, régionaux et locaux (réseaux, équipes mobiles, ...) ; optimiser la communication entre les institutions de soins dans et en-dehors de la zone de soins du SISD (Inter-SISD, 2013).

L’INAMI finance les SISD à l’aide d’un budget annuel prévu par habitant de leur zone de soins (INAMI, 2017). Le gouvernement définit les zones de soins en regroupant un ensemble de communes entre elles. On en compte 13 en Wallonie et 1 à Bruxelles qui est couverte par 3 SISD (un francophone, un néerlandophone et un bicommunautaire) (Inter-SISD, 2013).

8.1.2.2.3. Équipes mobiles 107

Les équipes mobiles 107 ont vu le jour suite à la réforme des soins de la santé mentale en 2010. Elles se déplacent jusqu'au demandeur de soins, à son domicile ou ailleurs, dans son lieu de vie afin de lui prodiguer des soins (SPF-SP, 2011). Leur **public-cible** sont les personnes en situation subaiguë ou aigüe et les personnes avec un besoin chronique en santé mentale qui peuvent être maintenues dans leur milieu de vie. Elles constituent une **alternative** aux soins **hospitaliers**.

Leur **financement** provient d'une partie du BMF des HP et des SPHG qui est libérée par la fermeture de lits psychiatriques afin de constituer ces équipes d'intervention mobiles pluridisciplinaires. Elles sont chacune composées d'un psychiatre, d'infirmiers psychiatriques, d'un psychologue, de travailleurs sociaux, et parfois d'un orthopédagogue en cas de double diagnostic avec handicap mental.

Il existe 2 formes d'équipes mobiles, la première pour les périodes de « crise », appelée « 2A » et la seconde pour les soins plus chroniques, appelée « 2B ». L'idée est de créer 93 équipes mobiles sur la Belgique (46 en 2A et 47 en 2B) à terme. En 2017, on atteignait 50% de cette demande gouvernementale (Depuydt, 2017). Actuellement, la durée de prise en charge par une équipe mobile varie entre 30 jours et 2 ans (AViQ, 2016).

8.1.3. Services de coordination

Dans les années 80, la Belgique connaît une crise budgétaire qui a constitué une remise en question pour l'organisation de l'offre des soins de santé mentale, en matière de financement. *« Celle-ci est l'occasion pour l'état de s'interroger sur une politique généreuse qui lui a permis de financer le développement parallèle des secteurs résidentiels et ambulatoires. »* (Thunus, Cerfontaine & Schoenars, 2012). C'est alors que le besoin de coordination des soins s'est encore plus marqué pour garantir une continuité entre les services de soins de santé mentale. Or, la continuité des soins pour les patients souffrant de troubles mentaux graves reste un défi dans de nombreux pays occidentaux. La réhospitalisation peu de temps après la sortie de l'hôpital est courante mais il existe des preuves suggérant que les équipes de santé mentale communautaires ont pu réduire le nombre d'hospitalisations et le suicide en maintenant la continuité des soins (Malone et al. 2007 cité par Lorant et al. 2017).

Différents services de coordination ont alors vu le jour dans le but de garantir une économie dans les pratiques de soins de santé mentale. En effet, assurer une bonne coordination des soins est indispensable pour ce type de patientèle afin de minimiser les actes médicaux à répétition et pour assurer une bonne qualité de vie au patient.

8.1.3.1. *Plateformes de Concertation en Santé Mentale*

Afin d'améliorer la coordination, la communication et la continuité des soins entre les différents services existants en santé mentale et entre les dispensateurs de soins, les plates-formes de concertation ont vu le jour en 1990. Y sont étudiés les sujets suivants : « *les besoins en matières d'équipement psychiatrique, la répartition des tâches, la complémentarité d'offre et de services et la mise en œuvre de la fonction de médiation telle que prévue par les droits du patient également. Au sein de ces plateformes se sont constitués des groupes de concertation par catégorie d'âge des patients, visant à faciliter la création et le fonctionnement des réseaux d'offres complémentaires de soins.* » (AViQ, 2015)

Le **financement** des plateformes provient d'une sous-partie du BMF des hôpitaux.

On compte d'ores et déjà une plateforme par province en Belgique dont deux dans le Hainaut. Au total, on dénombre 13 plateformes de concertation dans le pays.

8.1.3.2. *Réseaux 107*

Les réseaux 107 issus de la réforme 107 en cours depuis 2010, consistent à rassembler différents acteurs concernés par les troubles de santé mentale du patient et le patient lui-même. Leur **objectif** est de maintenir la personne dans son milieu de vie en y organisant sa prise en charge et veiller à la continuité des soins (SIMILES, 2017a).

Les réseaux sont respectivement **constitués** d'un coordinateur, d'équipes mobiles, d'un ensemble d'acteurs actifs dans la santé mentale et d'autres issus du secteur du logement, de l'emploi mais aussi des loisirs.

Les **financeurs** de réseaux sont les hôpitaux psychiatriques par l'intermédiaire du SPF-SP qui sélectionne les projets de réseau retenus. Le SPF octroie un financement supplémentaire s'élevant à 400 000€ pour dédommager les psychiatres qui ne consultent pas le temps des réunions de réseau. Chaque coordinateur de projet reçoit en plus 100 000€ pour son réseau.

