

Faculté de santé publique

La réforme du système de soins de santé mentale en Belgique : le défi de son implémentation dans un contexte pluraliste

Analyse du réseau d'influence des acteurs

Mémoire réalisé par

Hélène Garin

Promoteur(s)

Prof. Vincent Lorant

Année académique 2018-2019

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens à remercier le promoteur de ce mémoire, le professeur Vincent Lorant, pour l'aide et le temps qu'il m'a consacré. Je remercie également toutes les personnes qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Le 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

| | |
|---|----|
| RÉSUMÉ | 7 |
| LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES | 8 |
| INTRODUCTION | 9 |
| PARTIE THÉORIQUE | |
| Chapitre 1 : le champ de la santé mentale en Belgique | 10 |
| 1.1. La performance du système de soins de santé mentale | 10 |
| 1.2. L'évolution du champ de la santé mentale | 11 |
| 1.3. Le système de soins de santé belge | 16 |
| 1.4. Conclusion | 17 |
| Chapitre 2 : la réforme 107 | 19 |
| 2.1. La philosophie de la réforme et le modèle de soins en réseau | 19 |
| 2.2. Le développement des réseaux | 21 |
| 2.3 Evaluation scientifique de la réforme | 22 |
| 2.4. Conclusion | 24 |
| Chapitre 3 : le réseau des acteurs de la santé mentale | 27 |
| 3.1. Politique publique et réseaux sociaux | 27 |
| 3.2. Particularités belges | 30 |
| 3.3. Le cas de la réforme 107 : ses acteurs et leurs intérêts | 31 |
| 3.4. Conclusion | 33 |
| Synthèse de la partie théorique | 33 |
| PARTIE PRATIQUE | |
| Chapitre 4 : méthodologie | 35 |
| 4.1. Questions de recherche | 35 |
| 4.2. Design de l'étude | 35 |
| 4.3 Collecte des données | 36 |
| 4.4. Constitution de l'échantillon à partir de la population mère | 38 |
| 4.5. Méthodes et analyses statistiques | 39 |
| Chapitre 5 : résultats | 43 |

| | |
|---|----|
| 5.1. Analyses sur la population mère..... | 43 |
| 5.1.1. Description..... | 43 |
| 5.1.2. Les objectifs prioritaires..... | 44 |
| 5.2. Analyses sur le réseau fermé..... | 46 |
| 5.2.1. Description | 46 |
| 5.2.2. Importance et influence..... | 49 |
| 5.2.3. Les objectifs prioritaires..... | 53 |
| 5.2.4 Analyse de cluster autour des objectifs | 57 |
| 5.2.5 Réseau fermé vs réseau ouvert..... | 60 |
| Chapitre 6 : discussion | 61 |
| Chapitre 7 : limites | 65 |
| CONCLUSION | 67 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 68 |
| ANNEXES..... | 74 |

RÉSUMÉ

Contexte

Une réforme des soins de santé mentale a été initiée il y a un peu moins d'une dizaine d'années dans notre pays. En s'appuyant sur des réseaux de services, elle vise à renforcer le développement d'une offre de soins axée dans la communauté et à améliorer l'intégration des soins. Cette mesure politique traduit la volonté d'un changement de paradigme en matière d'organisation de l'offre de soins en santé mentale. Cependant, rien n'indiquait que ce changement paradigmatique fasse consensus entre les acteurs du secteur. Or, qu'il s'agisse de leur élaboration ou de leur implémentation, les politiques de soins de santé sont façonnées par divers groupes d'intérêts qui s'influencent mutuellement. D'ailleurs, les premières évaluations de la réforme ont constaté son implémentation partielle. Notre but était donc de décrire le réseau formé par des acteurs du champ de la santé mentale qui ont été désignés comme influents en matière d'organisation des soins de santé mentale.

Méthodes

La méthodologie repose sur une enquête en ligne qui a permis d'obtenir à la fois des nominations de personnes influentes et les orientations politiques des répondants. Quelques métriques couramment utilisées pour l'analyse des réseaux sociaux ainsi que des statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire le réseau de citations.

Résultats

Les résultats montrent que le réseau est peu connecté et fortement homophile entre communautés linguistiques et régionales. Les décideurs politiques ne sont pas désignés comme les personnes les plus importantes (indegree moyen = 1.2) ; ce sont plutôt les représentants des usagers et des familles (indegree moyen = 2.4) qui sont considérés comme tel. Le positionnement des répondants envers les objectifs de la théorie de programme est le même que celui identifié lors des premières évaluations de la réforme. Des coalitions se forment autour des objectifs de la réforme et certaines s'opposent.

Discussion

La décentralisation du pouvoir et la forte tradition pluraliste en matière de prise de décision peuvent expliquer ses résultats. La confrontation des coalitions peut être à l'origine de l'implémentation partielle des objectifs de la réforme. Ces résultats sont cependant à prendre avec précaution, certains n'étant pas statistiquement significatifs.

Conclusion

Le système relationnel dans lequel évoluent les acteurs de la santé mentale les influence significativement. L'analyse des réseaux sociaux aide à comprendre pourquoi l'implémentation de la réforme des soins de santé est laborieuse. A l'avenir, de tels résultats doivent être pris en compte pour faciliter la mise en œuvre de futures réformes.

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Les 5 fonctions de soins du réseau (le guide de la réforme, 2010)

Figure 1 : Organigramme du processus d'échantillonnage (in Smith et al, rapport KCE à paraître)

Figure 3 : Graphe du classement des objectifs de la réforme (in Smith et al, rapport KCE à paraître)

Figure 4 : Représentation du réseau fermé (n=110)

Figure 5 : Représentation du réseau en fonction du soutien aux objectifs (n=41)

Figure 6 : Graphe du classement des objectifs de la réforme dans le réseau fermé

Figure 7 : Graphe des objectifs de la réforme selon les deux échantillons

Figure 8 : Dendrogramme des coalitions autour des objectifs de la réforme

Figure 9 : Graphe de comparaison des moyennes des objectifs de la réforme selon les clusters

Tableau 1 : Caractéristiques des acteurs de la population mère (n=469)

Tableau 2 : Classement des objectifs de la réforme (n=469)

Tableau 3 : Caractéristiques des acteurs du réseau fermé (n=110)

Tableau 4 : la cohésion au sein du réseau fermé (n=110)

Tableau 5 : Indegree moyen en fonction des caractéristiques des répondants (n=110)

Tableau 5 bis : Indegree moyen en fonction des caractéristiques des répondants (n=41)

Tableau 6 : Score d'influence perçue (/20) en fonction des caractéristiques des répondants (n=110)

Tableau 7 : Classement des objectifs de la réforme dans le réseau fermé (n=110)

Tableau 8 : Comparaison du classement des objectifs entre le réseau ouvert et le réseau fermé

Tableau 9 : Classement des objectifs de la réforme au sein des clusters

Tableau 10 : Caractéristiques des acteurs présents au sein des clusters

Tableau 11 : comparaison des fréquences d'attributs entre le réseau fermé (n=110) et entre le réseau ouvert (n=346)

INTRODUCTION

La thématique de ce mémoire est l'organisation des soins de santé mentale en Belgique. Depuis 2010, cette dernière s'inscrit dans un vaste plan de réforme nommé « Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins ».

Trois chapitres composent la première partie de ce travail, qui se veut être plus théorique. L'exercice est de mettre en lumière quelques éléments conceptuels nécessaires pour appréhender la seconde. Le premier chapitre s'attache à décrire le contexte dans lequel émerge cette réforme. Nous nous intéresserons successivement à la performance du système de santé mentale, à l'historique de l'évolution du champ et à quelques caractéristiques importantes du système de soins de santé. Le deuxième chapitre met en lumière des éléments de la théorie de programme de la réforme, décrit brièvement le développement des réseaux et présente quelques résultats issus de l'évaluation scientifique, menée par trois équipes universitaires jusqu'en 2016. Le troisième chapitre confronte une partie des résultats produits par l'évaluation avec plusieurs concepts issus de l'analyse des politiques publiques. Nous présenterons les notions de réseaux politiques et de coalitions, avant de les appliquer à la réforme.

Cette première partie théorique se conclut avec la question de recherche suivante: « *Quel est le réseau d'influence des acteurs de la santé mentale en 2018 ?* ». Il s'agit principalement d'identifier quels sont les acteurs du secteur perçus comme influents en matière d'organisation des soins de santé mentale et de décrire leur réseau d'influence, en termes de caractéristiques sociodémographiques, d'adhésion aux objectifs de la réforme et de coalitions.

Les données utilisées pour les analyses proviennent d'une évaluation récente de la réforme: l'enquête *Health Services Research 52* du centre d'expertise des soins de santé (KCE). Cette dernière porte sur l'évaluation des lacunes et des chevauchements entre les services de santé mentale existants. À l'aide d'un questionnaire en ligne, il a été demandé aux répondants d'attribuer un score aux objectifs de la réforme, traduits en différentes interventions organisationnelles et de citer jusqu'à cinq personnes qu'ils considèrent importantes et influentes en matière d'organisation des soins de santé mentale.

La seconde partie de ce mémoire est également divisée en trois chapitres. Le premier détaille la méthodologie employée. Le deuxième présente les résultats des analyses, qui se basent sur des statistiques descriptives, des métriques d'analyses des réseaux sociaux et d'une analyse de cluster. Finalement, le troisième chapitre est une discussion de ces résultats. Une conclusion viendra clore ce travail.

CHAPITRE 1

LE CHAMP DE LA SANTE MENTALE EN BELGIQUE

En 2010, le gouvernement belge a initié une réforme des soins de santé mentale : la réforme « Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins », aussi connue sous les noms de « réforme 107 » ou « Psy 107 ».

Dans quel contexte émerge-t-elle ? Pour répondre à cette question, nous décrivons la performance du système de santé mentale belge à cette période, ainsi que l'évolution du secteur jusqu'au début des années 2000 et quelques éléments du système de soins de santé.

1.1. La performance du système de soins de santé mentale

En 2008, l'OMS publiait un rapport selon lequel la Belgique occupait la deuxième place du classement des pays par densité de lits psychiatriques, avec 152 lits psychiatriques par 100 000 habitants (en hôpital psychiatrique et dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux) contre une moyenne européenne de 72 lits/100 000 habitants (OMS, 2008).

Deux types de lits composent les services psychiatriques : *les lits A sont destinés aux malades adultes nécessitant soit une intervention de crise, soit une observation ou un traitement actif, [...] les lits T doivent axer leurs activités sur la réadaptation sociale maximale des patients* (Arrêté Royal, 20 mars 1975). En 2010, un rapport du centre fédéral belge d'expertise des soins de santé, KCE, indiquait que *les soins psychiatriques étaient principalement dispensés dans les hôpitaux psychiatriques (4686 lits A) plutôt que dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux (2404 lits A)* (KCE report 144B, 2010). Dans un autre rapport, le KCE a également étudié le profil des patients occupant des lits T pendant de longues périodes au sein des unités psychiatriques hospitalières. Au moment de l'étude, en 2008, *environ 4750 patients occupaient un lit T depuis déjà plus d'un an et pratiquement 1600 depuis plus de 6 ans* (KCE report 84B, 2008).

Ces trois indicateurs révèlent que les usagers de la psychiatrie étaient principalement pris en charge au sein de la filière hospitalière, plus encore dans des structures spécialisées, et qu'ils y faisaient de longs séjours. Le risque de rupture des personnes avec leur milieu de vie était alors important, ce qui n'est pas sans conséquences pour leur emploi et leur vie sociale. Ces mêmes conséquences engendrent également des coûts pour la société et favorisent la stigmatisation des patients psychiatriques.

En effet, toujours en 2008, 18% des personnes avec un trouble mental étaient au chômage, contre 8.3% de la population ne présentant aucun problème de cet ordre (OCED, 2013). Dans la zone de l'OCDE, la même tendance s'observait : les personnes souffrant de troubles mentaux étaient moins susceptibles d'occuper un emploi. Les taux de chômage de ces derniers étaient alors 2 à 3x plus élevés qu'au sein de la population générale. Cependant, en Belgique, ce taux est resté inchangé depuis le milieu des années 90, alors qu'il a diminué dans d'autres pays de la zone (OCDE, 2013). En raison de leur situation précaire sur le marché de l'emploi belge, 12% des personnes avec un trouble mental sévère étaient exposées au risque de pauvreté, contre 7.3% des individus ne souffrant pas de ce type de maladie (OCDE, 2013). En 2010, près d'un tiers des nouvelles demandes de prestation d'invalidité étaient motivées par des troubles mentaux (OCDE, 2013).

En 2010, le taux de suicide en Belgique était également l'un des plus élevés de l'OCDE : 16,8 décès par suicide pour 100 000 habitants, contre une moyenne de 12,3 au sein de l'Europe (OCDE, 2012). Son évolution depuis 1960 indique qu'il a toujours été compris entre 15,0 et 24,6 décès par 100 000 habitants et qu'il est en quasi-constante diminution depuis 2000 (OCDE, 2019). Cependant, par rapport à ses voisins, la Belgique présente toujours un taux de suicide plus élevé que les autres pays, à l'exception de la France, pour laquelle l'évolution du taux est assez similaire. En outre, si le suicide est en régression, les inégalités socioéconomiques qui le favorisent ne le sont pas pour autant (Lorant, 2018). De manière générale, les hommes sont plus à risque de mourir par suicide que les femmes, de même que pour les individus qui ont un niveau d'éducation plus faible. En Belgique, cette tendance a augmenté au début des années 2000. En outre, un âge plus jeune – c.à.d. moins de 65 ans – n'a plus un effet protecteur face au suicide.

Notre système de soins de santé mentale est donc hospitalo-centré, institutionnalise les usagers et leur offre une faible insertion sociale. Quels éléments peuvent expliquer ces résultats ? Examinons l'évolution du champ de la santé mentale en Belgique jusqu'en 2010 et quelques caractéristiques du système de soins de santé mentale.

1.2. L'évolution du champ de la santé mentale

Dans son livre « Santé mentale et citoyenneté : les mutations d'un champ de l'action publique », Jean De Munck postule que le champ de la santé mentale est un domaine au croisement de l'action publique et professionnelle. Pour décrire son évolution, il faut donc mettre en

perspective la conception de la santé mentale [...] avec les changements de l'action publique et professionnelle.

Trois périodes marquent l'évolution du domaine de la santé mentale : le temps de l'asile, ensuite celui de l'hôpital psychiatrique et enfin celui des circuits et des réseaux de soins (De Munck, 2003). Nous nous concentrerons uniquement sur la deuxième période, plus pertinente pour le thème de ce chapitre.

La création du ministère de la santé date de 1936. C'est en 1948 qu'on lui transfère la responsabilité des asiles, qui était jusque-là celle du ministère de la justice. Au cours des années 50, les asiles se transforment progressivement en hôpitaux psychiatriques, l'aliéné devient un malade mental et les troubles mentaux un problème médical. Le médecin devient alors le détenteur du savoir légitime pour répondre au problème de l'individu malade. Les soins hospitaliers sont façonnés par le courant organogénétique attribuant une cause neurobiologique aux maladies mentales, soutenu par la profession médicale. En outre, l'Etat s'implique de plus en plus dans le subventionnement des hôpitaux et le remboursement des prestations de soins. Le développement de cet Etat Providence induit un lourd dispositif administratif de traitement de la maladie mentale : organisations mutualistes, fédérations hospitalières, ordres médicaux et organe de conseil des établissements hospitaliers. Tous contribuent à donner de la stabilité au système hospitalier (Vrancken, Schoenaers, Cerfontaine, 2010). *Consacré par la médicalisation de la psychiatrie et la spécialisation de l'action publique, l'hôpital psychiatrique détient alors le monopole institutionnel des soins* (Thunus, 2012).

Progressivement, le personnel d'encadrement hospitalier se professionnalise et, dès les années 60, les psychiatres ne sont plus les seuls à pouvoir intervenir dans le champ de la santé mentale. Nous voyons apparaître des protocoles de soins et des formations spécialisées à destination des psychologues, infirmiers, assistants sociaux et éducateurs. Le courant psychogénétique, qui attribue une origine psychologique à la maladie mentale, prend de l'ampleur grâce au développement de nombreuses psychothérapies, comme la pensée psychanalytique (Freud, Jung, Klein, Lacan), les approches comportementales et cognitives (Pavlov), la théorie des systèmes (Palo Alto), etc. (Nicaise, 2017) Cette diversification favorise une différenciation des types de prise en charge des patients et les deux écoles – organogénèse vs psychogénèse – finissent par s'opposer.

Les années 60 sont également caractérisées par le courant antipsychiatrique, qui présuppose que les origines de la maladie mentale sont sociales. D'une part, les partisans du mouvement

sociogénétique dénoncent l'enfermement, en revendiquant pour les personnes concernées le droit de vivre dans la société avec leurs différences. D'autre part, ils militent également contre *l'hospitalo-centrisme qui a remplacé le monopole des asiles* (De Munck, 2003). Ils demandent la fermeture des hôpitaux psychiatriques, en faveur d'un accueil des personnes malades dans la communauté.

Cette critique trouvera une réponse en Belgique en 1975 par la création des services de santé mentale (SSM) et, quelques années plus tard, des centres de revalidation communautaires pour les troubles de santé mentale, actuels centres de rééducation fonctionnelle (CRF). L'Arrêté Royal instituant les SSM leur confie la mission de développer des collaborations avec l'hôpital. Mais rattrapés par des logiques professionnelles concurrentes – organogénèse vs psychogénèse – les domaines hospitaliers et ambulatoires se développeront séparément (Thunus, 2012). En effet, les SSM constituent *par exemple le lieu de reconnaissance publique pour les nouveaux professionnels de la santé mentale que sont les psychologues. En concurrence avec les psychiatres pour la maîtrise du champ, ces nouveaux professionnels accentuèrent le contraste avec la psychiatrie officielle et avec le monde hospitalier* (De Munck, 2003).

Les années 80 sont marquées par une crise budgétaire dont découle, en 1986, le moratoire sur la programmation hospitalière, rationalisant l'offre des lits hospitaliers psychiatriques. Quelques années plus tard, un rapport universitaire¹ révèle *la nécessité d'une resocialisation des patients chroniques stabilisés dans leur propre milieu de vie*. Il apparaît aussi que *l'encadrement des services T [...] est largement insuffisant et que l'absence de collaboration entre les diverses structures de santé mentale constitue un obstacle majeur à une politique de santé mentale cohérente et économe* (Groot et Breda, cités par De Munck, 2003).

À la suite de ces constats, l'Etat crée en 1990 de nouvelles institutions, via la reconversion de lits T : les Maisons de Soins Psychiatriques (MSP) et les Initiatives d'Habitations Protégées (IHP). Chacune d'entre elles, selon ses propres modalités, est perçue comme un « sas » vers la communauté, leur création visant à stimuler l'intégration sociale de leurs résidents. Cependant, il s'est avéré que ces institutions n'ont pas exercé la fonction de transition entre l'hôpital et le domicile qui leur avait été attribuée. En effet, les patients finissaient par y séjourner sur le long terme (KCE, report 84B, 2008)

¹ Rapport de L.M.J Groot et J. Breda (1989) Evaluation de la programmation hospitalière, 2^{ème} partie : les soins hospitaliers psychiatriques. Anvers, UIA.

Toujours en 1990, parallèlement aux MSP et IHP, l'Etat crée des plateformes de concertation en santé mentale. Elles ont pour mission de favoriser la complémentarité entre les services résidentiels et ambulatoires au sein de chaque province belge, c'est-à-dire entre les hôpitaux psychiatriques, les services psychiatriques des hôpitaux généraux, les SSM, les MSP et les IHP. Elles assurent également un rôle d'intermédiaire entre les acteurs de terrain et les décideurs politiques. *Loin d'être seulement un conseil (plus ou moins influent) au décideur, il s'agit d'un lieu de réflexivité en vue de piloter l'action publique en train de se faire* (De Munck, 2003).

