

Faculté de santé publique

Etat de santé mentale et recours aux soins avant et après la réforme de l'organisation des soins de santé mentale.

Analyse quantitative des enquêtes belges de santé de 2008 à 2018 et analyse qualitative du travail de deux équipes mobiles.

Mémoire réalisé par
Mégane Chantry

Promoteur
Vincent Lorant

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Etat de santé mentale et recours aux soins avant et après la réforme de l'organisation des soins de santé mentale.

Analyse quantitative des enquêtes belges de santé de 2008 à 2018 et analyse qualitative du travail de deux équipes mobiles.

Mémoire réalisé par

Mégane Chantry

Promoteur

Vincent Lorant

Année académique 2020-2021

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Résumé du mémoire

Titre

CHANTRY M. (2021). *Etat de santé mentale et recours aux soins avant et après la réforme de l'organisation des soins de santé mentale*. Mémoire de master en sciences de la santé publique, Université catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.

Contexte

De nombreux services de santé existent afin de prendre en charge la détresse psychologique ou les troubles mentaux. Pourtant, les services disponibles ne sont pas toujours utilisés par les personnes qui en ont besoin. En effet, de nombreux facteurs personnels, organisationnels ou sociaux entrent en compte dans la décision de recourir aux soins de santé mentale. Le recours aux soins de santé mentale reste donc problématique. En Belgique, une réforme de l'organisation des soins de santé mentale (réforme Article 107) a été lancée en 2010. En permettant une meilleure intégration des soins de santé mentale dans la première ligne ainsi que la création d'équipes mobiles, cette réforme devrait favoriser l'accessibilité des soins de santé mentale, et par conséquent le recours aux soins de santé mentale.

Dans un premier temps, nous analyserons l'évolution du recours aux soins de santé mentale depuis le lancement de la réforme. Plus précisément, nous comparerons l'évolution du recours entre trois sous-groupes de population : les personnes ne souffrant pas de trouble mental, les personnes souffrant de troubles mentaux modérés, et les personnes souffrant de troubles mentaux sévères. Dans un deuxième temps, nous nous concentrerons sur la grande nouveauté de la réforme, les équipes mobiles, en nous demandant en quoi elles améliorent le recours aux soins de santé mentale.

Méthode

Pour la première partie, des analyses statistiques ont été réalisées sur base des données de l'enquête de santé belge par interview. Ces analyses consistent principalement en des tests d'association de chi-deux, permettant une comparaison dans le temps de l'association entre des variables de recours aux soins de santé mentale et la sévérité de la maladie. Pour la deuxième partie, les données ont été récoltées lors d'un stage d'observation au sein des équipes mobiles du réseau Partenaires 107.

Résultats

Entre 2008 et 2018, le contact avec le médecin généraliste augmente de la même manière pour les trois sous-groupes étudiés, l'utilisation de sédatifs diminue pour les trois sous-groupes mais de manière plus forte chez les personnes souffrant de troubles mentaux modérés et sévères, et l'utilisation d'antidépresseurs augmente également pour tous les groupes mais de manière plus marquée chez les personnes souffrant de troubles mentaux sévères. Pour les personnes ayant souffert d'une dépression, la consultation d'un professionnel de santé pour cette dépression augmente entre 2013 et 2018 pour les personnes souffrant de troubles mentaux modérés, mais diminue pour les deux autres sous-groupes. Le recours à la psychothérapie pour la dépression augmente chez les personnes souffrant de troubles mentaux sévères entre 2008 et 2018, mais diminue pour les autres sous-groupes.

On peut donc dire que depuis le lancement de la réforme Article 107, le recours aux soins de santé mentale n'a pas été amélioré de la même manière pour les différents sous-groupes étudiés. Cependant, les équipes mobiles du réseau Partenaires 107 semblent avoir un impact positif sur le recours aux soins de santé mentale à quatre niveaux : l'offre de soins de santé mentale, le coût des soins pour les usagers, l'acceptabilité des soins de santé mentale et le support social.

Mots-clés

Santé mentale – réforme Article 107 – recours aux soins – état de santé mentale - équipes mobiles

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier le promoteur de ce mémoire, le professeur Vincent Lorant, pour son aide, ses conseils et le temps qu'il m'a accordé. Sans lui, ce mémoire ne serait pas tel qu'il est aujourd'hui. Ensuite, je tiens également à remercier les chercheur.euse.s de l'équipe du professeur Lorant pour leurs remarques et commentaires constructifs lors des séminaires de supervision des mémoires. Enfin, je voudrais remercier mes proches qui ont également contribué, à leur manière, à la réalisation de ce travail.