On compte 22 réseaux qui se sont développés un peu partout en Belgique, à l'heure actuelle.

8.2. Annexe II : La réforme 107

La réforme « Article 107 » doit son appellation à l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux et aux autres établissements de soins. Cette réforme provient de la fusion de plusieurs sources d'inspiration. En effet, elle émerge des points de vue des **parties prenantes** (stakeholders) interrogés à l'époque, comme les représentants de patients, le comité d'experts Think-tank, les représentants du comité interministériel (taskforce), les cliniciens, etc., mais aussi de réunions d'experts nationaux et internationaux, d'articulation, de rencontres avec des groupes d'intérêts,... La réforme s'est cependant organisée dans un contexte sociopolitique difficile car il s'agissait de réduire les « *coûts exponentiels des soins de santé et de faire face à des déficits publics qui laissent peu de marge de manœuvre. (...) Elle concerne des enjeux à la fois politiques, économiques et sociaux.* » (L'observatoire, 2011).

Les fonctions :

L'idée du modèle de soins de la réforme 107 est que tous les acteurs de terrains travaillent, communiquent et échangent ensemble. C'est un modèle global qui inclut à la fois les ressources résidentielles et ambulatoires. Par exemple, s'il s'avère qu'un CPAS peut jouer un rôle important dans la promotion de la santé mentale, il faut alors l'inclure dans le réseau de ce quartier (Thunus, 2018). L'articulation des fonctions entre elles est illustrée dans la figure 2.

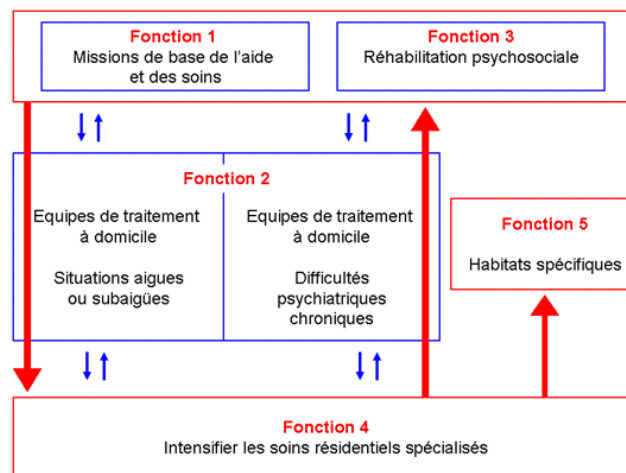


Figure 2. Les 5 fonctions clefs dans le nouveau modèle des soins en santé mentale.

La fonction 1 de la réforme consiste en la **prévention**, la **promotion** des soins en santé mentale, la détection précoce, dépistage et la pose d'un diagnostic. Elle regroupe plusieurs services de santé mentale comme les centres, les maisons médicales, les CPAS, les services de soins à domicile ainsi que les médecins généralistes. Elle regroupe les soins de première ligne afin

d'assurer un accueil et une réponse adéquate à la demande de soins en santé mentale de la population en fonction du territoire concerné. Elle assure tout autant « *la continuité thérapeutique sur le long terme* ». (SIMILES, 2017a).

La seconde fonction a pour but d'explorer une nouvelle forme de soins en santé mentale qui serait plus accessible aux personnes afin de leur prodiguer les soins dont elles ont besoin là où elles résident. Il s'agit des **équipes mobiles**, tant pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, aussi appelées « équipes ambulatoires de traitement intensif ». (SIMILES, 2017a). Certaines équipes mobiles existaient déjà avant la réforme comme les SPAD.

Afin d'assurer au mieux un réinsertion sociale et professionnelle dans la société, **la fonction 3** de la réforme 107 consiste en la création **d'équipes de réhabilitation** œuvrant pour la **réinsertion** et **l'inclusion sociale** des patients souffrant de troubles mentaux.

Les Centres de Réadaptation Fonctionnelle qui ont vu le jour grâce à la réforme, les entreprises de formation par le travail, les centres de jours et les clubs thérapeutiques sont les services que regroupent cette troisième fonction. (SIMILES, 2017a).

La quatrième fonction regroupe des « *unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques* », soit les soins hospitaliers. Les hôpitaux psychiatriques et généraux ont pour rôle d'assurer cette fonction, selon la réforme. Cette fonction vise à assurer les soins lorsque « *l'aide au domicile ou dans l'environnement de vie n'est temporairement pas indiquée. (...) Il s'agit de séjours de courte durée et d'une grande intensité. (...) Cette pratique optimise la possibilité de retour à domicile et les chances d'insertion dans la société du patient.* » (SIMILES, 2017a)

La dernière fonction de la réforme 107 regroupe tous les acteurs dans le domaine du logement : logements sociaux, maisons d'accueil, services d'aide aux sans-abri, IHP, ainsi que les maisons de soins psychiatriques. Cette fonction est une « *formule résidentielle spécifique permettant une offre de soins adéquate (...) pour les personnes souffrant de problématiques psychiatriques chroniques stabilisées et présentant des possibilités d'intégration sociale réduites* ». (SIMILES, 2017a). Ces logements ont pour objectif de soutenir l'organisation de la vie quotidienne tout en prenant en compte les besoins d'autonomie de la personne.