En 1996, le Conseil National des Etablissements Hospitaliers (CNEH) souligne qu'il faut continuer à réformer progressivement le système de santé mentale en « *un réseau d'équipement susceptible d'offrir une gamme complète de soins dans une région déterminée* » (Arrêté Royal, 10 juillet 2008). En 1997, il propose d'organiser les soins en circuits pour répondre aux besoins de groupes cibles : adultes, enfants & adolescents, personnes âgées, patients sous contrôle judiciaire, personnes handicapées et toxicomanes. Rétrospectivement, on qualifie cet avis du CNEH de précurseur en matière d'organisation des soins et l'initiative des réformes qui suivirent lui fut attribuée. Cependant, un tel avis semble avoir été motivé par le souhait de garder une place centrale dans la future organisation des soins : *sous la menace de nouveaux types de concertation faisant la part belle au secteur ambulatoire, le secteur hospitalier a bien dû s'adapter. Par un vigoureux mouvement de repositionnement, le CNEH [...] a pris le leadership de la réforme de la politique publique en suscitant les coalitions nécessaires* (De Munck, 2003).

La fin du 20^e siècle illustre donc bien *le caractère processuel et construit de l'action publique dans le champ de la santé mentale* (Thunus, 2012). En effet, les changements ne se sont pas développés de manière tranchée, mais se superposent sans se substituer. Nous pouvons également voir que plusieurs groupes d'intérêt distincts se sont créés, influençant à la fois la conception de la santé mentale et l'organisation des soins de santé. L'approche institutionnelle (secteur hospitalier et résidentiel) est portée par les médecins, prônant une conception organogénétique des troubles mentaux, tandis que l'approche communautaire (filiale ambulatoire) est portée principalement par les psychologues, prônant une conception psychogénétique des troubles mentaux. Ces deux approches, exercées dans des lieux de soins séparés à qui il a été demandé de collaborer, ont fini par s'adresser à des patientèles différentes: la première s'intéresse aux personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères, tandis que la seconde s'adresse aux personnes souffrant de troubles psychiques « plus légers » (Gerken et Merkur, 2010 ; Nicaise, 2017).

Au niveau international, dans les années 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prône une nouvelle approche en santé mentale. Le rapport de 2001 sur la santé mentale dans le monde redéfinit les troubles mentaux et du comportement comme étant le résultat *d'une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux* (OMS, 2001). L'OMS postule que la séparation de ces facteurs a entravé la bonne compréhension de ces troubles. Une nouvelle conception de la santé mentale – une conception biopsychosociale – est donc énoncée au travers de ce rapport. En outre, l'OMS préconise une prise en charge communautaire qui permet *aux personnes de prendre leur destin en main, contrairement aux grandes structures d'internement* (Thunus, 2012). En 2005, se tient à Helsinki une conférence rassemblant l'ensemble des ministres européens de la santé. La question de l'opérationnalisation d'une prise en charge communautaire y est abordée et des recommandations sont inscrites dans la « Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe ». Les ministres s'engagent à soutenir la mise en œuvre de plusieurs mesures, dont par exemple celle de *remplacer les soins dispensés dans de grands établissements [...] par des services de proximité* (OMS, 2005).

Parallèlement, en Belgique, plusieurs initiatives politiques se succèdent. En 2001, l'Etat tente de mettre en place une offre de soins différenciée selon les besoins des patients. Les projets pilotes « Soins psychiatriques à domicile » (SPAD) et « Activation » sont développés à cet effet. En 2002, les ministres de la Santé Publique signent une déclaration conjointe sur la politique future en matière de soins de santé mentale. Avec son amendement en 2004, elle précise que l'offre de soins en santé mentale sera à l'avenir organisée selon les principes de groupes cibles et de réseaux. En 2005, le gouvernement souhaite expérimenter de telles conditions de travail et les projets pilotes « projets thérapeutiques » et de « concertation transversale » voient le jour. Leur but était la réalisation de lignes directrices et d'un cadre structurel pour des soins optimaux basés sur des trajectoires de soins et des réseaux de coordination. L'ensemble de ces programmes n'a que partiellement abouti, mais a permis *d'apaiser certaines résistances au changement [...] et a aussi contribué au développement de connaissances utiles pour la réforme actuelle* (Thunus, 2012).

Le début du 21^e siècle illustre bien la volonté de faire évoluer le système de soins de santé mentale vers une prise en charge personnalisée et un peu plus en dehors des murs institutionnels. Il en résulte une succession de changements rapides et fréquents dans l'offre de soins, qui n'ont pas altéré la stabilité institutionnelle des hôpitaux. En effet, *les grands hôpitaux psychiatriques avec des lits destinés aux patients présentant des besoins à long terme ont continué de constituer l'offre de soin de base pour les soins psychiatriques adultes* (Nicaise, 2014). A

contrario d'autres pays à la même époque, le processus de désinstitutionnalisation recommandé par l'OMS était donc loin d'être atteint en Belgique.

Nous avons décrit la performance moyenne de notre système de santé mentale et venons de présenter l'évolution du secteur, qui peut partiellement expliquer cette situation. Dans la section suivante, nous décrirons quelques éléments du système de soins de santé pertinents pour la suite de cette réflexion.

1.3. Le système de soins de santé belge

Le système de soins de santé belge peut se décrire au travers de plusieurs caractéristiques fondamentales : l'autonomie des professionnels de santé et des patients, la décentralisation du pouvoir et une offre de soins très dense, inégalement répartie dans le secteur de la santé mentale.

Le système de soins de santé est organisé comme un quasi-marché, où les intervenants sont principalement des organisations non lucratives financées par l'Etat ainsi que des acteurs privés, recherchant plus ou moins le profit et également financés par l'Etat (subsidés, mécanismes de co-paiement). Cela laisse une large autonomie aux prestataires de soins et aux patients. Le patient est en effet libre de choisir ses prestataires de soins, indépendamment de critères territoriaux ou d'orientation (Nicaise, 2014). Le médecin, lui, dispose d'une grande capacité d'identifier et d'utiliser les moyens diagnostiques et thérapeutiques qu'il estime les plus appropriés, ainsi que d'établir – ou non – des accords de partenariat avec d'autres prestataires ou organisations (Nicaise, 2014).

La Belgique est un état fédéral, partagé entre trois niveaux de pouvoir : le gouvernement fédéral, les entités fédérées (les régions et les communautés) et les administrations locales (les provinces et communes). Les responsabilités des administrations locales en matière de soins de santé étant assez limitées, la prise de décision dans le secteur relève majoritairement de l'autorité fédérale et des entités fédérées. En effet, *le financement et l'organisation des prestations de services de soins sont partagés entre 5 niveaux différents de pouvoir, ce qui complique le processus décisionnel politique entre l'Etat fédéral et les entités fédérées* (Nicaise, 2014). Pour faciliter la coopération entre eux, des concertations interministérielles sont organisées (Gerken & Merkur, 2010).

En Belgique, en 2010, *le secteur des soins de santé mentale est composé de soins spécialisés, pour lesquels des psychiatres et des psychologues collaborent avec d'autres prestataires de soins, tels que des infirmiers et des assistants sociaux, pour venir en aide aux personnes*

souffrant de problèmes de santé mentale (Gerkens & Merkur, 2010). Les soins de santé mentale sont dispensés au sein de différentes structures que l'on peut regrouper en 5 catégories :

- Les centres de soins de santé mentale (SSM)
- Les services psychiatriques dans les hôpitaux généraux (SPHG)
- Les maisons de soins psychiatriques (MSP)
- Les habitations protégées (IHP)
- Les hôpitaux psychiatriques (HP)

En plus de ces structures, on retrouve également des centres de réhabilitation, des soins psychiatriques à domicile, des annexes psychiatriques au sein des prisons et une offre de soins privée de (neuro)psychiatres et psychothérapeutes (Gerkens & Merkur, 2010).

Comme nous avons pu le voir dans la section précédente, l'Etat Belge a tendance à créer de nouveaux dispositifs de soins sans réformer pour autant les anciens. Il en résulte l'existence d'une multitude de services spécialisés, qui ne sont pas forcément coordonnés entre eux ni également répartis sur le territoire. En effet, *les lits des hôpitaux psychiatriques et des services communautaires ont été distribués inégalement sur l'ensemble du pays* (Guide, 2010 ; Nicaise et al, 2014). Outre une offre de soins disparate, la création successive de ces différents services signifie également le partage du secteur entre des acteurs de plus en plus nombreux.

La décentralisation du pouvoir et la multitude de services reflètent une certaine fragmentation du système de santé, lourde de conséquences pour les patients les plus vulnérables, qui combinent des besoins multiples, complexes et chroniques (Nicaise et al, 2014).

1.4. Conclusion

Au début des années 2000, le système de santé mentale belge était moyennement performant. Les hôpitaux psychiatriques y occupaient une place centrale, institutionnalisant leurs usagers, ne leur offrant qu'une faible insertion sociale. Parmi les éléments qui peuvent expliquer cette situation, on retrouve l'évolution du secteur et les conséquences de quelques caractéristiques du système de soins de santé national.

En effet, le champ de la santé mentale a été façonné par l'évolution de la conception de la maladie mentale, des droits des patients et de l'action publique. Les politiques publiques furent influencées tant par des institutions internationales que par les acteurs du secteur. Nous avons pu observer à la fin du 20^e siècle que l'hôpital était le dispositif privilégié de traitement des troubles mentaux. Il y avait également un clivage entre le secteur hospitalier et le secteur

ambulatoire, qui poursuivaient chacun des logiques professionnelles différentes et s'adressaient à une patientèle distincte. Au début du 21^e siècle, l'Etat Belge initie plusieurs réformes, orientées vers la désinstitutionalisation et une plus grande qualité des soins. Il en résulte une succession de changements rapides et fréquents dans l'offre de services, qui n'ont pas altéré la stabilité institutionnelle des hôpitaux.

Parallèlement, les patients évoluent dans un système de soins de santé fragmenté. En effet, en Belgique, le pouvoir décisionnel est distribué entre plusieurs niveaux de pouvoir, l'offre de soins est inégalement répartie dans le pays et il existe une multitude de services et une multiplicité d'acteurs, disposant d'une large autonomie.

Le modèle de soins élaboré dans la « réforme 107 » est apparu comme la solution pour remanier l'offre de soins en santé mentale et améliorer sa performance. Intéressons-nous au programme de cette réforme.

CHAPITRE 2

LA « REFORME 107 »

Nous avons vu au chapitre précédent la performance moyenne du système de soins de santé mentale au début des années 2000. Pour tenter de l'expliquer, plusieurs pistes ont été abordées : les caractéristiques du système de soins de santé, l'organisation de l'offre de soins et l'évolution du champ. Leur examen nous a permis de remarquer que différents groupes d'acteurs se partageaient le secteur et qu'ils ont influencé l'organisation du système de soins de santé mentale.

En mai 2010, le gouvernement belge présentait le programme politique de la réforme lors d'une conférence rassemblant plus de 800 acteurs concernés par la santé mentale. Un guide, appelé « Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins » fut distribué aux participants. Il reprenait notamment le programme politique de la réforme et a servi à sa diffusion. Pendant la conférence, les ministres de la santé ont lancé un appel à projets : ils ont invité les acteurs du terrain à postuler pour pouvoir développer leur projet de réseau local, basé sur le nouveau modèle de soins présenté dans le guide.

Quel est ce modèle de soins recommandé par la réforme ? Aujourd'hui - 8 ans plus tard - sa mise en œuvre est-elle complète ? Dans ce chapitre, nous aborderons la théorie de programme de la réforme 107 et nous nous intéresserons aux résultats de l'évaluation scientifique de son implémentation.

2.1. La philosophie de la réforme et le modèle de soins en réseau

La philosophie globale qui sous-tend la réforme est présentée dans le guide, au travers de 5 objectifs principaux :

Tout d'abord, la désinstitutionnalisation qui consiste à *limiter les traitements résidentiels au sein d'institutions de soins, tout en favorisant la mise en place de formules de soins ambulatoires intensifs et spécialisés, en tant qu'alternatives à l'hospitalisation* (Guide, 2010 ; Nicaise, 2014 ; Lorant, 2016).

Ensuite, l'inclusion qui peut être décrite comme *la réadaptation et la réhabilitation dans le cadre d'une indispensable collaboration avec divers secteurs, tels que l'enseignement, la culture, le travail, le logement social, ... L'inclusion ne concerne donc pas que les secteurs de la santé mentale mais l'ensemble des intervenants* (Guide, 2010 ; Nicaise, 2014 ; Lorant, 2016).

Puis la décatégorisation qui est *la mise en place, via les circuits et réseaux de soins, d'une collaboration avec et entre les soins aux personnes adultes, les services de santé mentale, le secteur des personnes handicapées et la justice. L'ensemble des intervenants se concertent autour de l'utilisateur, limitant une prise en charge en silos* (Guide, 2010 ; Nicaise, 2014 ; Lorant, 2016).

Ensuite, l'intensification des soins au sein des hôpitaux, *c'est-à-dire l'utilisation des structures hospitalières pour les soins aigus et intensifs, à l'occasion de séjours limités en nombre et en durée* (Groupe d'étude Article 107, janvier 2016).

Enfin, la consolidation qui est *une régularisation des différents projets pilotes antérieurs à la réforme, tant au niveau fédéral, communautaire et régional, dans le concept de globalisation des soins en santé mentale* (Guide, 2010 ; Nicaise, 2014 ; Lorant, 2016).

La finalité de ces objectifs est *le maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés* (Guide, 2010). Cela reflète la volonté d'un changement de paradigme dans l'organisation du système de soins de santé mentale. Un tel changement s'observe lorsqu'il y a une transformation dans plusieurs dimensions d'un système désigné à aborder un besoin/problème social particulier, comme la justice, l'éducation ou la santé (Hall, 1993). Dans notre cas, le changement s'observe par la redéfinition de la santé mentale : un concept biopsychosocial, nécessitant une approche globale. Le changement est également perçu par *la volonté de remplacer un système résidentiel et basé sur l'offre par un système axé sur la communauté et basé sur la demande* (Thunus, 2015). Le changement s'observe aussi dans le transfert du pouvoir des mains des différents professionnels aux patients et à leurs proches. Cependant, la question se pose de savoir si tous les acteurs de la santé mentale soutenaient ce changement de paradigme.

Le modèle de soins présenté dans le guide est un modèle basé sur des réseaux remplissant 5 fonctions. La notion de réseau est ici définie comme *un réseau de collaboration entre des structures et des ressources qui vont, dans un partenariat effectif, définir une finalité, un fonctionnement et des objectifs communs, ceci afin de garantir l'efficacité du suivi des patients, une meilleure continuité des soins, l'amélioration de l'offre et l'amélioration de la qualité de prise en charge* (Guide, 2010). Les fonctions à assurer sont représentées dans le schéma suivant :

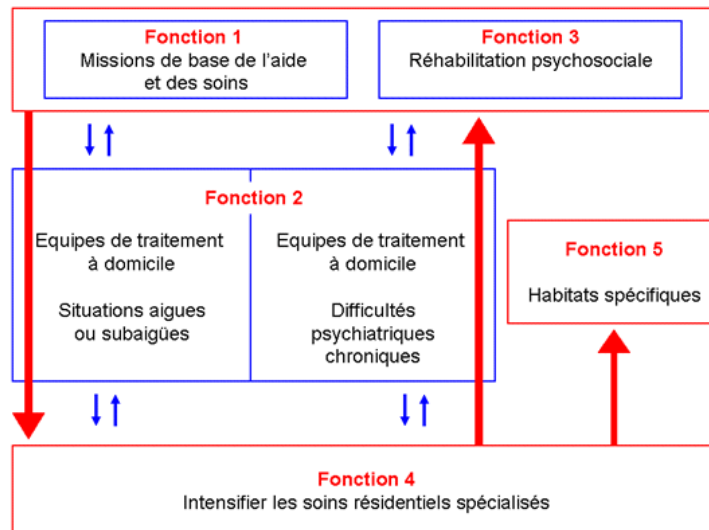


Figure 2 - Les 5 fonctions de soins du réseau (in Guide, 2010)

Notons qu'on observe une tendance à assimiler chaque fonction à un type d'institution précis. En réalité, elles sont le résultat d'une collaboration interinstitutionnelle et non pas d'une superposition immédiate entre une fonction et un type de service (Nicaise, 2017).

L'idée globale du modèle proposé par la réforme est que l'ensemble des intervenants et des services présents sur un territoire, issus de structures hospitalières et ambulatoires mais aussi de secteurs autres que celui de la santé mentale, doivent élaborer des stratégies pour répondre efficacement à l'ensemble des besoins en santé mentale de la population de ce territoire (que les intervenants auront eux-mêmes délimité). La création d'un tel réseau est un objectif ambitieux, dont le bon fonctionnement repose sur un large panel d'acteurs du terrain, issus de secteurs différents. Pour y parvenir, plusieurs aspects du modèle doivent être pris en compte : *la structure du réseau, les processus collaboratifs par lesquels il fonctionne et la gouvernance du réseau* (Lorant et al, 2018).

2.2. Le développement des réseaux

Comme dit au début de ce chapitre, le gouvernement a procédé par appel à projets pour mettre en œuvre la réforme. C'est donc selon une approche bottom-up que les différents réseaux-pilotes se sont construits, ce qui octroie à nouveau un rôle déterminant aux acteurs du champ.

Le guide de la réforme présente *un cadre minimum* servant d'une part à *déterminer les différentes étapes nécessaires à la construction du réseau de collaboration*, et d'autre part à *définir les rôles de quelques acteurs clés* dans cette construction, comme le coordinateur de réseau, les garants de services et les comités de travail (Guide, 2010). Seuls quelques outils et

stratégies sont suggérés. Cela laisse à chaque promoteur une grande possibilité de façonner son réseau, avec le risque que les projets se développent assez différemment entre eux (Nicaise, 2017). Aussi, l'élaboration des réseaux a été confiée aux hôpitaux psychiatriques désireux de le faire. En tant que promoteur, l'hôpital dispose alors d'un pouvoir d'influence non négligeable pour choisir les membres du réseau et organiser l'offre de soins locale (Nicaise, 2017).

Plus encore, la stratégie de financement renforce la position de l'hôpital. En effet, d'après les auteurs du guide, le meilleur moyen de mettre en œuvre la réforme est d'utiliser l'article 107 de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins. *Cette technique [...] précise qu'un hôpital peut utiliser de manière flexible une partie des moyens disponibles liés aux lits pour la réalisation des fonctions 2, 3 et 4 du modèle* (Guide, 2010). Les équipes mobiles sont donc créées, financées et employées par l'hôpital promoteur. Légalement, elles sont d'ailleurs considérées comme un service à part entière de l'hôpital (Arrêté Royal, 10 juillet 2008). Il en va de même pour le coordinateur de réseau.

Il faut également souligner que le modèle de soins ne définit aucun public cible précis, la réforme concernant *l'ensemble de la population adulte des usagers de la psychiatrie* (Guide, 2010). Le risque que l'ensemble de la patientèle psychiatrique ne soit pas pris en charge dans le réseau ou que certaines structures se spécialisent pour un profil précis est donc réel. Cela s'est d'ailleurs déjà produit avant la réforme entre les structures ambulatoires et les structures hospitalières/résidentielles.

2.3. Evaluation scientifique de la réforme

L'évaluation scientifique de la réforme et de ses effets a été confiée à trois équipes de recherche universitaires – LUCAS (KUL), IRSS (UCL) et OPIH (VUB) – pour la période 2011-2016. Notre attention se porte sur plusieurs résultats :

Premièrement, il y a une grande hétérogénéité des réseaux, tant par la taille que par la composition en services (IRSS UCL, 2015). Certains réseaux se révèlent plus hospitalo-centrés, d'autres sont orientés vers les soins primaires ou encore vers la réhabilitation et les services sociaux (Lorant et al, 2016). Cela confirme donc le risque évoqué précédemment d'un développement différent au sein de chaque projet, pouvant entraîner un problème de couverture territoriale et une disparité de répartition dans l'offre de soins.

Ensuite, les analyses ont mis en évidence que les usagers considérés comme prioritaires pour une prise en charge en réseau sont *les patients atteints de troubles psychiatriques sévères ou de*

la personnalité, présentant un niveau d'intégration sociale moyen et un faible fonctionnement psychosocial (Lorant et al, 2016). Les réseaux ne s'adressent donc pas fondamentalement à l'ensemble de la population adulte, comme le souhaite la réforme. Plus encore, ces mêmes analyses ont aussi montré *que les différents types de services s'adressaient à différents types de profil d'utilisateurs* (Lorant et al, 2016). L'autonomie dont disposent les prestataires de soins pour donner la priorité à une patientèle particulière ne facilite pas la participation au réseau.