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

I.	INTRODUCTION.....	8
II.	REVUE DE LA LITTÉRATURE	9
A.	TROUBLES MENTAUX ET DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	9
1.	<i>Définitions.....</i>	9
2.	<i>Instruments de mesure</i>	10
3.	<i>Prévalence</i>	11
4.	<i>Troubles mentaux et inégalités sociales de santé.....</i>	11
B.	LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE	12
C.	BESOINS ET UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ MENTALE	14
D.	COMPRENDRE LE NON-RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE	15
1.	<i>Le modèle socio-comportemental d'Andersen et Newman.....</i>	15
2.	<i>Les modèles socio-cognitifs.....</i>	18
3.	<i>L'importance du support social.....</i>	21
4.	<i>L'importance des barrières</i>	21
E.	AMÉLIORER LE RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE	23
F.	LA RÉFORME DE LA PSYCHIATRIE EN BELGIQUE	29
III.	PROBLÉMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE	33
IV.	MATÉRIEL ET MÉTHODES	35
A.	VOLET QUANTITATIF	35
1.	<i>Données utilisées : l'enquête HIS</i>	35
2.	<i>Opérationnalisation dans le cadre de ce mémoire</i>	36
a)	Choix des éditions	36
b)	Choix des indicateurs	36
c)	Hypothèses.....	37
3.	<i>Choix du logiciel et des méthodes statistiques</i>	38
B.	VOLET QUALITATIF	40
1.	<i>Données utilisées</i>	40
2.	<i>Opérationnalisation dans le cadre de ce mémoire</i>	40
V.	RÉSULTATS.....	42
A.	VOLET QUANTITATIF	42
B.	VOLET QUALITATIF	49
1.	<i>Les équipes mobiles</i>	49
2.	<i>Les missions</i>	50
3.	<i>Les processus de suivi</i>	52
4.	<i>Equipes mobiles et recours aux soins de santé mentale.....</i>	54
a)	L'offre de soins de santé mentale	54
b)	Le coût pour l'utilisateur	56
c)	L'acceptabilité	56
d)	Le support social	57
5.	<i>Conclusion.....</i>	58
VI.	DISCUSSION	60
A.	PRINCIPAUX RÉSULTATS	60
B.	LIMITES.....	62
VII.	CONCLUSION	64
VIII.	BIBLIOGRAPHIE.....	66
IX.	ANNEXES.....	72

A.	GUIDE D'ENTRETIEN	72
B.	ENTRETIENS	72

Liste de figures et tableaux

Figure 1 – Le modèle de la pyramide des soins de santé mentale	p.13
Figure 2 – Le modèle socio-comportemental de l'utilisation des soins de santé	p.15
Figure 3 – Le modèle des croyances en santé	p.19
Figure 4 – Les cinq fonctions dans le nouveau modèle des soins de santé mentale	p.31
Tableau 1 – Typologie des dispositifs permettant d'améliorer le recours aux soins de santé mentale	p.24
Tableau 2 – Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon	p.43
Tableau 3 – La prévalence des troubles mentaux	p.44
Tableau 4 – L'évolution des variables de recours aux soins de santé mentale	p.45
Tableau 5 – Associations statistiques entre les variables de recours et la sévérité de la symptomatologie	p.48

I. Introduction

Le thème de ce mémoire est le recours aux soins de santé mentale. La première partie théorique permettra de définir les concepts de « trouble mental » et de « détresse psychologique », et de donner une idée de leur prévalence. Ensuite, elle présentera les différents services existants pour prendre en charge la détresse psychologique ou les troubles mentaux. Puis, nous verrons que malgré l'existence de ces services, certaines personnes ne les utilisent pas alors qu'elles en ont besoin. Plusieurs modèles théoriques seront exposés afin de mieux comprendre les facteurs qui entrent en compte dans la décision de recourir ou non aux services de santé mentale. Ensuite, différentes stratégies visant à améliorer le recours aux soins de santé mentale seront présentées. Enfin, nous verrons quel effet pourrait avoir la réforme de l'organisation des soins de santé mentale en Belgique, la réforme Article 107, sur le recours aux soins de santé mentale.

Deux questions de recherche émergeront de cette revue de la littérature :

- Quelle est l'évolution des différences de recours aux soins de santé mentale en Belgique en fonction de la sévérité de la maladie ?
- En quoi les équipes mobiles d'un réseau de santé mentale, le réseau Partenaires 107, améliorent le recours aux soins de santé mentale en Belgique ?

La partie pratique de ce mémoire sera donc divisée en deux. Pour répondre à la première question de recherche, une analyse quantitative sur base des données de l'enquête de santé belge par interview menée par Sciensano sera réalisée. Pour répondre à la deuxième question de recherche, une analyse qualitative sur base de données récoltées lors d'un stage d'observation au sein des équipes mobiles du réseau Partenaires 107 sera réalisée. Cette deuxième partie est liée au cours WFSP2283, et est intégrée dans ce mémoire conformément au cahier des charges de ce cours.

Les résultats de ces analyses seront résumés et les limites de ce travail seront présentées dans la discussion, et quelques perspectives d'utilisation et de recherche seront suggérées dans la conclusion.