8.3. Annexe III : Rainbow Diagram

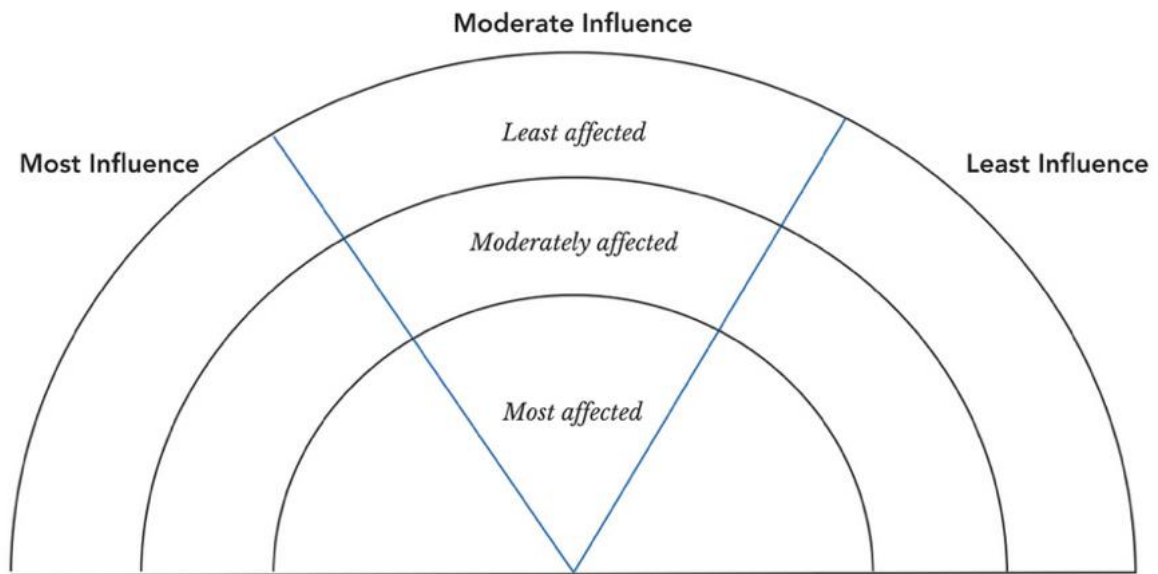


Figure 3. Rainbow Diagram. (Chevalier & Buckles, 2008)