Troisièmement, l'évaluation a mis en lumière un paradoxe dans l'adhésion des acteurs aux objectifs de la réforme. Bien que les acteurs soutiennent le développement d'une offre de soins axée dans la communauté (désinstitutionnalisation) ainsi que le rétablissement et la réhabilitation sociale (inclusion) des patients, ils semblent être opposés au changement dans le processus de traitement, particulièrement à la réduction du recours à l'hospitalisation et aux mécanismes en faveur de plus d'intégration des soins (Lorant et al, 2015). Autrement dit, les acteurs pensent qu'il faut maximiser l'offre de soins dans le milieu de vie des patients sans modifier la façon dont les soins hospitaliers sont dispensés. Ce résultat révèle que le changement de paradigme n'est pas soutenu dans son intégralité : une place importante est encore accordée aux institutions hospitalières dans le système de soins, en dépit de la volonté du gouvernement de les placer en périphérie.

Il faut souligner qu'une adhésion partielle des acteurs aux objectifs de la réforme impacte leur degré de mise en œuvre réel. En effet, nous avons pu constater que durant les premières années qui ont suivi le démarrage de la réforme, *les réseaux de collaboration n'ont pas été d'emblée mis en œuvre en tant qu'ensemble* (Van der Donck et al, 2016). Le travail s'est principalement porté sur la fonction 2 – c.à.d. la création d'équipes mobiles – et ce n'est qu'à partir de 2015 que les autres fonctions ont été progressivement implantées. Plus encore, les activités « inter-fonction » – c.à.d. de gouvernance du réseau – ont suscité un moindre intérêt ; *seuls certains réseaux se sont tournés récemment vers ces activités, sous l'influence d'incitants externes et de coaching* (Van der Donck et al, 2016). Pour finir, le rapport publié par le KCE en 2015 sur la performance du système de santé belge mettait en évidence de longs délais d'attente pour le premier contact avec un SSM et une augmentation du nombre de journées d'hospitalisation psychiatrique (304 jours/1000 habitants en 2000 vs 336 jours en 2012).

Cette adhésion partielle peut s'expliquer par une faible adéquation entre les valeurs des acteurs et celles portées par le changement souhaité. Cette adéquation est d'ailleurs identifiée comme l'un des facteurs déterminant du processus d'implémentation d'un changement (Aarons, 2011).

De plus, certaines approches cognitives postulent que, face à un changement, les professionnels de santé ne font pas de choix rationnels *mais plutôt en accord avec leurs opinions, besoins et comportements* (Grol, 2007).

Un autre résultat issu de l'évaluation scientifique de la réforme est l'apparition de sous-réseaux au sein même des réseaux de collaboration. Ils se créent *selon la fonction ou en suivant des sous-régions géographiques, ou encore en fonction de "cliques" au sein de ou entre secteurs* (Van der Donck et al, 2016). Suite au changement que constitue le travail en réseau, nous constatons que les acteurs ont tendance à se rassembler en plusieurs sous-réseaux. L'une des explications peut se trouver dans les théories de diffusion des innovations. Ces dernières postulent que *l'adoption de nouvelles idées et technologies est largement influencée par la structure des réseaux sociaux des personnes et par la présence d'individus spécifiques au sein ou en marge de ces réseaux* (Grol, 2007). Parmi les facteurs influençant que nous pouvons trouver dans les réseaux sociaux, notons par exemple, la présence de leaders d'opinion, la force des liens entre les membres du réseau, le poids des valeurs et des normes qui y circulent, etc. (O'Brian, 1999 ; Grol, 2007 ; Aarons, 2011).

L'analyse des réseaux sociaux, qui est à la fois un cadre théorique et un outil méthodologique, permet d'examiner le système relationnel dans lequel les acteurs évoluent et de comprendre l'impact de leurs interactions sur leurs attitudes et comportements (Song, 2005). En effet, cette approche considère que *les acteurs – ainsi que leurs actions – sont interdépendants, que les relations entre eux sont des canaux de transmission de ressources matérielles et immatérielles* (Song, 2005). La structure et la composition des sous-réseaux d'intervenants ont donc un impact sur la mise en œuvre des objectifs de la réforme. Nous tenterons dans la deuxième partie de ce mémoire d'étudier ce réseau d'acteurs interdépendants, en essayant de comprendre ce qui les rassemble et si certains d'entre eux occupent une place particulière dans le réseau.

2.4. Conclusion

Nous avons pu percevoir dans le guide de la réforme la volonté de développer une offre de soins axée sur la communauté et basée sur la demande, ce qui constitue un changement de paradigme dans l'organisation des soins de santé mentale. Le modèle de soins en réseau recommandé par les autorités gouvernementales est un modèle basé sur l'interaction entre les intervenants du secteur et sa mise en œuvre s'est opérée selon une approche bottom-up. Cela signifie que sa « bonne » implémentation et le bon fonctionnement du réseau reposent donc principalement sur les épaules des acteurs du champ. Or, rien ne prouve que le changement de paradigme fasse

consensus entre ces derniers. En outre, une place centrale a été confiée aux hôpitaux, alors qu'il s'agissait de les placer en périphérie de la nouvelle organisation des soins. Le risque d'une implémentation partielle de la réforme était donc réel.

L'évaluation scientifique de la réforme a confirmé ce risque: les réseaux créés sont différents entre eux, un profil particulier de patient se distingue pour la prise en charge dans le réseau et les 5 objectifs de la théorie de programme ne semblent pas soutenus par l'ensemble des intervenants du secteur. Ce manque d'adhésion a induit une mise en œuvre inégale des fonctions des réseaux et des objectifs de la réforme. Cela peut s'expliquer par la faible adéquation entre les valeurs des acteurs et celles portées par les objectifs. Les résultats ont aussi montré que les intervenants avaient tendance à se rassembler en sous-réseaux au sein d'un même réseau. Or, les réseaux sociaux des acteurs de la santé mentale jouent également un rôle en matière d'adoption et de maintien d'un changement. Une attention particulière doit donc être portée au réseau que forment les acteurs du champ et au système relationnel dans lequel ils évoluent.

La question se pose donc de savoir qui sont les acteurs de la santé mentale, quels sont leurs enjeux et dans quelle mesure le réseau qu'ils constituent est important pour l'avenir de la réforme.

CHAPITRE 3

LE RÉSEAU DES ACTEURS DE LA SANTÉ MENTALE

Nous l'avons vu au chapitre précédent, le processus d'implémentation du modèle de soins en réseau de la réforme 107 a largement été façonné par les acteurs du champ de la santé mentale. L'un des résultats de l'évaluation scientifique de ce processus est que les acteurs ont tendance à former des sous-réseaux au sein du réseau de collaboration. Or, les réseaux sociaux des individus jouent un rôle important en matière d'implémentation et de maintien d'un changement.

Dans cette partie, nous nous intéresserons donc au réseau que forment les acteurs du champ de la santé mentale. Qui sont-ils et quels sont leurs enjeux ? Pourquoi le réseau des acteurs est-il important pour les politiques publiques et leur mise en œuvre ? Qu'en est-il plus spécifiquement pour la réforme 107 ?

3.1. Politique publique et réseaux sociaux

En matière d'analyse des politiques publiques, l'une des questions fondamentales est de savoir si une politique publique va suivre un cours que nul n'aura déterminé par ses actes ou plutôt un cours délibérément recherché (Bergeron, 1998). La réponse à cette interrogation se trouve dans un continuum entre deux extrêmes : d'un côté, la position *interactionniste*, qui voit *chaque politique se composer par l'interaction d'une multitude d'acteurs et suivre au cours du temps une évolution assez imprévisible, dont la trajectoire ne saurait être imputée à la volonté d'un acteur ou d'un groupe* ; de l'autre côté, la position *intentionnaliste*, qui attribue l'évolution d'une politique publique à *l'influence de certaines élites sectorielles, susceptibles de peser sur les représentations sociales, les systèmes de valeurs et de contrôler l'enchaînement des interactions sociales qui donnent, au cours du temps, le sens que prend une politique publique* (Bergeron, 1988).

Nous l'avons vu précédemment, les 5 objectifs de la théorie de programme n'ont été que partiellement opérationnalisés, certaines fonctions ont été privilégiées et les stratégies de gouvernance du réseau se sont développées tardivement. Or, le processus de mise en œuvre de la réforme reposait principalement sur les épaules des acteurs du secteur. Ces résultats sont donc vraisemblablement le fruit de leurs interactions, chacun étant animé de ses propres intentions.

La littérature scientifique sur l'analyse des politiques publiques est abondante. Il existe une variété de cadres théoriques qui cherchent à identifier les éléments influençant l'implémentation et le maintien de politiques. Dans ces nombreux modèles conceptuels, les acteurs sont toujours considérés comme un facteur déterminant pour la pérennité de la politique publique étudiée. Les analyses portant sur les acteurs – couramment appelées « stakeholder analysis » – aident à identifier les acteurs concernés par une problématique, ainsi qu'à comprendre leurs comportements, les intentions qui les animent, leurs interactions, leurs intérêts et l'influence ou les ressources qu'ils pourraient fournir pour peser sur une décision et sa mise en œuvre (Brugha, 2000).

Le terme « acteur » - ou encore « stakeholder » - désigne principalement deux publics. D'un côté, *tous les individus qui présentent un intérêt dans la question à l'étude, sont touchés par celle-ci ou qui, en raison de leur fonction, influencent ou pourraient influencer le processus de prise de décision* (Varvasovszky, 2000). Dans notre cas, ce sont, par exemple, les patients, les gestionnaires d'institution, les professionnels de santé, les experts, les décideurs politiques, etc. De l'autre côté, il désigne également *tous les groupes/organisations qui sont en mesure de transmettre les points de vue de ceux qu'ils représentent et qui seront touchés, intéressés ou qui seront appelés à contribuer à la question étudiée* (Stordeur, 2017). Ce sont notamment les associations de patients et de leur famille, les représentants des professionnels et des hôpitaux, etc. Ces acteurs peuvent alors être des acteurs politiques formels, c.à.d. qui détiennent la légitimité du pouvoir, ou des acteurs politiques informels, qui possèdent une capacité d'influence, une autorité (Nicaise, 2017). Ensemble, ils forment *des communautés politiques, qui ne sont autres que le réseau des individus et des organisations qui opèrent globalement et qui sont unis par leur préoccupation pour la problématique* (Shiffmann, 2007).

Le terme réseau renvoie ici à un modèle conceptuel, qui ne doit pas être confondu avec le réseau en tant que forme de coordination et de gouvernance, tel qu'il est présenté dans le modèle de la réforme 107. *Les réseaux politiques sont des configurations d'individus et d'organisations, impliqués dans un secteur politique [...] Les acteurs sont capables d'exercer une influence grâce aux ressources issues d'une organisation à laquelle ils appartiennent [...], grâce à leurs propres ressources personnelles [...] et grâce à leurs liens avec d'autres individus qui ont aussi des ressources* (Lewis, 2006). D'ailleurs, dans les approches théoriques de réseaux politiques, le centre de l'attention se porte sur les patterns des relations formelles et informelles entre acteurs, ces patterns façonnant les processus politiques. Dans cette perspective, les réseaux d'individus et de communautés jouent un rôle majeur (Brugha, 2000). Nous pouvons donc

supposer que *le réseau politique est un jeu de négociation entre des acteurs opposés ayant des intérêts divergents et, par conséquent, qu'il peut favoriser un changement progressif* (Lorant et al, 2016).

En plus d'interagir entre eux, les acteurs peuvent également former des coalitions, ce qui renforce le poids de leur influence et encourage la cohésion parmi eux, la cohésion de groupe étant un facteur déterminant pour l'efficacité de la coalition (Schiffmann, 2007). Sabatier définit une coalition comme *un ensemble d'acteurs issus d'organisations gouvernementales et privées variées, qui, dans le même temps, (a) partagent un ensemble de croyances normatives et causales et (b) participent, dans un degré non négligeable, à une activité coordonnée dans le temps* (Bergeron, 1988). Il postule que la politique publique est le résultat de la confrontation de coalitions concurrentes, chacune voulant réaliser les principes d'actions inhérents à son propre système de croyances. Selon lui, on retrouve généralement, au sein d'un système, une coalition dominante et une/plusieurs coalitions mineures.

Certains résultats de l'évaluation de la réforme illustrent les propos de Sabatier. D'abord, comme nous l'avons dit au début de ce chapitre, le résultat de l'implémentation de la réforme est le fruit de l'interaction des acteurs, animés chacun de leurs intentions. Ensuite, les chercheurs ont relevé quelques obstacles à la collaboration au sein du réseau. Ils ont notamment identifié *la difficulté d'inclure activement les médecins généralistes et les psychiatres [ainsi que] des rapports de pouvoir déséquilibrés entre les partenaires et les réflexes protectionnistes de certains d'entre eux* (Van der Donck et al, 2015). Les réflexes protectionnistes des acteurs sont liés à leur système de croyance et les rapports de forces à la confrontation des coalitions. Nous tenterons donc dans la seconde partie de ce travail d'identifier les coalitions d'acteurs dans le réseau étudié.

Sabatier énonce également que la différenciation des niveaux de gouvernement (local, entités fédérées, état fédéral) ou de territoires (régions, localités, etc.) ne remet pas en cause la coalition dominante, puisque sa cohérence et son homogénéité interne lui assurent la cohérence des actions entreprises à différents niveaux. Nous vérifierons également cette hypothèse par la suite.

Nous venons de le voir, les approches théoriques d'analyse des politiques publiques accordent une grande importance aux acteurs, qui ne sont autre que les individus qui présentent un intérêt pour la problématique étudiée, et leurs représentants. Ces acteurs peuvent être des acteurs politiques formels ou informels. Ensemble, ils forment un réseau d'individus connectés entre eux, appelé « réseau politique » et dans lequel ils interagissent, négocient. Ils peuvent

également former des coalitions autour de croyances normatives et causales, afin de renforcer le poids de leur influence. La création de ces réseaux est encouragée par certains aspects de la société belge. Dans la section suivante, nous décrirons brièvement ces éléments et tenterons d'identifier les acteurs et leurs intérêts.

3.2. Particularités belges

Il est important de souligner que la société belge est une société pluraliste. En sciences politiques, le terme « pluraliste » signifie *que le pouvoir de mettre une question à l'ordre du jour ou d'influencer la prise de décision est réparti entre différents groupes d'intérêt* (Lorant et al, 2016 ; Varvasovszky, 2000). Comme vu au point précédent, ces groupes d'intérêts forment des réseaux politiques et il y a autant de droit de veto que de groupes d'intérêt. En effet, *les décisions politiques nécessitent des accords à plusieurs reprises, au long d'une série de décisions prises dans différents domaines. Le sort des propositions législatives dépend des possibilités de veto le long de cette chaîne. La capacité des groupes d'intérêts à influencer les résultats législatifs dépend de leur accès aux représentants politiques situés « aux points faibles » ou aux points de veto dans la chaîne* (Immergut, 2008).

En outre, en Belgique, bon nombre de projets sont façonnés selon une logique dite « bottom-up », où la décision politique ne provient pas d'une autorité centrale, *mais elle est négociée entre les acteurs concernés, puis actée par les acteurs politiques formels* (Nicaise, 2017). En effet, les politiques publiques s'expérimentent via des projets-pilotes. C'est le cas de notre réforme 107 qui a vu sa phase expérimentale s'étendre de 2010 à 2016, avant d'être obligatoirement opérante. Cependant, si le pluralisme, et donc les réseaux politiques, ont été largement étudiés pour leurs effets sur la prise de décision en politique, la littérature est moins abondante sur la façon dont ils affectent les réformes de soins de santé (Lorant et al, 2016).

Outre ce contexte pluraliste, le système de santé belge lui-même est caractérisé par un certain degré de corporatisme. De manière générale, le corporatisme se produit *lorsque l'État délègue suffisamment d'autorité à des groupes en conflit pour leur permettre de résoudre leurs différends sans plus intervenir [...] le réseau corporatiste est une façon d'incorporer au moins deux groupes dans les discussions où les politiques sont formulées et implémentées* (Atkinson, 1989). Concrètement, en Belgique, cela se traduit par la participation de plusieurs groupes d'intérêt non gouvernementaux à la gestion du système de santé belge. Ce qui peut induire de longues négociations. En effet, les questions de politique générale concernant l'assurance maladie et le budget de la santé publique sont décidées par les représentants du

gouvernement et des mutuelles, mais aussi par les représentants des employeurs, des salariés et des travailleurs indépendants (Gerkens & Merkur, 2010). Une partie importante du système de santé est également réglementée par des conventions et des accords nationaux entre les représentants des prestataires de soins de santé et les mutuelles (Gerkens & Merkur, 2010).

Finalement, la société belge est également une société dite « pilarisée » : les piliers catholiques, libéraux et socialistes ont chacun un pouvoir sur la vie publique et jouent un rôle dans le développement du système de soins de santé (Thunus, 2015). Par exemple, bon nombre des hôpitaux actuels proviennent d'institutions détenues auparavant par des congrégations religieuses et sont actuellement des A.S.B.L liées au pilier catholique. Il n'y a pas de différence qualitative entre ces derniers et les hôpitaux publiques mais plutôt une différence portant sur le contrôle qui est exercé sur ces établissements hospitaliers. En effet, le contrôle est plus important au niveau des hôpitaux publics, dans la mesure où les autorités publiques sont potentiellement amenées à couvrir leurs déficits (Thunus, 2015). Un autre exemple consécutif à l'existence de ces piliers est la création de réseaux d'institutions de soins selon cette pilierisation : les hôpitaux se regroupent selon qu'ils soient publics ou privés, laïcs ou chrétiens, généraux ou universitaires au lieu de s'organiser en fonction d'un bassin de soins, c'est-à-dire selon un territoire déterminé administrativement et par la densité de population (Arrêté Royal, 25 avril 1997). Cette contradiction ne favorise pas la participation au réseau de collaboration comme définit par la réforme.

Nous avons examiné les concepts de réseaux politiques et de coalitions ainsi que les éléments qui les encouragent au sein de la société belge. Dans la section suivante, nous appliquerons ces concepts à la réforme 107.

3.3. Le cas de la réforme 107 : ses acteurs et leurs intérêts

Cette section tentera de recenser les principaux acteurs/groupes d'acteurs de la santé mentale et de décrire brièvement les intérêts qu'ils défendent. Cette démarche ne prétend pas être exhaustive.

Qui sont les acteurs – ou groupes d'acteurs – qui se partagent le champ de la santé mentale belge en 2018 ? Ce sont :

- les instances gouvernementales, comme l'ensemble des ministres de la santé des différents niveaux de pouvoir,
- les organismes subventionnaires comme l'INAMI,

- les mutuelles et autres caisses d'assurances maladie,
- les fédérations et associations de services,
- les différents services et institutions de soins, qu'ils soient issus du secteur hospitalier ou de l'ambulatoire, spécialisés en santé mentale ou non,
- les différents services et institutions issus du secteur social et de la justice,
- les intervenants au contact de l'utilisateur, ainsi que les organisations professionnelles qui les représentent,
- les usagers et leur proches, ainsi que les associations qui les représentent,
- et finalement les experts et les chercheurs du domaine.

Quels sont leurs intérêts ? Salisbury postule qu'*un intérêt émerge de l'interaction de souhaits et/ou de valeurs "privées" avec les actions publiques* (Song, Miskel, 2005).

Nous pouvons supposer que des acteurs gouvernementaux, comme le SPF Santé Publique, les cabinets ministériels, ainsi que les experts et chercheurs, comme par exemple le KCE, partagent un intérêt « *evidence-based* ». Ces acteurs soutiennent l'implémentation d'une politique basée sur les preuves, au nom de la qualité et de l'efficacité des soins (Vrancken et al, 2010). Cet intérêt se heurte par exemple à la liberté thérapeutique dont disposent les professionnels de santé, évoquée au chapitre 1.

Nous pouvons également présumer que les intérêts défendus par les différents intervenants professionnels du champ ainsi que leurs représentants et associations, sont liés à leur statut, leur territoire professionnel et leur autonomie. Ces derniers sont susceptibles de se sentir menacés par le modèle de soins en réseau. En effet, un tel modèle est un système fait de relations entre des groupes professionnels issus de mondes différents qui doivent créer de nouveaux groupes pour fonctionner en réseau (Thunus, 2012)

Finalement, nous pouvons croire que les usagers et leurs proches, ainsi que les associations qui les représentent, ont pour intérêt d'être pris en considération et d'être entendus, écoutés. En effet, bien que bon nombre d'initiatives (études, projets, etc.) veulent représenter leurs intérêts, ils sont peu consultés. Plus encore, la reconnaissance de la place de l'utilisateur dans l'organisation du système et sa participation, via des rôles de pair-aidance par exemple, constitue un intérêt supplémentaire.

Les intérêts ici évoqués sont assez globaux, mais créent déjà un certain nombre d'enjeux. Par définition, un enjeu est *ce que l'on peut perdre ou gagner dans une entreprise quelconque* (Larousse, 2019). Les enjeux naissent donc lorsque les intérêts s'opposent et rendent les

décisions difficiles. Dans la littérature grise abordant l'implémentation de la réforme, on trouve les interviews de divers acteurs du champ de la santé mentale. Bon nombre d'entre eux ont identifié une myriade d'enjeu découlant de la mise en œuvre des projets 107. L'expression « enjeu » prenait des nuances différentes au fil des entretiens : certains les décrivaient comme d'importantes gageures et d'autres comme un ensemble d'atouts et d'obstacles, voire de leviers et de freins.

3.4. Conclusion

Nous avons constaté au chapitre précédent que tous les objectifs de la réforme n'avaient pas été implémentés. Il est maintenant clair que cela est le fruit de l'interaction entre les acteurs du champ de la santé mentale, qui forment des réseaux politiques et des coalitions. Ce fonctionnement en réseaux politiques est favorisé par la société pluraliste et « pilarisée » dans laquelle les acteurs évoluent, ainsi que par la place laissée aux acteurs corporatistes dans la gestion du système de soins de santé. Plus spécifiquement au projet 107, nous avons vu qu'une multiplicité d'acteurs occupaient une place importante : acteurs gouvernementaux, responsables d'administrations, responsables de fédérations de services, experts et chercheurs, managers de service, coordinateurs, intervenants au contact des usagers, les usagers eux-mêmes et leurs proches, ainsi que leurs représentants. Les intérêts qu'ils défendent sont de nature variée et constituent autant d'enjeux pour la mise en œuvre du modèle en réseau et son fonctionnement.

SYNTHÈSE DE LA PARTIE THEORIQUE

En 2010, le gouvernement belge a initié une réforme des soins de santé mentale : la réforme « Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins », aussi connue sous les noms de « réforme 107 » ou « Psy 107 ».

Cette réforme prend place dans un contexte peu performant. En effet, au début des années 2000, Les hôpitaux psychiatriques occupaient une place centrale dans le système de santé mentale belge et institutionnalisait leurs usagers, leur offrant une faible insertion sociale. Parmi les éléments qui peuvent expliquer cette situation, nous retrouvons l'évolution du secteur et les conséquences de plusieurs caractéristiques du système de soins de santé national. La dominance hospitalière s'est établie au cours des années 50 et, malgré plusieurs mouvements allant à son encontre, influencés tant par des institutions internationales que par les acteurs du champ, l'hôpital est resté le dispositif privilégié de traitement des troubles mentaux jusqu'à l'aube du nouveau millénaire. À cette période, nous pouvions également observer un clivage entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire, qui poursuivaient chacun des logiques professionnelles différentes et s'adressaient à une patientèle distincte. Au début du 21^e siècle, l'Etat Belge avait initié plusieurs réformes, orientées vers la désinstitutionalisation et une plus grande qualité des soins, qui ont produit une succession de changements rapides et fréquents dans l'offre de services, sans altérer la stabilité institutionnelle des hôpitaux.

Outre cette évolution particulière du secteur de la santé mentale façonnée par les acteurs du champ, le système de soins de santé national est plutôt fragmenté, en raison de la décentralisation du pouvoir et de la multitude de services existants. Cette fragmentation n'est pas sans conséquences pour les patients les plus vulnérables, qui combinent des besoins multiples, complexes et chroniques.

La théorie de programme de la réforme 107 reflète la volonté d'un changement de paradigme dans l'organisation des soins de santé mentale. On pouvait percevoir *la volonté de remplacer un système résidentiel et basé sur l'offre par un système axé sur la communauté et basé sur la demande* (Thunus, 2015). Cependant, rien n'indiquait que ce changement de paradigme fasse consensus entre les acteurs du secteur. Le risque d'une implémentation partielle de la réforme était donc réel.

Les résultats de l'évaluation scientifique de la réforme ont abondé dans ce sens: création de réseaux différents entre eux, établissement d'un profil cible de patient pour la prise en charge dans le réseau, mise en œuvre inégale des fonctions des réseaux et donc des objectifs de la

réforme, etc. Le processus d'implémentation de la réforme 107 a donc été largement façonné par les acteurs du champ de la santé mentale. L'un des résultats de l'évaluation scientifique a également mis en lumière que les acteurs ont tendance à former des sous-réseaux au sein du réseau de collaboration. Or, les réseaux sociaux des individus jouent un rôle important en matière d'implémentation et de maintien d'un changement.

Une attention particulière doit donc être portée au réseau que forment les acteurs du champ et au système relationnel dans lequel ils évoluent. En effet, l'une des questions fondamentales de l'analyse des politiques publiques est de savoir comment et dans quelle mesure les différents acteurs qui ont intérêt dans la problématique vont influencer l'élaboration et l'implémentation d'une politique publique. Nous avons pu voir au chapitre précédent que ces acteurs forment des réseaux politiques et des coalitions, dont l'efficacité repose sur la cohésion en leur sein. En Belgique, ce fonctionnement en réseau est favorisé par la société pluraliste et « pilarisée » dans laquelle les acteurs évoluent, ainsi que par la place laissée aux acteurs corporatistes dans la gestion du système de soins de santé.

Plus spécifiquement au projet 107, la question se pose donc de savoir qui sont les acteurs de la santé mentale et dans quelle mesure le réseau qu'ils constituent est important pour l'avenir de l'organisation des soins de santé mentale. Dans ce mémoire, nous tenterons alors de répondre à la question de recherche suivante: « *Quel est le réseau d'influence des acteurs de la santé mentale en 2018?* ». Nous utiliserons à cet effet des données issues d'une récente enquête KCE, qui nous a permis d'obtenir des désignations de personnes influentes et l'orientation politiques des répondants. Nous pourrions donc identifier quels les acteurs du secteur sont perçus comme influents en matière d'organisation des soins de santé mentale et décrire le réseau qu'ils constituent. Cette réponse repose sur 5 sous-questions de recherche:

Sous-question de recherche 1 : Description de l'échantillon

Sous-question de recherche 2 : Qui est perçu comme influent ?

Sous-question de recherche 3 : Quels sont les objectifs soutenus au sein du réseau d'influence ? Les personnes les plus influentes soutiennent-elles ces mêmes opinions ?

Sous-question de recherche 4 : Les membres du réseau ont-ils formé des coalitions autour des objectifs de la réforme ?

Sous-question de recherche 5 : Nous tenterons de savoir si le réseau d'influence constitué via l'enquête utilisée reflète la population réelle ou plutôt l'effort de participation des répondants.

CHAPITRE 4

MÉTHODOLOGIE

4.1. Questions et hypothèses de recherche

Comme nous venons de le dire, ce mémoire a pour but d'identifier les acteurs perçus comme influents en matière d'organisation des soins de santé mentale et de décrire le réseau qu'ils forment.

[SQR1] Pour poursuivre cet objectif, nous commencerons d'abord par **décrire notre échantillon**, en termes de caractéristiques sociodémographiques (langue, type d'activité professionnelle, distribution géographique, etc.). Nous illustrerons le réseau constitué par un graphe et étudierons la cohésion du réseau.

[SQR2] Ensuite, nous tenterons de savoir **qui possède le pouvoir au sein du réseau d'influence**, ou, en d'autres termes, qui est perçu comme important et influent. Nous supposons que les responsables politiques ne sont pas désignés comme les personnes les plus influentes du réseau, en raison de l'importance de la tradition pluraliste en matière de prise de décision. Nous comparerons ces résultats avec les scores d'influence auto-perçue.

[SQR3] Puis, nous établirons les classements des objectifs de la réforme au sein du réseau d'influence, dans le but d'**identifier ceux qui sont les plus soutenus**. Nous tenterons de déterminer si les objectifs considérés comme prioritaires par les personnes influentes du réseau sont les mêmes que ceux soutenus par le reste de l'échantillon.

[SQR4] Ensuite, nous observerons plusieurs caractéristiques du réseau afin d'**identifier** ce qui rassemble les acteurs et, par conséquent, crée **les coalitions**. Pour ce faire, nous suivons le postulat de Sabatier évoqué au chapitre 3 : les acteurs d'une coalition partagent des croyances normatives et causales communes. L'hypothèse est donc qu'ils se rassemblent autour des objectifs de la réforme.

4.2. Design de l'étude

Ce mémoire prend place au sein du projet HSR 52. Il s'agit d'un projet mené par le KCE en 2017 sur l'organisation des soins de santé mentale dans la population belge adulte, à la demande du groupe de travail interministériel sur la santé mentale. *Ce projet cherche à décrire l'offre de soins en santé mentale afin d'identifier de possibles lacunes et chevauchements entre les*

services existants. (KCE, 2017). Deux équipes de recherche universitaires ont été mandatées pour réaliser cette enquête : l'UCLouvain et la KULeuven.

L'enquête comporte deux parties distinctes : la première a produit des résultats qualitatifs sur les forces, les faiblesses, les lacunes et chevauchements subsistant dans l'offre de soins, perçus par 10 groupes focaux (professionnels de santé, gestionnaires de services, représentants des usagers et des familles). Les valeurs sous-tendant les préférences organisationnelles des participants ont également été identifiées. Cependant, en pratique, ces acteurs sont confrontés à des choix organisationnels impliquant des compromis entre différentes contraintes (Smith et al, rapport KCE à paraître). La seconde partie proposait donc, à un échantillon plus large d'acteurs, une enquête portant sur des interventions organisationnelles combinant les valeurs identifiées à l'étape précédente. Les répondants devaient alors choisir le scénario qui leur semblait le plus approprié selon que l'objectif poursuivi soit la désinstitutionnalisation ou l'intégration sociale.

Cette seconde enquête a pris la forme d'un questionnaire en ligne sur la plateforme Qualtrics®, comprenant 7 parties et envoyé par mail à des individus ou à des organisations ayant un intérêt ou une influence importante dans le champ de la santé mentale. Ce sont donc bien « des acteurs » comme nous l'avons défini au chapitre précédent. En l'occurrence, il s'agissait de responsables politiques, de responsables administratifs, d'experts, de managers de services et coordinateurs, de cliniciens ou intervenants au contact de patients, ainsi que de représentants d'usagers et familles. Ces acteurs étaient issus de la liste de contacts de la première enquête, de la base de données de contacts des instituts de recherche IRSS (UCL) et LUCAS (KUL) ainsi que de la liste de contacts du KCE. *Le but était de constituer un échantillon représentatif des différentes fonctions des soins de santé mentale, des différents profils d'intervenants, provenant des différentes régions du pays* (Smith et al, rapport KCE à paraître).

4.3. Collecte des données

Plusieurs parties de l'enquête en ligne ont été utilisées pour les analyses de ce travail. Elles ont permis d'obtenir à la fois des nominations d'influence perçue et des orientations politiques. Le questionnaire se trouve en annexe 1.

D'abord, nous avons utilisé le classement des objectifs de la réforme (partie 1/7 de l'enquête). En effet, il a été demandé aux répondants de classer les objectifs de la réforme, en leur attribuant des points. Pour ce faire, ils disposaient d'un total de 100 points à répartir entre 6 interventions organisationnelles : (1) impliquer les usagers dans le développement et l'offre de nouveaux

services, (2) soigner les usagers au sein de leur communauté, (3) offrir des hospitalisations de courte durée, (4) garantir une continuité entre les différents secteurs de l'aide et du soin, (5) aider les usagers à établir des liens avec leur quartier et communauté, (6) soutenir les usagers dans l'atteinte de leurs objectifs de vie. Ces interventions organisationnelles traduisent les objectifs principaux de la réforme (Smith et al, rapport KCE à paraître).:

- La désinstitutionnalisation est représentée par la 2^e intervention organisationnelle.
- L'inclusion est figurée par les interventions n°1, n°5 et n°6.
- La quatrième intervention traduit l'objectif de décatégorisation.
- L'offre d'hospitalisation de courte durée n°3 n'est autre que l'objectif d'intensification.
- Il n'y a pas d'intervention organisationnelle pour représenter l'objectif de consolidation des projets antérieurs à la réforme.

Ces données nous permettent d'identifier les objectifs qui sont reconnus comme prioritaires par les répondants. La moyenne de points attribués, la position dans le classement et le nombre de répondants qui ont attribué 0 ou plus de 50 points à un objectif sont des indices révélateurs de l'orientation politique des acteurs interrogés.

Ensuite, une autre question invitait les répondants à désigner des personnes qu'ils considèrent comme importantes et influentes en matière d'organisation des soins de santé mentale (partie 4/7 de l'enquête). Il était possible de citer jusqu'à 5 personnes. Cette démarche de « *snowballing* » permet de compléter un échantillon en minimisant le risque d'omettre des personnes dont l'importance n'a pas été perçue initialement (Brugha, 2000). Elle permet également de décrire le réseau d'influence de chaque répondant (Varvasovszky, 2000).

Finalement, une autre question permettait d'évaluer la capacité d'influence (partie 6/7 de l'enquête). Les répondants devaient répondre à 4 sous-questions permettant une auto-évaluation de leur influence et de l'influence de leur institution sur l'organisation des soins de santé mentale. À l'aide de 4 échelles de likert scorée de 1 à 5, un score total sur 20 points était obtenu, 0/20 signifiant une faible capacité d'influence et 20/20 correspondant à une grande capacité d'influence.

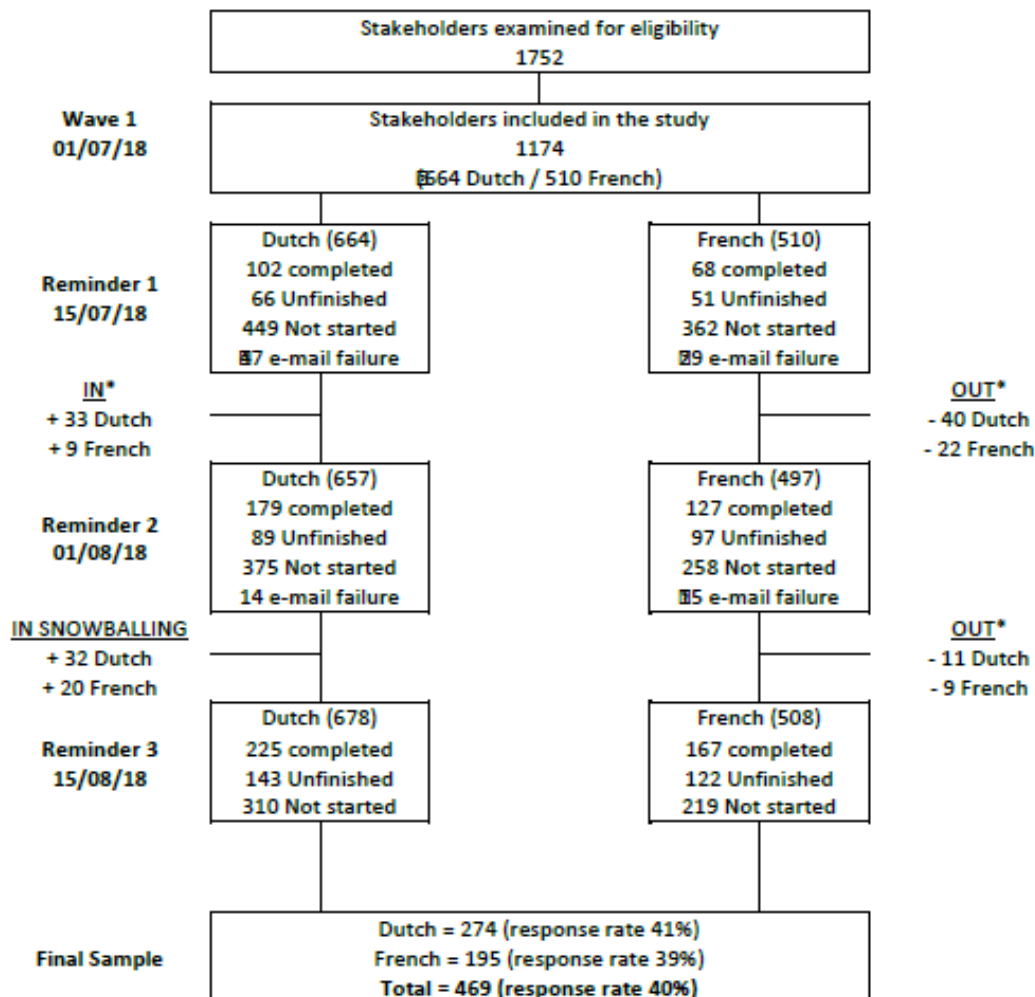
Ces deux dernières parties (4 et 6) nous permettront de construire le réseau d'influence des acteurs de la santé mentale, d'identifier qui est désigné comme étant influent et qui se perçoit comme tel.

4.4. Constitution de l'échantillon à partir de la population mère

Au total, 1174 personnes ont été contactées entre le 1^{er} juillet et le 1 septembre 2018. Un échantillon d'au moins 290 répondants était attendu.

Comme expliqué dans le rapport, au début du mois d'août, 306 répondants avaient fait 643 nominations correspondant à 391 personnes différentes. Sur ces 391 personnes, 295 avaient déjà été invitées à participer. 96 personnes n'avaient donc pas encore reçu l'enquête. À la suite de considérations d'éligibilité, 52 individus parmi ces 96 ont été sollicités pour répondre à l'enquête. Notre démarche de « *snowballing* » comprend donc deux vagues de collecte des données.

Avec un taux de réponse de 40%, 469 personnes avaient finalement complété l'enquête au 1^{er} septembre 2018. Ce processus d'échantillonnage est illustré dans la figure 2.



* From e-mail failure, pensioner, resignation, contact person, etc.

Figure 3 - organigramme du processus d'échantillonnage (in Smith et al, rapport KCE à paraître)

Ces 469 personnes constituent la population mère de l'enquête. Cependant, certaines analyses de ce travail sont effectuées sur un échantillon plus restreint. En effet, parmi ces 469 individus, nous retrouvons :

- Des personnes qui ont été citées par des répondants et qui ont répondu à l'enquête. Elles constituent le « réseau fermé » (n = 110 individus).
- Des personnes qui ont été citées par des répondants mais qui n'ont pas participé à notre enquête.
- De personnes qui n'ont pas été citées par d'autres répondants mais qui ont répondu à l'enquête.

Les deux derniers groupes forment le « réseau ouvert » (n=359). Puisque nous étudions le réseau d'influence des acteurs, nous effectuerons la plupart de nos analyses sur le réseau fermé.

4.5 Méthodes et analyses statistiques

Les analyses du chapitre suivant ont été réalisées avec les logiciels SAS entreprise 9.13 et UCINET.

Population mère : description [Préalable]

Des statistiques descriptives ont été faites sur la population mère, elles sont issues du rapport KCE de l'enquête. Avant de décrire le réseau fermé, une brève description de la population mère sera effectuée afin de permettre la comparaison entre cette dernière et le réseau fermé. Les caractéristiques sociodémographiques des répondants seront décrites (langue, profession, service, région, ancienneté) ainsi que leur classement des objectifs.

Réseau fermé : description [SQR1]

À l'aide de statistiques descriptives, comme expliqué ci-dessus, nous avons observé les caractéristiques sociodémographiques des répondants faisant partie du réseau fermé. Le réseau a aussi été représenté par un graphe.

Des métriques issues du domaine de l'analyse des réseaux sociaux, plus couramment appelée « *social network analysis* » (SNA) ont été utilisées pour décrire le réseau fermé. En SNA, les nœuds d'un réseau représentent les individus et les liens figurent les relations entre ces individus (Borgatti et al, 2013). Les liens peuvent être dirigés, dans un sens ou dans les deux sens, ou non dirigés. Dans notre réseau, les liens sont dirigés, puisqu'il s'agit d'un réseau de citations.

Beaucoup de métriques existent pour évaluer le réseau, nous n'en utiliserons que quelques-unes dans ce mémoire.

Nous avons mesuré la densité du réseau, qui reflète la proportion de liens existants au sein du réseau, ainsi qu'un index de centralisation qui permet d'évaluer dans quelle mesure le réseau est centralisé.