8.4. Annexe IV : Organisation des soins de santé mentale en Belgique

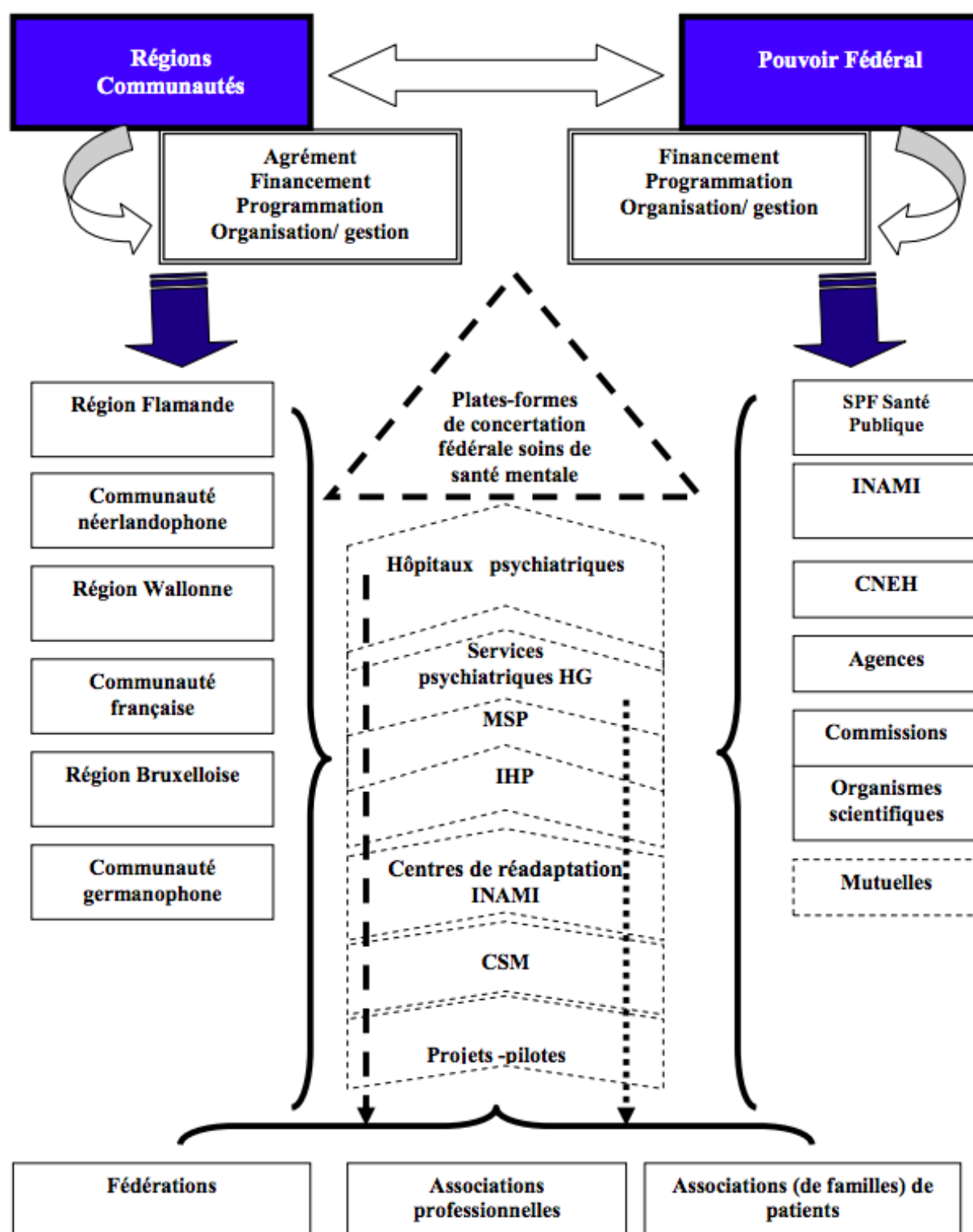


Figure 4. Organisation des soins de santé mentale en Belgique.

8.5. Annexe V : Questionnaire quantitatif KCE HSR52

SURVEY FIRST PAGE: Objectif de l'enquête

Madame, Monsieur,

Cette enquête vise à identifier des solutions organisationnelles permettant une transition vers un modèle de soins de santé mentale dans la communauté. Cette enquête vous prendra environ 15 minutes. L'objectif est de tenir compte de l'avis d'acteurs impliqués dans l'organisation des soins de santé mentale lors de la formulation de recommandations. C'est à ce titre que vous êtes contacté.

Avant d'aller plus loin dans le questionnaire, nous vous invitons à lire attentivement le texte suivant afin de donner votre consentement.

Il n'y a aucune obligation relative à la participation à cette étude. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment. Toutes les informations communiquées sont utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche et de publications scientifiques. Elles sont strictement confidentielles et seront anonymisées dans la présentation des résultats. Ces données ne seront jamais transmises à des tiers et seront conservées pour la durée nécessaire de la recherche, conformément à la législation applicable en matière de droit à la vie privée (loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et Règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE). Conformément aux réglementations en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès aux données qui vous concernent ainsi qu'un droit de correction et un droit d'opposition au traitement de vos données. Nous nous tenons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire à l'adresse courriel : kce-hsr@uclouvain.be

Acceptez-vous de participer à cette enquête ? Oui / Non

SURVEY PART 1/7: Objectifs

Voici différents objectifs poursuivis par la réforme actuelle dans l'organisation des soins de santé mentale pour la population belge adulte. Veuillez attribuer un total de 100 points entre ces différents objectifs selon leur importance à vos yeux.

Les différents objectifs ont actuellement un score de 0, vous pouvez attribuer un score de 0 à 100 à un ou plusieurs objectifs, le score total doit être de 100.

Objectifs	Importance
Impliquer les usagers dans le développement et l'offre de nouveaux services	
Soigner les usagers au sein de leur communauté	
Offrir des hospitalisations de courte durée	
Garantir une continuité entre les différents secteurs de l'aide et du soin	
Aider les usagers à établir des liens avec leur quartier et communauté	
Soutenir les usagers dans l'atteinte de leurs objectifs de vie	
Total	

SURVEY PART 2/7: Objectif (attribués aléatoirement) et Analyse conjointe

Décision 1: Vous êtes invité à donner votre avis sur l'organisation des soins de santé mentale en Belgique afin de soutenir **l'intégration sociale** (soutenir les personnes dans leurs objectifs de vie et les aider à établir des liens avec leur communauté) des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale. Veuillez garder cet objectif à l'esprit lorsque vous répondez aux différentes parties de l'enquête.

Décision 2: Vous êtes invité à donner votre avis sur l'organisation des soins de santé mentale en Belgique afin de soutenir **les soins dans la communauté** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale. Veuillez garder cet objectif à l'esprit lorsque vous répondez aux différentes parties de l'enquête.

2.1) Quels aspects de l'organisation des soins faut-il privilégier pour **soutenir l'intégration sociale** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale ?

Pour les étapes suivantes de l'enquête, il est nécessaire de sélectionner pour chaque caractéristique de l'organisation des soins, la proposition que vous préférez (colonne de droite) et celle que vous appréciez le moins (colonne de gauche) pour soutenir l'objectif d'intégration sociale.

BIS : Quels aspects de l'organisation des soins faut-il privilégier pour soutenir les soins dans la communauté des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale ?

Pour les étapes suivantes de l'enquête, il est nécessaire de sélectionner pour chaque caractéristique de l'organisation des soins, la proposition que vous préférez (colonne de droite) et celle que vous appréciez le moins (colonne de gauche) pour soutenir l'objectif de soins dans la communauté.