Nous avons utilisé l'EI Index pour mesurer la cohésion au sein du réseau autour de certains attributs des nœuds. Cet indicateur se calcule sur des groupes mutuellement exclusifs. Il s'agit du nombre de liens externes aux groupes moins le nombre de liens internes au groupe, divisé par le nombre total de liens. L'index peut être compris entre 1 et -1, un score positif étant signe d'hétérophilie (les individus ont tendance à former des liens avec des individus dissemblables) entre les groupes mutuellement exclusifs et un score négatif étant signe d'homophilie (les individus ont tendance à former des liens avec des individus semblables).

Notez que les répondants ont été classés en 3 catégories de profil qui rassemblent plusieurs professions citées dans la population mère. La première - « les décideurs politiques » - rassemble les responsables d'administrations, les responsables politiques ainsi que les experts. La deuxième - « les professionnels » - regroupe les cliniciens et les managers de service/coordonateurs. La troisième catégorie est constituée des représentants d'utilisateurs et des familles.

L'ensemble des services où exercent les répondants ont également été regroupés : le premier groupe rassemble les structures hospitalières et autres services de santé/sociaux. Le deuxième réunit les fédérations et coordinations de services ainsi que les associations de professionnels. Le troisième regroupe les administrations/institutions politiques, l'INAMI et les mutuelles ainsi que les instituts scientifiques et universitaires. Le dernier groupe est constitué de la catégorie « autre ».

Réseau fermé : identification de l'importance et de l'influence des acteurs [SQR2]

En SNA, *l'importance des acteurs fait référence à la mesure dans laquelle un acteur est visible pour les autres acteurs du réseau par le biais de liens directs et indirects* (Song & Miskel, 2005). En d'autres termes, un acteur important est un acteur représenté par un nœud qui a beaucoup de liens. Pour mesurer l'importance, nous avons donc utilisé une mesure de centralité. La centralité est *une des propriétés de la position d'un nœud dans un réseau et renvoie à une famille de concepts, comme degree, betweenness, closeness* (Borgatti et al, 2013). Le *degree*

est le nombre de liens qu'a un nœud ; ces liens peuvent être efférents (*outdegree*) ou afférents (*indegree*) au nœud. Afin d'identifier les individus qui sont perçus comme importants dans notre réseau, nous avons choisi d'utiliser l'*indegree*, c.à.d. le nombre de liens qui arrivent jusqu'au nœud. Plus un nœud aura reçu de liens, plus il aura été désigné comme important et influent en matière d'organisation des soins de santé mentale par les répondants. Par conséquent, ces acteurs importants sont perçus comme ayant du pouvoir sur l'organisation des soins.

Ensuite, à l'aide de statistiques descriptives sur les scores moyens d'influence déclarés, nous avons vérifié qui s'estime influent sur l'organisation des soins de santé mentale. Une analyse de variance ANOVA a été conduite pour vérifier la différence des moyennes (score F). Lorsque la p-valeur de F est inférieure à 0.05, cela signifie que la différence des moyennes est significative.

À l'aide d'une régression linéaire, nous avons également confronté ces scores d'influence auto-déclarée aux scores d'influence perçue. Le coefficient de corrélation de Pearson (r) permet de détecter s'il existe une relation linéaire entre ces deux scores : $r = [+1, -1]$. Au plus le coefficient est proche de -1, au plus la relation linéaire entre les deux variables testées est négative, au plus le coefficient est proche de +1, au plus cette dernière est positive. Si $r = 0$, il n'y a pas de relation linéaire entre les deux variables.

Réseau fermé : objectifs prioritaires et personnes influentes [SQR3]

Nous avons également observé le classement des objectifs au sein du réseau fermé. Pour ce faire, des statistiques descriptives ont d'abord été réalisées afin de décrire les scores moyens obtenus par chaque objectif au sein du réseau fermé. Ensuite, une analyse de variance ANOVA (score F) a été conduite pour vérifier la différence des moyennes entre le classement du réseau fermé et le classement du réseau ouvert. Lorsque la p-valeur de F est inférieure à 0.05, cela signifie que la différence des moyennes est significative.

Nous avons tenté de déterminer si les personnes qui sont considérées comme influentes soutiennent les mêmes objectifs que le reste des membres du réseau. En d'autres termes, nous cherchons à vérifier si les personnes les plus influentes soutiennent des objectifs particuliers. Une régression linéaire a donc été réalisée pour confronter les scores d'influence perçue avec les scores des objectifs. À nouveau, le coefficient de corrélation de Pearson permet de détecter s'il existe une relation linéaire entre ces deux scores.

Réseau fermé : les coalitions [SQR4]

Finally, nous avons également réalisé une classification (« *clustering* ») sur les objectifs au sein du réseau fermé afin de vérifier comment les acteurs se rassemblent autour des objectifs. En d'autres termes, l'analyse de cluster montre comment les individus qui ont choisi les mêmes objectifs peuvent être regroupés ensemble. Il s'agit d'un regroupement des répondants en classes (« *cluster* »), de sorte que les personnes d'une même classe soient les plus semblables possible et que les classes soient les plus distinctes possible. Le regroupement des individus s'est fait selon la méthode de Ward. Cette méthode calcule une distance euclidienne représentant la perte d'inertie interclasse, causée par l'agrégation des classes. La perte d'inertie interclasse représente l'éloignement des centres des classes entre elles. Au plus elle est élevée, au plus les classes sont séparées.

Réseau fermé : effort de participation ou réseau réel ? [SQR5]

Pour répondre à cette question, nous avons fait des tableaux croisés entre le réseau fermé et le réseau ouvert, sur les attributs des répondants. Un test Khi-2 a calculé les différences de moyennes. Lorsque la p-valeur du Khi-2 est inférieure à 0.05, cela signifie que la différence des moyennes est significative.

CHAPITRE 5

RÉSULTATS

Avant de se concentrer sur le réseau fermé, nous présentons quelques résultats de la population mère pour permettre la comparaison.

5.1. Analyses sur la population mère [Préalable]

5.1.1. Description

Le tableau 1 illustre les caractéristiques de l'échantillon (n=469), il se trouve en annexe 2.

Comme détaillé dans le rapport de l'enquête, la majorité des participants sont des néerlandophones (58.4%). La région qui est la mieux représentée est la Flandre, avec 51.9% des répondants, suivie par Bruxelles (28.1%) et la Wallonie (20%).

La majorité des personnes interrogées sont des cliniciens (34.8%), des managers de service/coordonateurs (24.2%). Les responsables politiques représentent 9.9% de l'échantillon, les représentants des usagers et des familles constituent, eux, 7.3% des répondants. Le reste de l'échantillon est composé d'experts (5.5%) et de responsables d'administrations (4.1%). Il est à noter qu'un répondant pouvait déclarer exercer plusieurs activités professionnelles et appartenir à plusieurs types de services. Une catégorie « autre activité professionnelle » représente également 14.2% de l'échantillon.

Un peu moins de la moitié des répondants (44.4%) travaillent dans une structure hospitalière ou dans un service de santé/social. La catégorie « autre type de service » représente 25.8% de l'échantillon. 9.5% des répondants exercent leur métier au sein de fédération de services ou d'organismes de coordination. Les autres services sont des administrations ou institutions politiques (7.4%), des associations professionnelles (5.6%), des universités ou instituts de recherche (4.5%) ainsi que l'INAMI ou des mutuelles (2.8%).

L'ancienneté moyenne est de 19 ans (DS = 11.5). Le score moyen d'influence perçue sur l'organisation des soins de santé mentale est de 14.1/20 (DS = 3.6). Un seul répondant a déclaré n'avoir aucune influence et 20 autres estiment exercer une influence très forte (Smith et al, à paraître).

5.1.2. Les objectifs prioritaires

Le tableau 2 illustre le classement des objectifs de l'échantillon complet, il se trouve en annexe 3. Comme expliqué dans le chapitre précédent, quatre objectifs officiels de la réforme ont été représentés par des interventions organisationnelles dans le questionnaire de l'enquête. Nous parlerons donc à la fois en termes de classement d'interventions et d'objectifs.

Il est important de remarquer que les répondants ont plutôt eu tendance à répartir les points sur tous les objectifs plutôt que de prioriser l'un ou l'autre, avec des scores nuls ou très élevés. En effet, les objectifs ont rarement reçu 0 points ou plus de 50 points (Smith et al, rapport KCE à paraître).

Assurer la continuité des soins entre les secteurs de l'aide et du soin (continuité intersectorielle dans la suite du texte) est l'intervention la plus soutenue, avec une moyenne de points culminant à 25.2/100 (DS = 14.6). Elle correspond à l'objectif officiel de décatégorisation. Plus de la moitié des répondants (50.4%) ont placé cet objectif en première place du classement et seul 9.8% d'entre eux l'ont placé en dernier.

Un quart des répondants (24.3%) n'a attribué aucun point à l'intervention de réduction des hospitalisations (objectif d'intensification) et deux tiers d'entre eux (60.1%) ont placé cette intervention en dernière place du classement. Elle a reçu le score de priorité le plus faible avec 12.1/100 (DS = 12.1).

Comme expliqué dans le rapport KCE, nous pouvons observer que les interventions sont rassemblées en trois groupes. Le 1^{er} objectif se démarque avec un score à plus de 25/100. Les interventions « soutenir les usagers dans la poursuite de leurs objectifs de vie » et « les soigner au sein de leur communauté » forment un deuxième groupe, avec des scores moyens autour de 18/100. Les interventions « aider les usagers à établir des liens avec leur communauté » et « les impliquer dans le développement de l'offre de soins » forment un troisième bloc avec des scores moyens autour de 13/100, précédant de peu l'intervention de réduction des hospitalisations, auquel il a été attribué un score moyen de 12.1/100. Cette répartition en 3 groupes nous sera utile pour la comparaison dans la suite de ce chapitre.

La figure 3, à la page suivante, illustre ce classement.

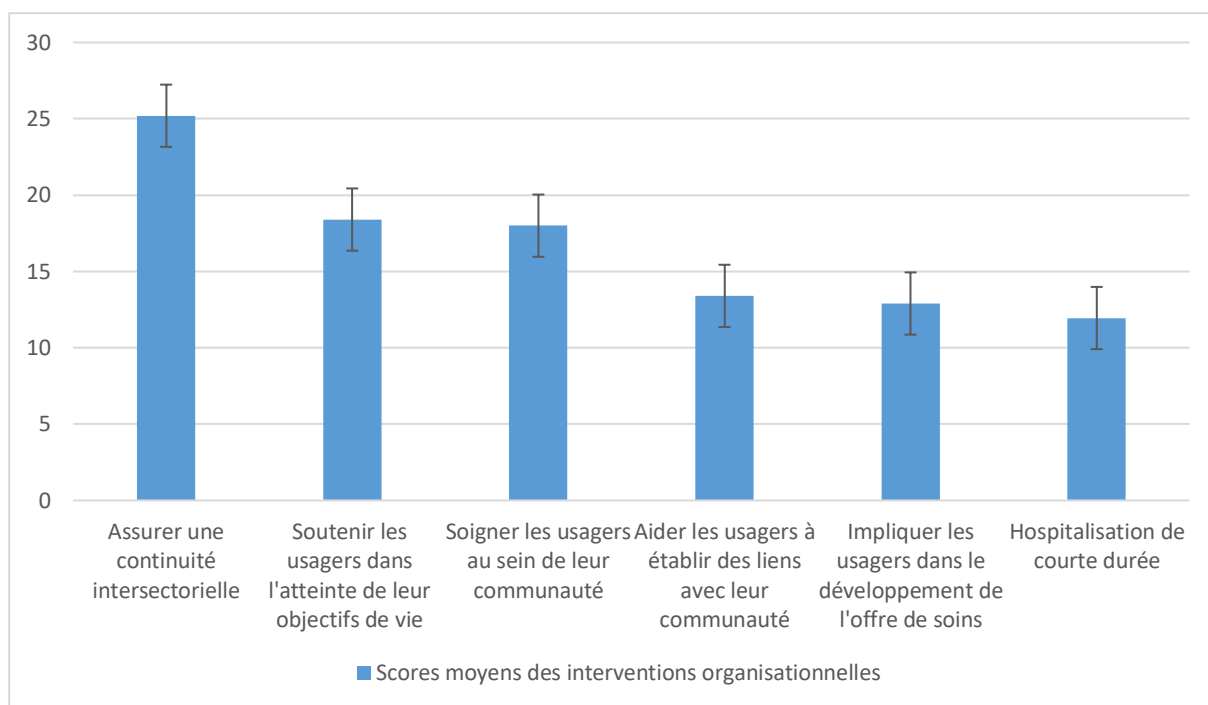


Figure 4 - graphe du classement des objectifs, IC = 95% (in Smith et al, rapport KCE à paraître)

Ce classement confirme ce qui était apparu lors des premières évaluations de la réforme : la réduction des durées de séjour ou du recours à l'hôpital reste un sujet controversé, l'objectif d'intensification étant le moins soutenu.

Le classement montre également que les répondants soutiennent l'inclusion mais qu'ils préfèrent certaines façons de la mettre en œuvre à d'autres. En effet, l'inclusion est représentée par trois interventions organisationnelles : « soutenir les usagers à atteindre leurs objectifs de vie », « aider les usagers à établir des liens avec leur communauté » et « impliquer les usagers dans le développement de l'offre de soins ». La première intervention se trouve largement devant les deux autres avec un score moyen de 18.4/100. Elle a d'ailleurs été placée en première place du classement général par un tiers des répondants (33.1%). La dernière intervention « impliquer les usagers dans l'offre de soins » a un score moyen assez proche de celui de l'intensification : 12,9/100 (rappel : 12.1/100 pour l'intensification). 15% des répondants ne lui ont d'ailleurs attribué aucun point (rappel : 24.3% pour l'intensification et un peu moins de la moitié d'entre eux (45.1%) l'ont placée en dernière place du classement (rappel : 60.1% pour l'intensification).

5.2. Analyses sur le réseau fermé

5.2.1. Description [SQR1]

Le tableau 3 illustre les caractéristiques de l'échantillon (n=110), il se trouve en annexe 4.

Il semble que les mêmes tendances caractérisent le réseau fermé et la population mère.

Il y a une légère majorité de néerlandophones (51.8%, soit 57 répondants) et la région la plus représentée est à nouveau la Flandre (43.6%, soit 48 répondants), suivie de Bruxelles représentée par 41 répondants (37.3%) et de la Wallonie avec 21 répondants (19.1%).

Le réseau est également composé d'une majorité de professionnels de la santé (59.1%, soit 65 répondants), puis de décideurs politiques (36.4%, soit 40 répondants) et finalement de représentants d'usagers (4.5%, soit 5 répondants).

Les répondants travaillent majoritairement sur le terrain (32.7% soit 36 répondants). La catégorie « autre type de service » représente 27 répondants (25.5%). Le reste du réseau est composé de 24 répondants (21.8%) qui exercent leur métier au sein de fédération de services ou organismes de coordination, associations professionnelles ; puis de 22 répondants (20.0%) faisant partie d'administrations ou d'institutions politiques, d'universités ou d'instituts de recherche ainsi que de l'INAMI ou des mutuelles.

L'ancienneté moyenne est de 21 ans (DS = 10.7), avec un minimum de moins d'un an révolu et un maximum de 42 ans. Le score moyen d'influence perçue vaut 15.0/20 (DS = 3.3), avec un minimum de 7/20 et un maximum plafonnant à 20/20.

Le graphe de la page suivante représente le réseau fermé. Notez que les acteurs isolés, c'est-à-dire ceux qui n'étaient pas connectés à d'autres acteurs, ont été retirés du graphe.

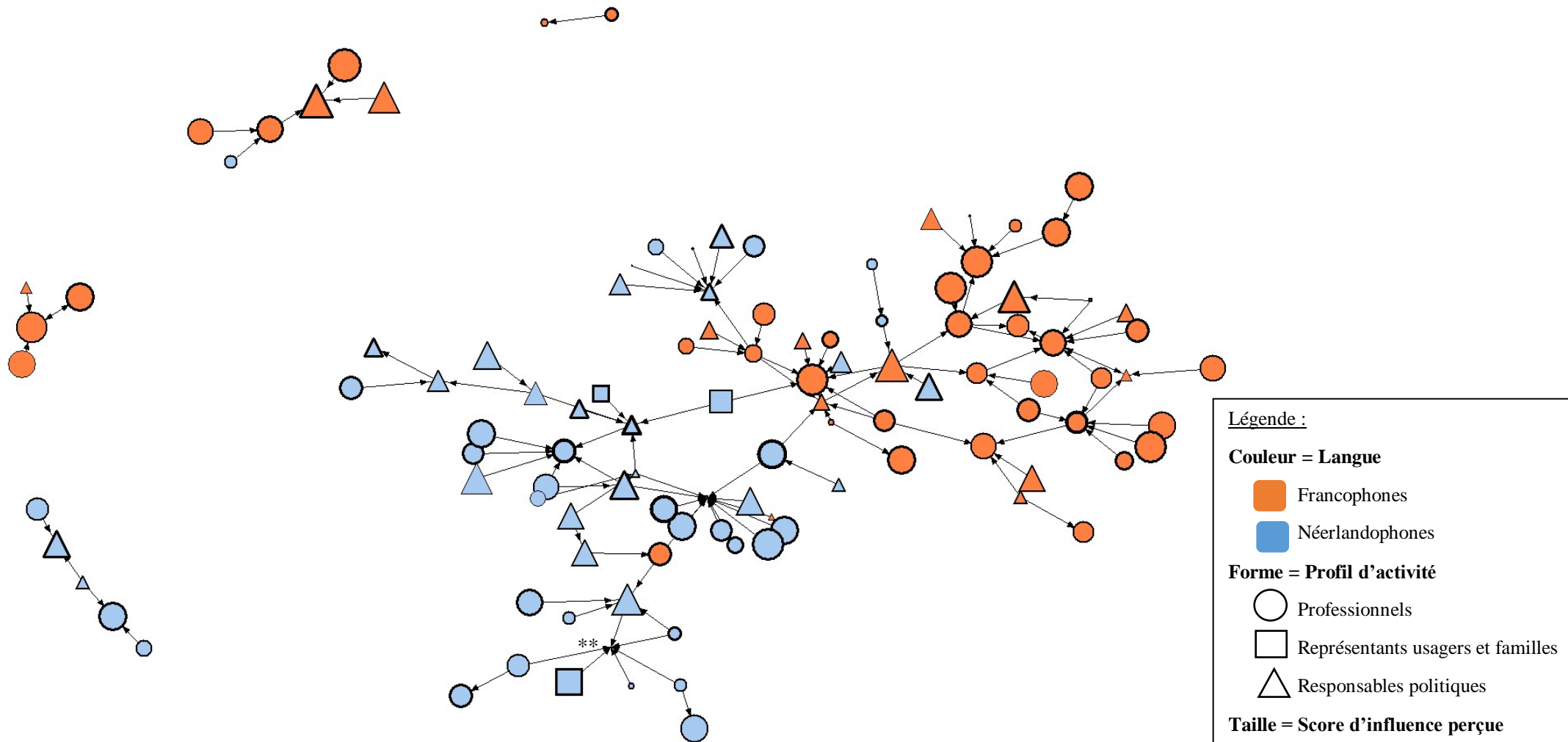


Figure 5 - Représentation du réseau fermé (n=110)

Légende :

Couleur = Langue

- Francophones
- Néerlandophones

Forme = Profil d'activité

- Professionnels
- Représentants usagers et familles
- △ Responsables politiques

Taille = Score d'influence perçue

Plus la forme est grande, plus le score d'influence perçue est élevé

Épaisseur du contour = Ancienneté

Plus le contour est épais, plus l'individu a de l'ancienneté dans sa fonction

** La forme non visible est un carré bleu de taille minimale et d'épaisseur de contour moyenne.

Dans ce réseau, il y a 122 liens entre les acteurs. La densité de lien est très faible, elle vaut 0.1% (DS=0.02), ce qui signifie que seul 0.1% des liens possibles sont présents. Le réseau est également très peu centralisé : l'index de centralisation vaut 0.04%. Le réseau est constitué par quatre petites composantes et d'une composante principale.

Nous pouvons observer que les professionnels de santé n'ont pas forcément tendance à désigner leurs pairs et qu'il en va de même pour les responsables politiques et les représentants d'utilisateurs. Nous pouvons également observer que le réseau semble séparé en fonction de la langue. D'ailleurs, la connexion entre les deux communautés linguistiques repose sur deux acteurs qui se situent à la frontière des deux groupes et font le lien entre eux.

Des indicateurs de cohésion au sein du réseau (E-I index) vont nous permettre de vérifier quelques-uns de ces constats. Le tableau 4 ci-dessous illustre les résultats E-I.

Tableau 4 : la cohésion au sein du réseau (n=110)

| Caractéristiques & objectifs | EI index | p-valeur |
|--|--------------|-------------|
| Langue | -0.82 | 0.00 |
| Activité professionnelle | 0.35 | 0.80 |
| Distribution géographique | -0.33 | 0.00 |
| Interventions organisationnelles : | | |
| • Assurer une continuité intersectorielle | -0.02 | 0.41 |
| • Aider les utilisateurs à atteindre leurs buts de vie | -0.03 | 0.42 |
| • Soigner les utilisateurs dans la communauté | 0.12 | 0.92 |
| • Aider les utilisateurs à établir des liens avec la communauté | 0.05 | 0.73 |
| • Impliquer les utilisateurs dans le développement de l'offre de soins | 0.1 | 0.89 |
| • Offrir de courtes hospitalisations | -0.03 | 0.44 |

Il apparaît que le réseau est fortement homophile sur la caractéristique linguistique (EI = -0.82) et entre les régions (EI = -0.33). En d'autres termes, les néerlandophones auront tendance à désigner des néerlandophones et les francophones auront tendance à citer des francophones. Il en va de même pour les régions, mais dans une moindre mesure. Il semblerait donc qu'un clivage ait lieu au sein du réseau selon la caractéristique linguistique et la région.

Le réseau est faiblement hétérophile quand il s'agit des activités professionnelles (EI = 0.35). En d'autres termes, les répondants exerçant une activité professionnelle particulière auront

légèrement tendance à désigner comme influent des individus qui exercent une activité professionnelle différente de la leur.

Concernant les objectifs de la réforme, l'ensemble des index EI sont très proches de zéro, et non significatifs. Nous ne constatons donc pas de cohésion au sein de ce réseau en matière d'objectifs de la réforme. Il n'y a pas de tendance qui se distingue entre les citations et les objectifs. Ce résultat sera à mettre en perspective avec l'analyse des coalitions.

5.2.2. Importance et influence [SQR2]

Qui est perçu par les répondants comme important et influent en matière d'organisation des soins de santé mentale ? L'hypothèse que nous vérifions est que ce ne sont pas les décideurs politiques qui sont perçus comme ayant du pouvoir.

Indegree

L'indegree moyen dans le réseau fermé est de 1.1 (DS = 2.1), avec un minimum de 0 et un maximum de 12. Si nous détaillons selon les attributs des répondants, nous distinguons que l'indegree moyen le plus élevé se trouve chez les représentants d'utilisateurs (2.4, DS = 5.4). Avec un test F équivalent à 1.19 (p-valeur=0.3), nous pouvons conclure qu'il n'y a pas de différence de moyenne significative selon l'activité professionnelle. Nous n'observons pas non plus de différence significative entre les régions, les services et selon la langue.

Le tableau 5 à la page suivante présente ces résultats.

Tableau 5: Indegree moyen en fonction des caractéristiques des répondants (n=110)

| Caractéristiques des acteurs | n | Indegree Moyenne (DS) | ANOVA F-Test (p-valeur) |
|--|----|-----------------------|-------------------------|
| Langue : | | | |
| • Francophone | 53 | 1.2 (1.9) | 0.33 |
| • Néerlandophone | 57 | 1.0 (2.2) | (0.6) |
| Activité professionnelle : | | | |
| • Décideurs politiques | 40 | 1.2 (1.8) | 1.19 |
| • Professionnels | 65 | 0.9 (1.8) | (0.3) |
| • Représentants usagers & familles | 5 | 2.4 (5.4) | |
| Type de services : | | | |
| • Services de santé et sociaux | 36 | 0.8 (1.8) | |
| • Institutions politiques ou administratives, INAMI, mutuelles, instituts de recherche | 22 | 1.5 (2.1) | 1.19 |
| • Associations de professionnels, fédérations ou coordination de services | 24 | 1.6 (2.1) | (0.3) |
| • Autres | 27 | 0.9 (2.4) | |
| Distribution géographique : | | | |
| • Flandres | 48 | 1.0 (2.2) | 0.17 |
| • Bruxelles | 41 | 1.1 (1.9) | (0.8) |
| • Wallonie | 21 | 1.4 (2.2) | |

Notre hypothèse est correcte : ce ne sont pas les décideurs politiques qui sont perçus comme importants et influents en matière d'organisation des soins de santé mentale. Ce sont d'ailleurs les représentants des usagers et des familles qui sont identifiés comme tel. Cependant, ce résultat n'est pas statistiquement significatif.

Si nous regardons plus précisément le réseau, nous observons que :

- 69 personnes ont un indegree à 0.
- 16 personnes ont un indegree à 1.
- 25 personnes ont un indegree supérieur à 1.

Au sein de ce réseau fermé, peu de personnes ont donc été désignées plusieurs fois. Y a-t-il des différences significatives entre les personnes qui ont un indegree ≥ 1 , selon les profils, les régions, les services ou encore en fonction de la caractéristique linguistique ?

Oui, selon le profil uniquement (F=10.01 ; p-valeur <0.01). L'indegree moyen des décideurs politiques vaut 2.7 (DS=1.9), celui des professionnels est égal à 2.8 (DS=2.2) et l'indegree

moyen des représentants d'utilisateurs vaut 12.0 (DS=∞). Cependant, il n'y a qu'un seul représentant d'utilisateur au sein de ce réseau d'influence, ce qui impacte fortement ce résultat.

Le tableau 5bis ci-dessous présente la répartition de l'indice au sein de cet échantillon restreint que forment les personnes qui ont un indice ≥ 1 .

Tableau 5bis : Indice moyen en fonction des caractéristiques des répondants (n=41)

| Caractéristiques des acteurs | n | Indice Moyenne (DS) | ANOVA F-Test (p-valeur) |
|--|----|---------------------------|-------------------------------|
| Langue : | | | |
| • Francophone | 22 | 2.9 (1.9) | 0.00 |
| • Néerlandophone | 19 | 3.0 (2.9) | (0.9) |
| Activité professionnelle : | | | |
| • Décideurs politiques | 18 | 2.6 (1.9) | 10.01 |
| • Professionnels | 22 | 2.8 (2.2) | p<0.001 |
| • Représentant usagers & familles | 1 | 12.0 (∞) | |
| Type de services : | | | |
| • Services de santé et sociaux | 8 | 3.4 (2.4) | |
| • Institutions politiques ou administratives, INAMI, mutuelles, instituts de recherche | 11 | 2.9 (2.1) | 0.07 (0.9) |
| • Associations de professionnels, fédérations ou coordination de services | 13 | 3.0 (2.1) | |
| • Autres | 8 | 2.9 (3.7) | |
| Distribution géographique : | | | |
| • Flandres | 17 | 2.9 (2.9) | 0.13 |
| • Bruxelles | 16 | 2.9 (2.1) | (0.9) |
| • Wallonie | 8 | 3.4 (2.3) | |

Score d'influence perçue

Une manière de décrire la distribution du pouvoir est d'utiliser le score d'influence perçue. Comme dit précédemment, le score moyen est de 15.0/20 (DS = 3.3) dans le réseau fermé, avec un minimum de 7/20.

Selon le profil, ce sont les professionnels de la santé (15.4, DS = 3.0) qui se perçoivent comme les plus influents, suivis de près par les décideurs politiques (14.8, DS = 3.5) et puis par les représentants des usagers et des familles (12.4, DS = 4.3). Avec un test F équivalent à 2.21 (p-valeur=0.1), nous pouvons conclure qu'il n'y a pas de différence de moyenne significative selon l'activité professionnelle. Nous n'observons pas non plus de différence significative entre les régions, les services et selon la langue.

Le tableau 6 ci-dessous représente ces résultats.

Tableau 6: Score d'influence perçue (/20) en fonction du profil

| Caractéristiques des acteurs | n | Indegree Moyenne (DS) | ANOVA F-Test (p-valeur) |
|--|----|-----------------------|-------------------------|
| Langue : | | | |
| • Francophone | 53 | 15.4 (3.3) | 1.53 |
| • Néerlandophone | 57 | 14.6 (3.2) | (0.2) |
| Activité professionnelle : | | | |
| • Décideurs politiques | 40 | 14.8 (3.5) | 2.21 |
| • Professionnels | 65 | 15.4 (3.0) | (0.1) |
| • Représentants usagers & familles | 5 | 12.4 (4.3) | |
| Type de services : | | | |
| • Services de santé et sociaux | 36 | 15.6 (2.6) | |
| • Institutions politiques ou administratives, INAMI, mutuelles, instituts de recherche | 22 | 13.9 (3.8) | 2.5 (0.06) |
| • Associations de professionnels, fédérations ou coordination de services | 24 | 15.9 (2.9) | |
| • Autres | 27 | 14.3 (3.6) | |
| Distribution géographique : | | | |
| • Flandres | 48 | 14.6 (3.3) | 1.16 |
| • Bruxelles | 41 | 15.0 (3.3) | (0.3) |
| • Wallonie | 21 | 16.0 (3.2) | |

Corrélation entre influence auto-perçue et indegree

Les personnes qui s'estiment influentes sont-elles citées par les autres membres du réseau ? La réponse est non.

La régression linéaire montre un coefficient de Pearson (r) équivalent à -0.01 (p -valeur= 0.07). En d'autres termes, la corrélation est nulle : il n'y a pas de relation linéaire entre les personnes qui se perçoivent comme influentes et celles qui sont perçues comme telle par les autres.

Si nous répétons cette démarche auprès des individus qui ont un indegree ≥ 1 , le coefficient de Pearson (r) est à nouveau négatif, mais de meilleure qualité : $r = -0.3$ (p -valeur= 0.07). Cela signifie que les personnes qui sont particulièrement perçues comme influentes par les membres du réseau ne sont pas celles qui se perçoivent comme telle.

5.2.3. Les objectifs prioritaires [SQR3]

Dans cette section, nous chercherons à identifier les objectifs qui sont soutenus au sein du réseau d'influence. L'hypothèse que nous souhaitons ici vérifier est que les objectifs qui sont soutenus au sein du réseau fermé ne sont pas différents de ceux qui sont soutenus par le reste de la population (réseau ouvert).

Le tableau 7 illustre le classement des 6 interventions organisationnelles (représentant les 5 objectifs de la réforme) au sein du réseau fermé. Il se trouve en annexe 5 et est représenté à la page suivante par la figure 6.

Comme pour le classement des interventions par la population mère, nous retrouvons les trois regroupements. L'intervention placée en première place est toujours « la continuité intersectorielle » et plafonne à 25/100. Les interventions « soigner les usagers au sein de leur communauté » et « les soutenir dans la poursuite de leurs objectifs de vie » forment à nouveau un deuxième bloc, avec des scores moyens compris entre 18 et 19/100. Les interventions « impliquer les usagers dans le développement de l'offre de soins » et « les aider à établir des liens avec leur communauté » forment encore une fois un troisième bloc avec des scores moyens de 12.7/100, précédant de peu l'objectif de réduction des hospitalisations, qui a reçu un score de 12/100.

Cependant, nous remarquons que l'ordre de priorité n'est plus tout à fait le même qu'au sein de la population mère : le classement des interventions au sein des blocs s'est inversé. Cette différence d'ordre est-elle significative ? Non, il n'y a pas de différence de moyenne significative entre le classement effectué par le réseau fermé et celui fait par le réseau ouvert. Le tableau 8 présente cette comparaison, il se trouve en annexe 6.

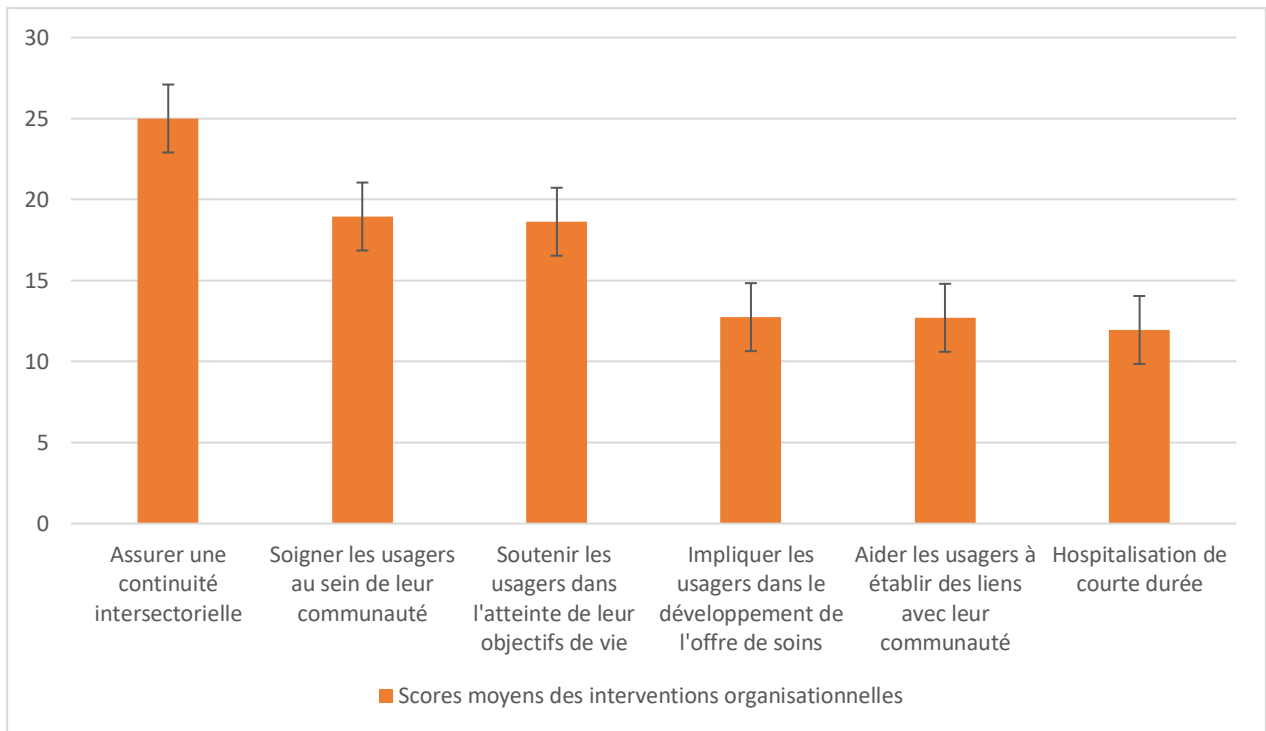


Figure 6 - graphe du classement des objectifs, IC = 95%

La comparaison entre les scores de deux réseaux est illustrée par la figure 7 :

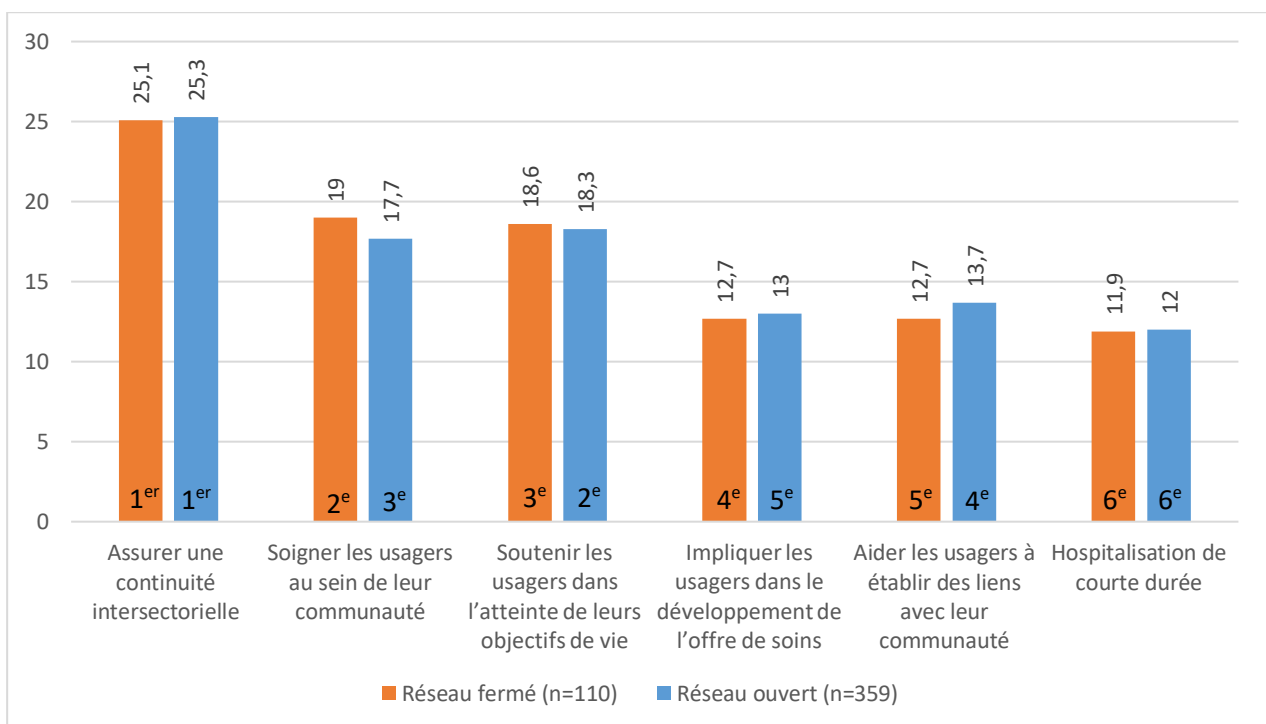


Figure 7 - Graphe des objectifs de la réforme selon les deux réseaux, IC=95%

Notre hypothèse est vérifiée : le classement des objectifs n'est pas différent entre les deux échantillons.

Corrélation entre l'influence et les objectifs prioritaires

Au sein du réseau fermé, les personnes qui sont identifiées influentes soutiennent-elles plus particulièrement certains objectifs ?

Globalement, les corrélations entre l'indegree et les moyennes de chaque intervention sont de faible qualité puisque, qu'elles soient positives ou négatives, le coefficient de Pearson r est à chaque fois proche de 0. La corrélation est quasi-nulle pour l'implication des usagers dans le développement de l'offre de soins ($r = 0.02$, p -valeur=0.87) et elle est très légèrement positive pour les interventions « assurer la continuité intersectorielle » ($r = 0.12$, p -valeur=0.22) et « soutenir les usagers à atteindre leurs objectifs de vie » ($r = 0.10$, p -valeur=0.28). La corrélation est faiblement négative pour les autres.

Si nous répétons cette démarche auprès des individus qui ont un $\text{indegree} \geq 1$, le coefficient de Pearson (r) est également quasi-nul pour l'intervention d'implication des usagers ($r = 0.02$, p -valeur=0.92) ainsi que très légèrement positive pour les interventions de la continuité intersectorielle ($r = 0.09$, p -valeur=0.58) et de soutien de l'utilisateur dans la poursuite de ses objectifs de vie ($r = 0.23$, p -valeur=0.14). La corrélation est à nouveau faiblement négative pour les autres.

Les personnes qui ont été désignées plusieurs fois semblent donc plutôt soutenir les mêmes objectifs que les autres individus : la décatégorisation (continuité intersectorielle) et d'inclusion (implication des usagers et aide à atteindre leurs objectifs de vie).

La figure 5 à la page suivante représente le réseau fermé avec la répartition des objectifs (assurer une continuité intersectorielle, soutenir les usagers dans l'atteinte de leurs objectifs de vie et offrir des hospitalisations de courte durée).