Quel devrait être le public cible principal des interventions ?	Moins apprécié	Préfééré
L'ensemble de la population adulte avec des besoins en santé mentale	☐	☐
Les personnes souffrant de troubles de santé mentale sévères (diagnostic psychiatrique sévère, persistant depuis plus de 2 ans, incapacités dans le quotidien)	☐	☐
La population précarisée avec des besoins en santé mentale	☐	☐
Comment les soins devraient être organisés sur le territoire ?	Moins apprécié	Préfééré
Les soins devraient être organisés sur base d'une zone géographique définie / bassin de soins	☐	☐
Les soins ne devraient pas être organisés sur base d'une zone géographique définie / bassin de soins	☐	☐
Quels prestataires / services devraient principalement prêter les soins de santé mentale ?	Moins apprécié	Préfééré
Des services généralistes	☐	☐
Des services spécialisés	☐	☐
Comment devrait être organisé le parcours de soins des patients entre les prestataires / services ?	Moins apprécié	Préfééré
Le parcours de soins des patients devrait être organisé par des règles / guidelines formels	☐	☐
Le parcours de soins des patients devrait être organisé de manière informelle entre le patient et ses prestataires	☐	☐
Comment devrait être organisée la coordination entre les prestataires ?	Moins apprécié	Préfééré
Le patient devrait coordonner les soins entre ses différents prestataires	☐	☐
Les prestataires devraient se coordonner entre eux	☐	☐
Les différents services devraient être intégrés au sein d'une même structure	☐	☐
Comment les prestataires / services devraient être principalement financés ?	Moins apprécié	Préfééré
Sur une base forfaitaire par épisode de soins	☐	☐
Sur base de leur activité (ex : paiement à l'acte, journée d'hospitalisation)	☐	☐
À quel niveau les soins devraient être financés ?	Moins apprécié	Préfééré
Les soins devraient être financés par service ou prestataire	☐	☐
Les soins devraient être financés au niveau d'un réseau (ensemble de services couvrant une patientèle)	☐	☐

- 2.2) Vos réponses de la page précédente sont indiquées avec un score de 10 et de 0. Toujours pour **soutenir l'objectif d'intégration sociale**, veuillez attribuer un score entre 1 et 9 à la troisième proposition que vous n'avez pas choisie.

BIS : Vos réponses de la page précédente sont indiquées avec un score de 10 et de 0. Toujours pour **soutenir l'objectif de soins dans la communauté**, veuillez attribuer un score entre 1 et 9 à la troisième proposition que vous n'avez pas choisie.

Quel devrait être le public cible principal des interventions ?	Moins apprécié										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
L'ensemble de la population adulte avec des besoins en santé mentale	Selon les réponses de la section 2.1										
Les personnes souffrant de troubles de santé mentale sévères (diagnostic psychiatrique sévère, persistant depuis plus de 2 ans, incapacités dans le quotidien)	Selon les réponses de la section 2.1										
La population précarisée avec des besoins en santé mentale	Selon les réponses de la section 2.1										

Comment devrait être organisée la coordination entre les prestataires ?	Moins apprécié										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Le patient devrait coordonner les soins entre ses différents prestataires	Selon les réponses de la section 2.1										
Les prestataires devraient se coordonner entre eux	Selon les réponses de la section 2.1										
Les différents services devraient être intégrés au sein d'une même structure	Selon les réponses de la section 2.1										

2.3) Voici vos préférences. Veuillez distribuer un total de 100 points entre les différents aspects de l'organisation des soins en fonction de leur importance pour **soutenir l'intégration sociale.**

Les différents aspects de l'organisation des soins sont actuellement à 0, vous pouvez attribuer un score de 0 à 100 à un ou plusieurs aspects, le score total doit être de 100.

BIS : Voici vos préférences. Veuillez distribuer un total de 100 points entre les différents aspects de l'organisation des soins en fonction de leur importance pour **soutenir les soins dans la communauté.**

Les différents aspects de l'organisation des soins ont actuellement un score de 0, vous pouvez attribuer un score de 0 à 100 à un ou plusieurs aspects, le score total doit être de 100.

Caractéristique	Niveau	Importance
Quel devrait être le public cible principal des interventions ?	<i>Selon les réponses de la section 2.1</i>	
Comment les soins devraient être organisés sur le territoire ?	<i>Selon les réponses de la section 2.1</i>	
Quels prestataires / services devraient principalement prêter les soins de santé mentale ?	<i>Selon les réponses de la section 2.1</i>	
Comment devrait être organisé le parcours de soins des patients entre les prestataires / services ?	<i>Selon les réponses de la section 2.1</i>	
Comment devrait être organisée la coordination entre les prestataires ?	<i>Selon les réponses de la section 2.1</i>	
Comment les prestataires / services devraient être principalement financés ?	<i>Selon les réponses de la section 2.1</i>	
À quel niveau les soins devraient être financés ?	<i>Selon les réponses de la section 2.1</i>	
Total :		100

SURVEY PART 3/7: Interventions concrètes

Quelle intervention est la plus appropriée pour **soutenir l'intégration sociale** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale ?

Cliquez sur l'intervention la plus appropriée. Une intervention peut ne pas être optimale, choisissez alors l'intervention qui vous semble la plus appropriée pour soutenir l'objectif d'intégration sociale

BIS : Quelle intervention est la plus appropriée pour **soutenir les soins dans la communauté** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale ?

Cliquez sur l'intervention la plus appropriée. Une intervention peut ne pas être optimale, choisissez alors l'intervention qui vous semble la plus appropriée pour soutenir l'objectif de soins dans la communauté.

Augmenter l'offre d'hébergement pour les <u>personnes souffrant d'un trouble psychiatrique sévère</u> . L'offre d'hébergement est financée sur une base forfaitaire <u>pour un ensemble de services du réseau</u> .	VS	Augmenter l'offre d'hébergement pour toute <u>personne ayant un besoin d'hébergement</u> . L'offre d'hébergement est financée sur une base forfaitaire <u>par service</u> .
Augmenter l'offre de services d'accueil inconditionnel et immédiat visant <u>la population avec des besoins en santé mentale</u> sur <u>un territoire donné</u> .	VS	Augmenter l'offre de services d'accueil inconditionnel et immédiat visant <u>les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique sévère</u> sur <u>tout le territoire</u> .
<u>Intégrer</u> du soutien à l'emploi pour les personnes avec un trouble psychiatrique dans des <u>services spécialisés qui offrent du soin en santé mentale</u> .	VS	Implémenter du soutien à l'emploi pour les personnes avec un trouble psychiatrique dans des <u>services sociaux génériques de soutien à l'emploi existants et coordonnés avec le secteur de la santé mentale</u> .

Veuillez classer les trois interventions que vous venez de choisir par ordre de priorité pour **soutenir l'intégration sociale** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale, 1 étant l'intervention prioritaire et 3 la moins prioritaire.

Cliquez sur les interventions pour les faire glisser par ordre de priorité.

BIS : Veuillez classer les trois interventions que vous venez de choisir par ordre de priorité pour **soutenir les soins dans la communauté** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale, 1 étant l'intervention prioritaire et 3 la moins prioritaire.

Cliquez sur les interventions pour les faire glisser par ordre de priorité.

Interventions	Ordre de priorité (1 à 3)
Augmenter l'offre en hébergement	
Augmenter l'offre de services d'accueil inconditionnel et immédiat	
Offrir du soutien à l'emploi	

Quelle intervention est la plus appropriée pour **soutenir l'intégration sociale** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale ?

Cliquez sur l'intervention la plus appropriée. Une intervention peut ne pas être optimale, choisissez alors l'intervention qui vous semble la plus appropriée pour soutenir l'objectif d'intégration sociale

BIS : Quelle intervention est la plus appropriée pour **soutenir les soins dans la communauté** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale ?

Cliquez sur l'intervention la plus appropriée. Une intervention peut ne pas être optimale, choisissez alors l'intervention qui vous semble la plus appropriée pour soutenir l'objectif de soins dans la communauté.

Augmenter l'offre de services de psychothérapie, <u>accessible sur référence d'autres services du réseau.</u> Chaque service est <u>financé individuellement.</u>	VS	Augmenter l'offre de services de psychothérapie, <u>accessible sans référence.</u> L'activité est <u>financée pour un ensemble des services du réseau.</u>
Implémenter un plan de soins individualisé par patient <u>en partage avec les services d'un territoire donné.</u> Le plan est <u>autogéré par le patient.</u>	VS	Implémenter un plan de soins individualisé par patient. <u>Le plan est géré par un gestionnaire de cas en collaboration avec le patient.</u>
Implémenter un système d'enregistrement et de partage des données <u>entre les services du secteur de la santé mentale.</u> Le système est <u>financé pour un ensemble de services au niveau du réseau.</u>	VS	<u>Permettre aux services du secteur de la santé mentale qui le souhaitent d'enregistrer et de partager des données.</u> Le système est <u>financé par une contribution de chaque service participant.</u>

Veillez classer les trois interventions que vous venez de choisir par ordre de priorité pour **soutenir l'intégration sociale** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale, 1 étant l'intervention prioritaire et 3 la moins prioritaire.

Cliquez sur les interventions pour les faire glisser par ordre de priorité.

BIS : Veillez classer les trois interventions que vous venez de choisir par ordre de priorité pour **soutenir les soins dans la communauté** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale, 1 étant l'intervention prioritaire et 3 la moins prioritaire.

Cliquez sur les interventions pour les faire glisser par ordre de priorité.

Interventions	Ordre de priorité (1 à 3)
Augmenter l'offre de services de psychothérapie	
Implémenter le plan de soins individualisé	
Implémenter un système d'enregistrement et de partage	

Dernier paquet d'interventions. Quelle intervention est la plus appropriée pour **soutenir l'intégration sociale** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale ?

Cliquez sur l'intervention la plus appropriée. Une intervention peut ne pas être optimale, choisissez alors l'intervention qui vous semble la plus appropriée pour soutenir l'objectif d'intégration sociale

BIS : Dernier paquet d'interventions. Quelle intervention est la plus appropriée pour **soutenir les soins dans la communauté** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale ?

Cliquez sur l'intervention la plus appropriée. Une intervention peut ne pas être optimale, choisissez alors l'intervention qui vous semble la plus appropriée pour soutenir l'objectif de soins dans la communauté.

Offrir un incitant financier <u>forfaitaire par patient</u> au personnel médical travaillant en service ambulatoire avec des <u>patients ayant des besoins en santé mentale.</u>	VS	Offrir un incitant financier <u>par acte de soins</u> au personnel médical travaillant en service ambulatoire avec des <u>patients souffrant d'un trouble psychiatrique sévère.</u>
Financer l'hospitalisation psychiatrique <u>en tenant compte de la durée de séjour, avec un incitant financier lorsque le patient est référé vers un service ambulatoire du réseau à la sortie.</u>	VS	Financer l'hospitalisation psychiatrique par une <u>enveloppe budgétaire forfaitaire modulable sur base des caractéristiques de l'épisode de soins.</u>
Mettre en place une structure de gouvernance locale qui a le pouvoir de coordonner l'offre de soins en santé mentale sur un territoire donné. <u>Les services de soins de santé mentale sont financés individuellement par les pouvoirs publics.</u>	VS	Mettre en place une structure de gouvernance locale qui a le pouvoir de coordonner l'offre de soins en santé mentale sur un territoire donné et <u>d'attribuer les ressources financières correspondantes.</u>

Veillez classer les trois interventions que vous venez de choisir par ordre de priorité pour **soutenir l'intégration sociale** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale, 1 étant l'intervention prioritaire et 3 la moins prioritaire.