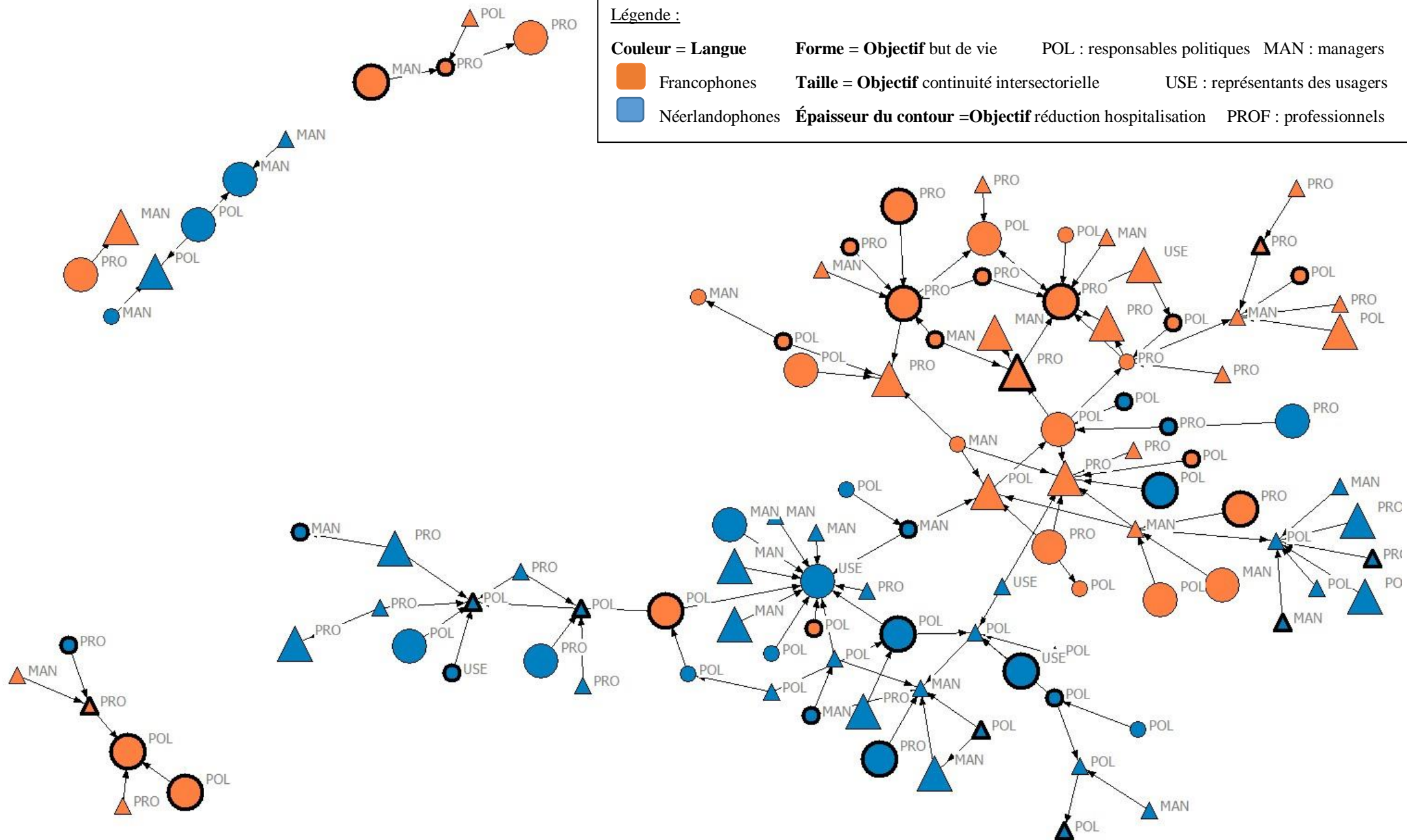


Figure 8 - Représentation du réseau en fonction du soutien aux objectifs

5.2.4. Analyse de cluster autour des objectifs [SQR4]

L'hypothèse que nous souhaitons ici vérifier est que les individus du réseau forment des coalitions autour des objectifs de la réforme.

La figure 8 ci-dessous est le dendrogramme qui représente le regroupement des membres du réseau, selon la méthode de Ward évoquée au chapitre précédent. Nous avons choisi 5 clusters, la droite bleue représente ce choix. Lorsqu'il s'agit de choisir le nombre de cluster adéquat, il faut viser la plus grande variance possible et le moins de groupes possibles au sein du cluster. Le choix s'est donc porté sur 5 groupes dans notre cas.

Le $R^2 = 0.464$ pour ces 5 groupes, ce qui signifie qu'ils expliquent 46% de la variation des scores moyens attribués aux objectifs de la réforme.

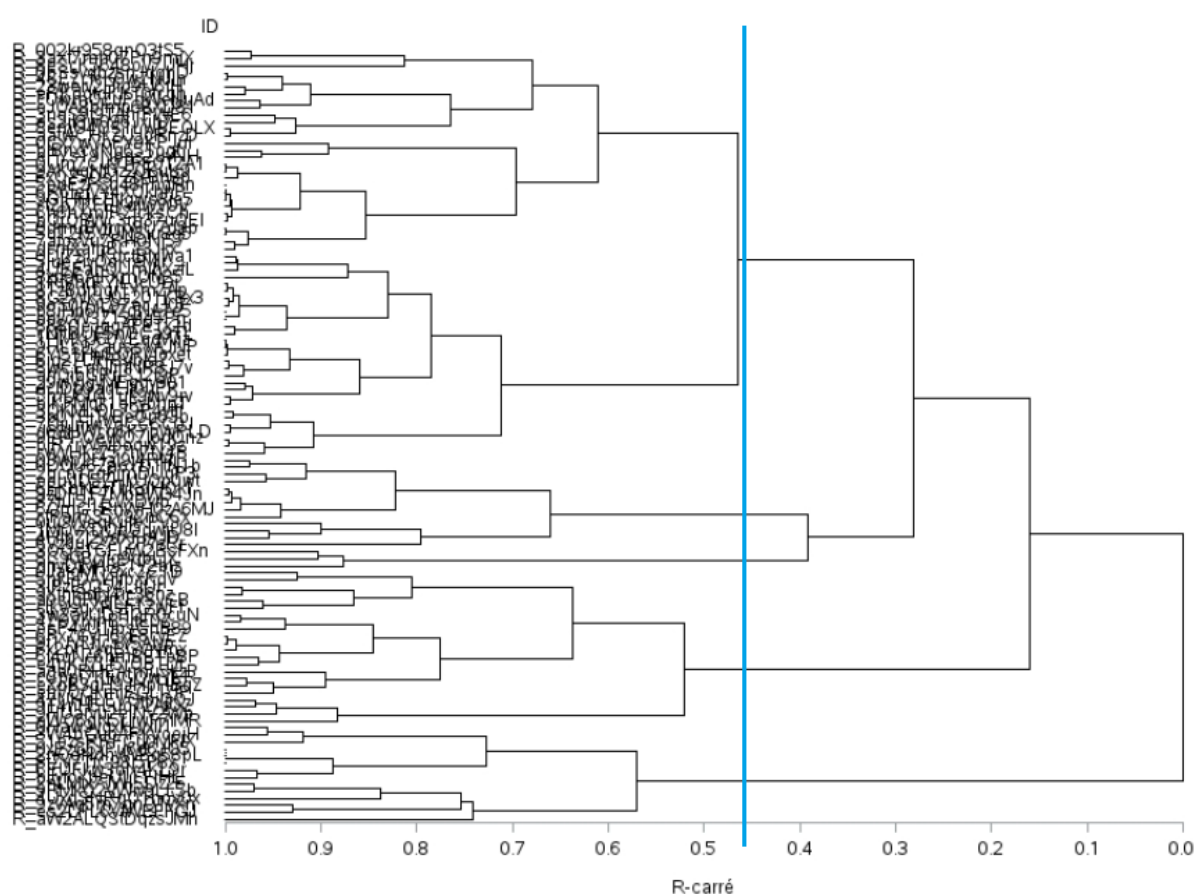


Figure 9 - dendrogramme des coalitions autour des objectifs de la réforme

Le tableau 9 présente les différentes moyennes des scores octroyés aux interventions organisationnelles par les membres du réseau fermé. Il se trouve en annexe 7. Une ANOVA a été réalisée pour identifier si les moyennes sont significativement différentes entre elles.

A la lecture de ce tableau, nous remarquons que pour 4 des 6 interventions, la p-valeur de F est significative ($p < 0.01$). Cela signifie que 4 des 6 moyennes attribuées par les coalitions sont significativement différentes entre elles. Les objectifs suivants sont concernés : décatégorisation (assurer une continuité intersectorielle), désinstitutionnalisation (soigner les usagers au sein de leur communauté), inclusion (soutenir les usagers dans l'aboutissement de leurs objectifs de vie) et intensification (offrir des hospitalisations de courte durée).

La figure 9 illustre ces résultats (idem tableau 9) :

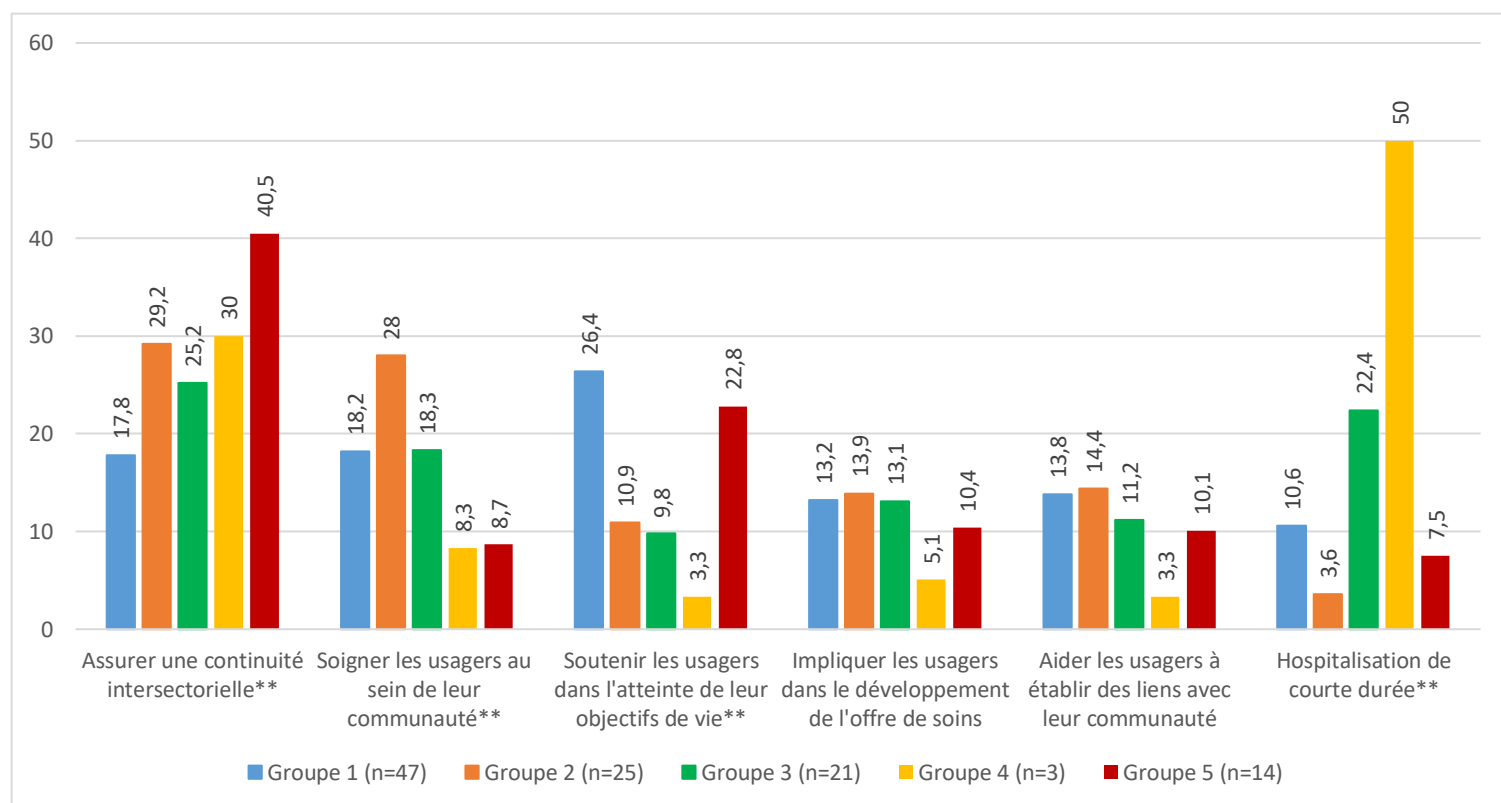


Figure 10 - Graphe des moyennes des objectifs de la réforme selon les clusters. **p-valeur < 0.01

Les individus du réseau forment donc bien des groupes autour des quatre objectifs de la réforme : la décatégorisation (assurer une continuité intersectorielle), la désinstitutionnalisation (soigner les usagers au sein de leur communauté), l'inclusion (soutenir les usagers dans l'aboutissement de leurs objectifs de vie) et l'intensification (offrir des hospitalisations de courte durée). Cependant, comme démontré pour la population mère en début de ce chapitre, l'inclusion est à nouveau majoritairement favorisée par l'intervention de soutien aux objectifs de vie. Les deux autres interventions qui la représentent ne semblent pas susciter de regroupement.

Ces regroupements peuvent-ils être qualifié de coalition, au sens défini par Sabatier ? Non. En effet, nous avons vu au précédemment que les répondants n'avaient pas tendance à citer des personnes qui étaient en faveur d'objectifs similaires. Le terme coalition n'est pas approprié dans cette analyse : on remarque que des groupes se forment autour de 4 interventions, mais ces regroupements n'existent pas réellement puisque les individus qui les composent ne se désignent pas l'un l'autre et ne cherchent pas influencer ensemble la mise en œuvre des interventions. Ces « coalitions » que nous décrivons ne sont pas réelle.

On peut malgré tout remarquer qu'une tendance se démarque au sein de chaque groupe.

- Le **premier groupe**, appelé « Pro-buts de vie » soutient principalement l'objectif d'inclusion, via l'intervention « aider les usagers à atteindre leurs objectifs de vie ». Il est pondéré par une moyenne de 26,4/100.
- Le **deuxième groupe**, dénommé « Contre la réduction des hospitalisations » se montre principalement en défaveur de cet objectif d'intensification, en le sanctionnant d'une faible moyenne de 3,6/100.
- Le **troisième groupe**, baptisé « Indécis » n'a pas vraiment donné la priorité à un objectif particulier. Les scores sont répartis entre 9,8/100 pour l'intervention « aider les usagers à atteindre leurs buts de vie » et 25,2/100 pour la continuité intersectorielle.
- Le **quatrième groupe**, appelé « Pro-réduction des hospitalisations » soutient principalement l'objectif d'intensification (offrir des hospitalisations de courte durée), avec une moyenne de 50,0/100. Il faut souligner que l'objectif de décatégorisation (continuité intersectorielle) est aussi fortement soutenu, avec une moyenne à 30.0/100, tandis que les autres objectifs, désinstitutionnalisation et inclusion, se sont vu chacun qualifié par des moyennes inférieures à 10/100.
- Le **cinquième groupe**, surnommé « Pro-continuité » soutient principalement l'objectif de décatégorisation, via l'intervention « assurer la continuité intersectorielle », en lui ayant octroyé une moyenne de 40.5/100. L'intervention « soutenir les usagers à atteindre leurs buts de vie » est en deuxième place, avec un score moyen de 22.8/100. Les moyennes des autres objectifs ne dépassent pas 10.4/100.

Quels acteurs composent ces groupes ? Le tableau 10 décrit la composition des groupes en termes de profil, service, région et selon la langue. Il est en annexe 8. Le test du Khi-2 démontre qu'il n'y a pas de différence significative dans la composition des cinq groupes, selon les caractéristiques sociodémographiques. Les regroupements sont donc assez hétérogènes.

5.2.5. Réseau fermé vs réseau ouvert.

Les caractéristiques des personnes composant le réseau fermé sont-elles similaires à celles du réseau ouvert ?

Pour répondre à cette question, nous avons comparé le réseau fermé et le réseau ouvert sur toutes les variables sociodémographiques. Les différences de moyennes sont significatives. Le réseau fermé est donc différent du réseau ouvert, sauf en matière d'ancienneté et de caractéristique linguistique, ainsi que de classement des objectifs (voir tableau 8 et point 5.2.3 de ce chapitre). Le tableau 10 ci-dessous présente ces résultats.

Tableau 11 : comparaison des fréquences d'attributs entre le réseau fermé (n=110) et le réseau ouvert (n=346)

| Caractéristiques des acteurs | Réseau fermé n (%) | Réseau ouvert n (%) | Khi-2 (p-valeur) |
|---|-----------------------|------------------------|------------------------|
| Ancienneté (moyenne, DS) | 21.0 (10.7) | 19.1 (11.5) | 42.87 (0.6) |
| Influence perçue sur l'organisation des soins de santé mentale / 1= faible, 20 = forte (moyenne, DS) | 15.0 (3.3) | 14.1 (3.6) | 15.94 (0.4) |
| Langue : | | | |
| • Francophone | 53 (48.2) | 142 (39.6) | 2.58 |
| • Néerlandophone | 57 (51.8) | 217 (60.4) | (0.1) |
| Activité professionnelle : | | | |
| • Décideurs politiques | 40 (36.4) | 87 (25.1) | 26.40 |
| • Professionnels | 65 (59.1) | 228 (65.9) | (0.04) |
| • Représentants usagers & familles | 5 (4.5) | 31 (9.0) | |
| Type de services : | | | |
| • Services de santé et sociaux | 36 (32.7) | 169 (49.1) | |
| • Institutions politiques ou administratives, INAMI, mutuelles, instituts de recherche | 22 (20.0) | 38 (11.1) | 12.09 (0.01) |
| • Associations de professionnels, fédérations ou coordination de services | 24 (21.8) | 53 (15.4) | |
| • Autres | 27 (25.5) | 84 (24.4) | |
| Distribution géographique : | | | |
| • Flandres | 48 (43.6) | 186 (54.4) | 0.17 |
| • Bruxelles | 41 (37.3) | 86 (25.2) | (0.04) |
| • Wallonie | 21 (19.1) | 70 (20.5) | |

CHAPITRE 6

DISCUSSION

Le but de ce travail était principalement d'identifier quels étaient les acteurs du secteur perçus comme influents en matière d'organisation des soins de santé mentale et de décrire le réseau qu'ils forment.

Avant de décrire le réseau, notre attention s'est d'abord portée sur tous les participants à l'enquête. Nous avons pu identifier à quels objectifs ils donnaient la priorité, à travers le classement d'interventions reflétant différents choix organisationnels.

Les acteurs semblent vouloir particulièrement assurer la continuité entre les secteurs de l'aide et du soin, ce qui correspond à l'objectif de décatégorisation. Ce résultat laisse à penser qu'ils ont conscience de la fragmentation de notre système de soins et de ses répercussions sur les usagers les plus fragiles. Les acteurs semblent également vouloir aider les usagers à se réaliser, par l'atteinte de leurs buts de vie (inclusion), et favoriser le développement d'une offre de soins dans la communauté (désinstitutionnalisation). Nous pouvons dire que le « top 3 » des objectifs est le suivant : décatégorisation, inclusion, désinstitutionnalisation.

Cependant, il faut souligner que les répondants préfèrent favoriser l'inclusion par certaines interventions plutôt que d'autres : en aidant les usagers à se réaliser plutôt qu'en les impliquant dans le développement de l'offre de soins (autrement dit, en leur permettant de façonner l'offre selon leurs besoins). En effet, cette intervention est celle qui est la moins soutenue parmi les trois qui permettent de favoriser l'inclusion. Cela n'est pas sans évoquer une contradiction avec le changement de paradigme.

Les acteurs ne soutiennent pas l'objectif de réduction des durées de séjours ou du recours à l'hôpital. Ce résultat était déjà apparu dans les premières évaluations de la réforme. Les acteurs semblent donc persister dans leur volonté de ne pas modifier la façon dont les soins hospitaliers sont dispensés. Il semblerait que le changement de paradigme souhaité par les autorités gouvernementales reste donc controversé.

Notre attention s'est ensuite portée sur le réseau fermé, c'est-à-dire les participants à l'enquête qui ont été cités ou citant au générateur de noms sur l'influence. Lorsque nous avons décrit le réseau des acteurs nous avons perçu que la désignation d'une personne influente est fortement façonnée par l'homophilie linguistique et l'homophilie régionale. Ce résultat n'est pas surprenant au sein de notre pays dans la mesure où la décentralisation du pouvoir favorise un

clivage en fonction de la langue et des territoires géographiques. En outre, puisque l'on constate une tendance homophile entre la langue et les régions mais une tendance hétérophile en matière d'objectifs, cela suggère que les coalitions vont d'abord se former en fonction de la langue et/ou de la région, avant de se faire selon une orientation politique particulière.

Un autre résultat important est le niveau d'hétérophilie entre les services. Cela signifie qu'il n'y a pas de clivage entre services, chaque type de service semble être considéré comme important, il n'y en a pas un qui est écarté. Il s'agit d'un point positif lorsque l'on vise à assurer une certaine continuité intersectorielle.

Étant donné la forte tradition pluraliste en matière de prise de décision en Belgique ainsi que la mise en œuvre de la réforme selon une approche « bottom-up », nous avons supposé que les responsables politiques n'étaient pas considérés comme les personnes les plus influentes du réseau. Cela s'est vérifié dans nos analyses. En effet, les acteurs considérés comme importants sont les représentants des usagers et des familles. Il semble donc, qu'aux yeux de nos répondants, ces représentants soient légitimes pour peser sur des questions organisationnelles liées aux soins de santé mentale. Cependant, une nuance est à apporter à ce résultat. Nous pouvons remarquer que dans notre réseau, les représentants d'usagers ne sont pas nombreux, alors qu'ils sont perçus comme les plus importants. Ceci constitue un paradoxe : selon une telle perspective, nous devrions rencontrer beaucoup plus de représentants d'usagers et des familles dans le réseau de citations. Or, ce n'est pas le cas. En outre, un seul des représentants d'usagers du réseau possède un indegree élevé. Cela peut signifier que les acteurs de la santé mentale ne connaissent pas bien les représentants et qu'ils sont nombreux à citer le même.

Il faut souligner que les acteurs qui s'estiment les plus influents sont les acteurs du terrain, c'est à dire les cliniciens et les managers de services ou coordinateurs. Nous aurions pu nous attendre à ce que ce soient les décideurs politiques qui se perçoivent comme les plus influents. Ce résultat n'est cependant pas surprenant : il a déjà été mis en lumière dans la littérature scientifique². Le concours de ces acteurs du terrain dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet pourrait s'avérer être un allier précieux.

Ensuite, nous avons également souhaité déterminer si les objectifs qui étaient soutenus par les personnes influentes du réseau étaient similaires à ceux soutenus par les autres individus. C'est effectivement le cas : les mêmes tendances s'observent sur le classement des objectifs du réseau

² Voir Oliver K, De Vocht F, Money A and Everett M. *Who runs public health? A mixed methods study combining qualitative and network analyses.* Journal of Public Health.

fermé et de la population mère. Les acteurs perçus comme influents soutiennent donc les objectifs qui sont actuellement les plus mis en œuvre.

Finalement, nous avons supposé que les coalitions d'acteurs se forment autour des objectifs de la réforme. Non, pas réellement, pour deux raisons : (1) l'utilisation du terme coalition n'est pas adéquate et (2) toutes les interventions ne suscitent pas de coalitions.

(1) Le clustering montre que des regroupement d'acteurs se forment autour de 4 interventions sur les 6 proposées. Or, nous l'avons vu en début d'analyse, il y avait très peu de cohésion en matière d'objectifs au sein du réseau : les personnes qui soutiennent un objectif particulier n'avaient pas tendance à désigner des personnes qui soutiennent un objectif similaire. Le terme coalition n'est donc pas le plus approprié pour qualifier les clusters. Comme le postule Sabatier, des regroupements ont bien lieu en fonction des valeurs des acteurs, mais dans notre cas, ils ne sont pas réels, puisque ces acteurs ne se rassemblent pas pour influencer ensemble la mise en œuvre de la réforme.

(2) L'objectif d'inclusion, qui était représenté par trois interventions organisationnelles différentes, est à nouveau principalement favorisé par une seule d'entre elles. Il s'agit de l'intervention d'aider l'utilisateur à se réaliser en le soutenant à poursuivre ses buts de vie. Les interventions d'impliquer les usagers dans le développement de l'offre de soins et de les aider à établir des liens au sein de leur communauté semblent être soutenues de manière similaire entre toutes les coalitions. Leurs scores étant assez faibles, cela laisse penser qu'elles ne sont pas envisagées comme des manières adéquates de favoriser l'inclusion.

Chacun des 5 regroupements soutient un objectif différent. Il en résulte que certains s'opposent. En effet, un groupe s'est formé contre l'objectif d'intensification tandis qu'un autre s'est établi en sa faveur. Un troisième groupe se montre largement en faveur de l'objectif d'inclusion et un quatrième soutient plutôt l'objectif de décatégorisation. Un cinquième regroupement se montre plutôt indécis, offrant du soutien à l'ensemble des objectifs. Si ces regroupements étaient des coalitions réelles, il serait plus difficile d'atteindre un consensus et donc de mettre en œuvre l'ensemble des objectifs de la réforme.

Notre question de recherche était la suivante: « *Quel est le réseau d'influence des acteurs de la santé mentale en 2018 ?* ».

Pour y répondre, nous pouvons dire que le réseau d'influence des acteurs de la santé mentale en 2018 est principalement constitué d'acteurs qui sont le plus au contact des usagers

(cliniciens, managers de services et coordinateurs), mais que leurs représentants n'y sont pas légion. Il semble que les acteurs se rassemblent d'abord en fonction de leur appartenance linguistique et régionale, avant de partager des objectifs communs. Bien que le réseau soit très faiblement connecté et centralisé, les différents services semblent se considérer comme tous importants, ce qui constitue un élément essentiel à la continuité des soins.

Cette dernière est d'ailleurs désignée comme l'objectif prioritaire du réseau, qui se montre par ailleurs contre la modification de l'organisation des soins hospitaliers. La désinstitutionnalisation et l'inclusion sont également des objectifs considérés comme importants dans le réseau, bien que l'inclusion ne soit envisagée que dans sa définition la plus stricte : aider l'utilisateur à se réaliser, ce qui est l'essence même du « *recovery* ». Les personnes qui sont considérées comme les plus influentes en matière d'organisation des soins de santé mentale sont les représentants d'utilisateurs. Cependant cette information est à prendre avec précaution car il semblerait que l'importance de cet acteur s'explique par le fait qu'il est le plus connu de tous les représentants d'utilisateurs. En outre, il ne se perçoit pas comme influent. Il n'y a pas de coalitions au sein du réseau ; les regroupements en fonction des objectifs ne sont que théoriques et pas effectifs.

CHAPITRE 7

LIMITES

Une première limite de ce travail a été présentée dans les résultats : le réseau fermé est différent du réseau ouvert, sauf pour l'ancienneté et la langue. Il ne reflète donc pas le réseau réel des acteurs de la santé mentale, sauf pour ces deux caractéristiques. Cela peut s'expliquer par les limites suivantes :

D'abord, la sous-représentation des représentants d'usagers et des familles : ils ne constituent que 7.3% de l'échantillon complet et 4.5% du réseau fermé. La couverture des acteurs et, par conséquent du réseau qui en résulte, peut ne pas être optimale.

Ensuite, la taille de l'échantillon du réseau fermé, soit 110 individus, est une autre limite. Cette petite taille peut s'expliquer par la procédure de « *snowballing* », qui ne comprenait que deux vagues de collecte des données. La structure du réseau fermé de notre enquête peut donc différer de la structure actuelle du réseau d'influence des acteurs. En outre, la petite taille de l'échantillon du réseau fermé a également un impact sur la qualité des analyses statistiques.

La qualité des réponses à l'enquête, particulièrement pour la question où il était demandé de désigner des personnes considérées comme importantes et influentes, peut donc être questionnée. Sachant que les répondants pouvaient citer jusqu'à cinq personnes et que la moyenne des nominations est d'une personne, nous pouvons nous interroger sur la façon dont les participants ont répondu à cette question. L'avaient-ils compris ? Beaucoup d'entre eux l'ont-ils passée ?

Le regroupement des activités professionnelles en trois profils et des services en quatre groupes a probablement engendré une perte qualitative des données et empêché une interprétation « plus fine ». Il s'agit aussi d'une limite de ce mémoire. Si ces analyses étaient à refaire, cette stratégie ne serait plus appliquée.

D'un point de vue méthodologique, quatre clusters auraient pu être choisis, au lieu de cinq. À vrai dire, les analyses ont été faites sur les deux choix et aucune différence n'est apparue dans les résultats. En effet, que ce soit avec quatre ou cinq clusters, il n'y avait malgré tout que 4 des 6 moyennes attribuées par les coalitions qui étaient significativement différentes entre elles et les coalitions restaient homogènes. Le choix s'est donc porté sur les clusters qui correspondaient à la plus grande variance.

La dernière limite m'est propre : j'ai découvert les théories et les outils de « *social network analysis* » à l'occasion de ce mémoire. Je n'ai pas encore acquis suffisamment de connaissances dans ce domaine pour « jongler » avec les concepts et identifier rapidement quelle métrique il est pertinent d'utiliser plutôt qu'une autre. Cela me laisse l'impression de ne pas avoir exploité les données collectées au maximum de leur potentiel.

CONCLUSION

Au long de ce mémoire, nous avons pu comprendre que le système relationnel dans lequel les acteurs évoluent façonne la mise en œuvre de la réforme. Les métriques issues de l'analyse des réseaux sociaux permettent de mieux comprendre pourquoi l'implémentation d'une telle politique publique peut s'avérer lente dans notre contexte belge.

L'analyse a révélé que les acteurs de la santé mentale avaient tendance à se rassembler au sein de leur communauté linguiste et régionale. Nous avons pu également identifier quels acteurs étaient considérés comme légitimes lorsqu'il s'agit d'agir sur l'organisation des soins de santé. Même si ces résultats sont à prendre avec précaution, il serait intéressant de les inclure dans la gouvernance des réseaux de soins afin de favoriser l'implémentation des objectifs de la réforme.

Nous avons aussi pu mettre en lumière l'orientation politique d'une partie des acteurs du champ de la santé mentale. Plusieurs années après le lancement de la réforme, nous pouvons constater que leurs priorités ont peu évolué. En outre, nous nous sommes également rendu compte que les acteurs ont une vision précise de la manière dont certains objectifs doivent être traduits en interventions organisationnelles. Comme cela a pu être fait dans la première partie de l'enquête KCE, il serait intéressant de collecter ces points de vue, mais à plus grande échelle, et de les prendre en compte dans les stratégies de gouvernance du réseau de services.

La description du réseau a donc été réalisée en mettant en perspective sa composition et les orientations politiques. Un autre angle d'approche aurait pu être de se concentrer sur la structure du réseau, en utilisant d'autres mesures de SNA. Par exemple, en analysant la position structurelle et ses effets sur l'opinion politique. Ceci pourrait être le matériel d'un prochain mémoire.

BIBLIOGRAPHIE

AARONS, G. A., HURLBURT, M., & HORWITZ, S. M. (2011). Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23. Doi:10.1007/s10488-010-0327-7

Arrêté Royal du 20 mars 1975 relatif à l'agrégation des services de santé mentale et à l'octroi de subventions en leur faveur. Disponible à l'adresse : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1997071761, consulté le 13 octobre 2018

Arrêté Royal du 10 juillet 2008, relatif à la Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins. Disponible à l'adresse : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2008071090&table_name=loi, consulté le 13 octobre 2018

Arrêté royal du 5 avril 1997, précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter. En ligne, http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1997042552&table_name=loi), consulté le 13 octobre 2018

ATKINSON M.M. & COLEMAN W.D. (1989). Strong states and weak states: sectoral policy networks in advanced capitalist economies. *British journal of political science*, 19, 46-47

BERGERON H., SUREL Y. & VALLUY J. (1998). L'Advocacy Coalition Framework. Une contribution au renouvellement des études de politiques publiques ? *Politix*, 11(41), 195-223. DOI : <https://doi.org/10.3406/polix.1998.1718>

BORGATTI S. P., EVERETT M. G & JOHNSON J. C. (2013). *Analysing social networks*. Londres: Éditions SAGE. 296 p.

BRUGHA R. & VARVASOVSKY Z. (2000). Stakeholder analysis: a review. *Health policy and planning*, 15(3), 239-246.

DE MUNCK J., GENARD J-L., KUTY O., VRANCKEN D., DELGOFFE D., DONNAY J-Y *et al* (2003). *Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique*. Gent : Academia Press. 180 p.

EYSSEN M., LEYS M., DESOMER A., SENN A. & LÉONARD C. (2010). *Organisation des soins de santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante. Y a-t-il des données probantes?* Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) KCE Reports 144B. D/2010/10.273/79. Disponible à l'adresse :https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/kce_144b_organisation_des_soins_de_sant%C3%A9_mentale.pdf , consulté le 29 septembre 2018

GERKENS S. & MERKUR S. (2010). Belgium: health system review. *Health system in transition*, 12 (5). Disponible à l'adresse :http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF, consulté le 3 novembre 2018

GRARD A., NICAISE P. ET LORANT V. (2015). Evaluation de la réforme « Vers de meilleurs soins en santé mentale », résultats de 2014. *Acta psychiatrica belgica*, 11(1)

GROL R., BOSCH M., HULSCHER M., ECCLES M. & WENSING M (2007). Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *The milbank quarterly*, 85(1)

GUIDE (2010). Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins. Bruxelles. Disponible à l'adresse, <http://www.psy107.be/files/Bruxelles.pdf>, consulté le 25 août 2018

HALL P. (1993). Policy paradigms, social learning and the state: the case of economic policymaking in Britain. *Comparative Politics*, 25(3)

IMMERGUT, E. (1990). Institutions, Veto Points, and Policy Results: A Comparative Analysis of Health Care. *Journal of Public Policy*, 10(4), 391-416. Disponible à l'adresse: <http://www.jstor.org/stable/4007450> consulté le 20 avril 2019

JACOB, B., MACQUET, D. & NATALIS, S. (2016). La réforme des soins en santé mentale en Belgique : exposé d'un modèle. *L'information psychiatrique*, volume 92(9), 731-745. Doi:10.1684/ipe.2016.1550.

NICAISE P., DUBOIS V. ET LORANT V. (2014). Mental health care delivery system reform in Belgium: the challenge of achieving deinstitutionalization whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, 115

NICAISE P (2017-2018). *WPSYC2211 : Organisation des soins de santé mentale*, syllabus de master en santé publique, document non publié, Université Catholique de Louvain la Neuve, Woluwe Saint Lambert.

NICAISE P. ET STORDEUR S. (2017-2018). *WFSP2230 : Politique de santé*, syllabus de master en santé publique, document non publié, Université Catholique de Louvain la Neuve, Woluwe Saint Lambert.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2012). *Health at a glance : Europe 2012*. Paris : Editions OCDE. Disponible à l'adresse : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012_9789264183896-en, consulté le 13 octobre 2018

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2013). *Santé mentale et emploi : Belgique*. Paris : Éditions OCDE. Disponible à l'adresse, <http://www.oecd.org/fr/els/sante-mentale-et-emploi-belgique-9789264187597-fr.htm>, consulté le 13 octobre 2018

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2019). Taux de suicide (indicateur). Genève : Édition OMS. Doi: 10.1787/19bad9c8-fr. Disponible à l'adresse : <https://data.oecd.org/fr/healthstat/taux-de-suicide.htm>. Consulté le 24 avril 2019

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *La santé mentale dans le monde, nouvelles conceptions, nouveaux espoirs*. Genève : Édition OMS. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/whr/2001/fr/>, consulté le 13 octobre 2018

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2005). Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe : relever les défis, trouver des solutions. Genève : Édition OMS. Disponible à l'adresse : <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/mental-health-declaration-for-europe>, consulté le 3 novembre 2018

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2008). Policies and practices for mental health in Europe, meeting the challenges. Disponible à l'adresse : <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/policies-and-practices-for-mental-health-in-europe.-meeting-the-challenges>, consulté le 20 octobre 2018

LEWIS J. M. (2006). Being around and knowing the players: Networks of influence in health policy. *Social science & medicine*, 62(9), 2125-2136. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.10.004.

- LORANT V., GRARD A., NICAISE P. & LE GROUPE D'ÉTUDE ARTICLE 107 (2015). Implementing a nation-wide mental health care reform: an analysis of stakeholders' priorities. *Community mental health journal*, 52. DOI 10.1007/s10597-015-9932-y
- LORANT V., DE GELDER R., KAPADIA D., BORRELL C., KALEDIENE R. KOVACS K. *et al* (2018). Socioeconomic inequalities in suicide in Europe: the widening gap. *The British Journal of Psychiatry*, 212
- LORANT V., GRARD A., VAN AUDENHOVE C., HELMER E. VANDERHAEGEN J. & NICAISE P. (2016). Assessment of the priority target group of mental health service networks within a nation-wide reform of adult psychiatry in Belgium. *BMC health services research*, 16 DOI: 10.1186/s12913-016-1434-2
- LORANT V., RIHOUX B. & NICAISE P. (2016). Attitudes towards reforming primary care in Belgium: social network analysis in a pluralist context. *Journal of health services research and policy*, 21(4):235-42. DOI: 10.1177/1355819616639072.
- LORANT V., GRARD A., VAN AUDENHOVE C., LEYS M. ET NICAISE P. (2019). Effectiveness of health and social service networks for severely mentally ill patients' outcomes: a case-control study. *Administration and policy in mental health services research*, 46. DOI 10.1007/s10488-018-0910-x
- SHIFFMAN J. ET SMITH S. (2007). Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *Health policy*, 370, 1370-1379
- SMITH P., NICAISE P., NEYENS, I., THUNUS S., WALKER C., VAN AUDENHOVE C. ET LORANT V. (2019). The organization of mental health care for adults in Belgium, rapport KCE à paraître.
- SONG M. & MISKEL C.G. (2005). Who are the influentials ? A cross-state social network analysis of the reading policy domain. *Educational Administration Quarterly*, 41(1)
- THUNUS S. (2012). Enjeux, obstacles et atouts d'un modèle de soins aux contours indéterminés. *L'observatoire*, 72, 18-25.
- THUNUS S., CERFONTAINE G. ET SCHOENAERS F. (2012). Evolution du champ de la santé mentale en Belgique : de l'asile vers les réseaux et circuits de soins. *L'observatoire*, 72, 5-11.

THUNUS S. (2015). Changements institutionnels dans le champ de la santé mentale en Belgique : dynamiques écologiques et sociales. Texte de colloque, disponible à l'adresse : <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/203336/1/Changements%20dans%20les%20institutions%20de%20sant%C3%A9%20mentale%20en%20Belgique-Cr%C3%A9sam.pdf>; consulté le 20 octobre 2018

THUNUS S. (2015). *The system for addressing personal problems. From medicalisation to socialisation: shifts in belgian psychiatric and mental health institutions*. Thèse de doctorat en sciences humaines et sociales non publiées, Université de Liège, Liège.

VARVASOVSKY Z. & BRUGHA R. (2000). How to do or not to do a stakeholder analysis. *Health policy and planning*, 15(3), 338-345.

VAN DER DONCK S., WIJCKMANS B. & LEYS M. (2016). Évaluation fédérale du programme « vers de meilleurs soins en santé mentale », résultats 2016. Disponible à l'adresse : http://www.psy107.be/images/160422%20Presentatie%20global%2022april2016%20WE%20equipes_fr.pdf, consulté en décembre 2018

VRANCKEN D., Schoenaers F. & Cerfontaine G. (2010) *L'organisation des soins de santé mentale à l'épreuve du laboratoire. Vie et trépas d'un instrument d'évaluation*. Rapport final de l'orientation 3, Knowledge and Policy in education and health sectors (FP 6), 46 p. Disponible à l'adresse : https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/82043/1/O3_2.Belgium%20health.FR.pdf, consulté en mai 2019

VRIJENS F., RENARD F., CAMBERLIN C., DESOMER A., DUBOIS C., JONCKHEER P. *et al* (2015). *La performance du système de santé Belge - Rapport 2015*. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 259B. D/2015/10.273/02. Disponible à l'adresse : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_259B_rapportperformance2015_1.pdf, consulté en septembre 2018

VERNIEST R, LAENEN A, DAEMS A, KOHN L, VANDERMEERSCH G, FABRI V. *et al*. (2008). *Les séjours psychiatriques de longue durée en lits T*. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE reports 84B (D/2008/10.273/47) Disponible à l'adresse : <https://kce.fgov.be/fr/les-s%C3%A9jours-psychiatriques-de-longue-dur%C3%A9e-en-lits-t>, consulté en octobre 2018

WALKER C., NICAISE P., THUNUS S. (2019). *Parcours Bruxelles : Evaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social. Disponible à l'adresse : <https://www.cbcs.be/Evaluation-qualitative-du-systeme-de-la-sante-mentale-et-des-parcours-des>, consulté en avril 2019