Cliquez sur les interventions pour les faire glisser par ordre de priorité.

BIS : Veillez classer les trois interventions que vous venez de choisir par ordre de priorité pour **soutenir les soins dans la communauté** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale, 1 étant l'intervention prioritaire et 3 la moins prioritaire.

Cliquez sur les interventions pour les faire glisser par ordre de priorité.

Interventions	Ordre de priorité (1 à 3)
Offrir un incitant financier pour les professionnels travaillant en service ambulatoire	
Modifier le financement de l'hospitalisation psychiatrique	
Mettre en place une structure de gouvernance locale	

SURVEY PART 4/7: Personnes à contacter

Cette enquête s'adresse aux personnes clés en matière d'organisation des soins de santé mentale, nous souhaiterions nous assurer que nous n'avons oublié personne d'important. Pourriez-vous citer les noms, prénoms et si possible l'institution d'une à cinq personnes que vous considérez comme importantes et influentes en matière d'organisation des soins de santé mentale en Belgique ?

	NOM	PRENOM	INSTITUTION
1ère personne			
2ème personne			
3ème personne			
4ème personne			
5ème personne			

SURVEY PART 5/7: Informations sociodémographiques

À propos de vous :

- Depuis combien d'années travaillez-vous dans le secteur de la santé / santé mentale ?
- Veuillez cocher la ou les cases décrivant votre activité professionnelle principale (plusieurs réponses possibles)
 - Clinicien ou en contact avec les patients (santé/social)
 - Membre d'une association de soutien aux usagers ou aux familles
 - Responsable de l'administration
 - Responsable politique
 - Chercheur / Expert
 - Manager / Gestionnaire d'institution
 - Autre, merci de préciser :
- Dans quel(s) type(s) de service(s)/institution(s) travaillez-vous (plusieurs réponses possible) ?
 - Administration ou cabinet fédéral, communautaire ou régional
 - INAMI/RIZIV ou Mutuelles
 - Université ou organisation scientifique
 - Fédération de services ou organisme de coordination
 - Association professionnelle
 - Hôpital, service de santé ou service social
 - Autre, merci de préciser :
- Afin de nous assurer de la diversité géographique des répondants, pouvez-vous nous donner le code postal de votre service/institution :

SURVEY PART 6/7: Évaluation de la capacité d'influence

- A votre avis, quelle est l'influence de votre institution sur l'organisation des soins de santé mentale ?

1 Très faible, 2 Faible, 3 Modérée, 4 Importante, 5 Très importante

- Dans vos activités professionnelles globalement, participez-vous aux décisions de recrutement de personnel ou à leur promotion ?

1 Jamais, 2 Rarement, 3 Parfois, 4 Souvent, 5 Très souvent

- Dans votre institution, participez-vous aux décisions budgétaires ?

1 Jamais, 2 Rarement, 3 Parfois, 4 Souvent, 5 Très souvent

- Dans vos activités professionnelles globalement, vous arrive-t-il de participer aux décisions sur la réalisation de nouvelles activités, ou l'adoption de nouvelles politiques ou programmes ?

1 Jamais, 2 Rarement, 3 Parfois, 4 Souvent, 5 Très souvent

SURVEY PART 7/7: Question ouverte

Avez-vous des commentaires par rapport à ce questionnaire ou à l'étude ?

SURVEY END MESSAGE

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de participer à cette enquête.

En cas de questions et de remarques, n'hésitez pas à contacter :

Pierre Smith

Chercheur

Institut de Recherche Santé et Société

Université catholique de Louvain

kce-hsr@uclouvain.be

Pour les équipes de recherche UCL-IRSS et KU Leuven LUCAS,
Vincent Lorient, Pablo Nicaise, Sophie Thunus, Pierre Smith, Carole Walker, Chantal Van Audenhove, Inge Neyens, Kirsten Hermans.

8.6. Annexe VI : Classement des objectifs de la réforme

Partie de l'enquête KCE HSR52 1/7 : Objectifs

Voici différents objectifs poursuivis par la réforme actuelle dans l'organisation des soins de santé mentale pour la population belge adulte. Veuillez attribuer un total de 100 points entre ces différents objectifs selon leur importance à vos yeux.

Les différents objectifs ont actuellement un score de 0, vous pouvez attribuer un score de 0 à 100 à un ou plusieurs objectifs, le score total doit être de 100.

Objectifs	Importance
Impliquer les usagers dans le développement et l'offre de nouveaux services	
Soigner les usagers au sein de leur communauté	
Offrir des hospitalisations de courte durée	
Garantir une continuité entre les différents secteurs de l'aide et du soin	
Aider les usagers à établir des liens avec leur quartier et communauté	
Soutenir les usagers dans l'atteinte de leurs objectifs de vie	
Total	

8.7. Annexe VII : Les interventions concrètes en santé mentale

Partie de l'enquête KCE HSR52 3/7 : Interventions concrètes

Quelle intervention est la plus appropriée pour **soutenir l'intégration sociale ou pour soutenir les soins dans la communauté** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale ?

Augmenter l'offre d'hébergement pour les <u>personnes souffrant d'un trouble psychiatrique sévère</u> . L'offre d'hébergement est financée sur une base forfaitaire pour un ensemble de <u>services du réseau</u> .	VS	Augmenter l'offre d'hébergement pour toute <u>personne ayant un besoin d'hébergement</u> . L'offre d'hébergement est financée sur une base forfaitaire <u>par service</u> .
Augmenter l'offre de services d'accueil inconditionnel et immédiat visant <u>la population avec des besoins en santé mentale</u> sur <u>un territoire donné</u> .	VS	Augmenter l'offre de services d'accueil inconditionnel et immédiat visant <u>les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique sévère</u> sur <u>tout le territoire</u> .
<u>Intégrer</u> du soutien à l'emploi pour les personnes avec un trouble psychiatrique dans des <u>services spécialisés qui offrent du soin en santé mentale</u> .	VS	Implémenter du soutien à l'emploi pour les personnes avec un trouble psychiatrique dans des <u>services sociaux génériques de soutien à l'emploi existants et coordonnés avec le secteur de la santé mentale</u> .

Veuillez classer les trois interventions que vous venez de choisir par ordre de priorité pour **soutenir l'intégration sociale ou pour soutenir les soins dans la communauté** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale, 1 étant l'intervention prioritaire et 3 la moins prioritaire.

Interventions	Ordre de priorité (1 à 3)
Augmenter l'offre en hébergement	
Augmenter l'offre de services d'accueil inconditionnel et immédiat	
Offrir du soutien à l'emploi	

Quelle intervention est la plus appropriée pour **soutenir l'intégration sociale ou pour soutenir les soins dans la communauté** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale ?

Augmenter l'offre de services de psychothérapie, <u>accessible sur référence d'autres services du réseau</u> . Chaque service est <u>financé individuellement</u> .	VS	Augmenter l'offre de services de psychothérapie, <u>accessible sans référence</u> . L'activité est <u>financée pour un ensemble des services du réseau</u> .
---	----	--

Implémenter un plan de soins individualisé par patient <u>en partage avec les services d'un territoire donné</u> . Le plan est <u>autogéré par le patient</u> .	VS	Implémenter un plan de soins individualisé par patient. <u>Le plan est géré par un gestionnaire de cas en collaboration avec le patient</u> .
Implémenter un système d'enregistrement et de partage des données <u>entre les services du secteur de la santé mentale</u> . Le système est <u>financé pour un ensemble de services au niveau du réseau</u> .	VS	<u>Permettre aux services du secteur de la santé mentale qui le souhaitent</u> d'enregistrer et de partager des données. Le système est <u>financé par une contribution de chaque service participant</u> .

Veillez classer les trois interventions que vous venez de choisir par ordre de priorité pour **soutenir l'intégration sociale ou pour soutenir les soins dans la communauté** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale, 1 étant l'intervention prioritaire et 3 la moins prioritaire.

Interventions	Ordre de priorité (1 à 3)
Augmenter l'offre de services de psychothérapie	
Implémenter le plan de soins individualisé	
Implémenter un système d'enregistrement et de partage	

Quelle intervention est la plus appropriée pour **soutenir l'intégration sociale ou pour soutenir les soins dans la communauté** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale ?

Offrir un incitant financier <u>forfaitaire par patient</u> au personnel médical travaillant en service ambulatoire avec des <u>patients ayant des besoins en santé mentale</u> .	VS	Offrir un incitant financier <u>par acte de soins</u> au personnel médical travaillant en service ambulatoire avec des <u>patients souffrant d'un trouble psychiatrique sévère</u> .
Financer l'hospitalisation psychiatrique <u>en tenant compte de la durée de séjour, avec un incitant financier lorsque le patient est référé vers un service ambulatoire du réseau à la sortie</u> .	VS	Financer l'hospitalisation psychiatrique par une <u>enveloppe budgétaire forfaitaire modulable sur base des caractéristiques de l'épisode de soins</u> .
Mettre en place une structure de gouvernance locale qui a le pouvoir de coordonner l'offre de soins en santé mentale sur un territoire donné. <u>Les services de soins de santé mentale sont financés individuellement par les pouvoirs publics</u> .	VS	Mettre en place une structure de gouvernance locale qui a le pouvoir de coordonner l'offre de soins en santé mentale sur un territoire donné et <u>d'attribuer les ressources financières correspondantes</u> .

Veuillez classer les trois interventions que vous venez de choisir par ordre de priorité pour **soutenir l'intégration sociale ou pour soutenir les soins dans la communauté** des personnes adultes ayant des besoins en santé mentale, 1 étant l'intervention prioritaire et 3 la moins prioritaire.

Interventions	Ordre de priorité (1 à 3)
Offrir un incitant financier pour les professionnels travaillant en service ambulatoire	
Modifier le financement de l'hospitalisation psychiatrique	
Mettre en place une structure de gouvernance locale	