II. Revue de la littérature

Cette revue de littérature est divisée en six parties. Dans la première partie, nous définirons les notions de « trouble mental » et de « détresse psychologique », nous expliquerons comment les mesurer, et nous donnerons une idée de leur importance. Nous expliquerons également que les troubles mentaux ne sont pas répartis au hasard dans la population : il y a une association entre trouble mental et statut socio-économique. La deuxième partie présentera l'éventail des services disponibles dans une communauté afin de soigner les troubles mentaux ou la détresse psychologique. Dans la troisième partie, nous mettrons en évidence que toutes les personnes souffrant de troubles mentaux ou de détresse psychologique ne recourent pas aux différents services disponibles. Dans la quatrième partie, nous présenterons différents modèles théoriques qui permettent de comprendre quels facteurs entrent en compte dans la décision de recourir ou non aux différents services de santé mentale. La cinquième partie présentera différentes solutions permettant d'améliorer le recours à ces services de santé. La sixième et dernière partie présentera la réforme de la psychiatrie en Belgique et mettra en évidence l'impact théorique de celle-ci sur le recours aux soins de santé mentale.

A. Troubles mentaux et détresse psychologique

1. Définitions

La cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux définit un trouble mental comme suit : *“A mental disorder is a syndrome characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation, or behavior that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning. Mental disorders are usually associated with significant distress or disability in social, occupational, or other important activities.” (2013).*

La détresse psychologique désigne quant à elle un état de mal-être, mais n'est pas systématiquement associée à un trouble mental (Gisle, 2020). « Elle indique la présence diffuse de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, qui ne correspondent pas à des critères diagnostiques et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles. Si cet état de souffrance psychologique devient plus intense ou perdure, il peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique latent et nécessiter une prise en charge » (Gisle, 2020).

2. Instruments de mesure

Deux types d'instruments de mesure existent pour détecter et mesurer les éventuels troubles mentaux chez les patients (Baer & Blais, 2009). D'une part, les tests cliniques permettent de poser un diagnostic quant à l'existence ou non d'un trouble mental chez le patient en question. D'autre part, il existe des échelles de symptômes, auto-administrées ou non, permettant d'évaluer la gravité des troubles mentaux identifiés. Ces échelles sont intéressantes pour planifier un traitement mais aussi pour surveiller l'évolution des patients tout au long de leur traitement. Le WMH-CIDI (World Mental Health – Composite International Diagnostic Interview) est un instrument qui permet de diagnostiquer un trouble mental grâce à un questionnaire se basant sur les critères de la quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004). A la base, cet instrument permettait de mesurer la prévalence des troubles mentaux, mais il a été amélioré par la suite afin d'évaluer la sévérité et le traitement des troubles mentaux, et ce dans différents pays du monde, y compris dans des pays en voie de développement.

Quant à la détresse psychologique, elle peut être diagnostiquée à l'aide du General Health Questionnaire (GHQ). Cet instrument ne permet pas de poser un diagnostic précis d'un trouble mental particulier (Gisle, 2020), mais permet de rendre compte de l'état psychologique actuel du répondant par rapport à son état habituel (Gisle, 2020). En effet, on demande au répondant comment il s'est senti ces dernières semaines par rapport à d'habitude. Ce questionnaire, destiné à la population générale âgée de plus de quinze ans, a été traduit en plusieurs langues et a été validé au sein de différentes populations (Romppel et al., 2013). La version la plus courte de ce questionnaire est le GHQ-12, une liste de 12 items aussi performante que la version longue (Goldberg et al., 1997). Le score obtenu à la fin de ce questionnaire, le score GHQ-12, est un indicateur du mal-être psychologique du répondant. Sur une échelle de 0 à 12, « un score plus élevé indique un degré de mal-être plus important voire la possibilité d'une pathologie mentale » (Gisle, 2014). A partir d'un score de 2 sur 12, on peut considérer que les personnes en question souffrent de détresse psychologique (Gisle, 2020). Un score de minimum 4 sur 12 indique une forte probabilité de trouble mental et indique que la personne en question devrait bénéficier d'un accompagnement professionnel (Gisle, 2020 ; Oliver et al., 2005). Sur cette base, on peut diviser la population en trois catégories : la population ne souffrant pas de troubles mentaux (score inférieur à 4), la population souffrant de troubles mentaux modérés (entre 4 et 7), et la population souffrant de troubles mentaux sévères (entre 8 et 12) (Oliver et al., 2005).

3. Prévalence

En 2016, Vigo et al. se sont attelés à corriger la dernière estimation du fardeau mondial des maladies mentales de 2013, qui selon eux était sous-évaluée : les troubles mentaux sont responsables de 13% des années de vie corrigées par l'incapacité (DALYs), et de 32.4% des années vécues avec de l'incapacité (YLDs). Mais le fardeau lié aux maladies mentales n'est pas le même partout dans le monde. L'instrument WMH-CIDI a mis en évidence d'importantes disparités entre différents pays du monde concernant la prévalence des troubles mentaux : celle-ci variait de 4.3% en Chine (Shanghai) à 26.4% aux Etats-Unis en 2003 (WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004).

En 2013, 32% de la population belge souffrait de détresse psychologique, et 18% souffrait d'un trouble mental (Detollenaere et al., 2019). Entre 2008 et 2013, la prévalence des problèmes de santé mentale a augmenté partout en Belgique ; ces problèmes sont d'ailleurs la première cause d'invalidité dans ce pays (Detollenaere et al., 2019).

4. Troubles mentaux et inégalités sociales de santé

Les troubles psychiatriques ne sont pas distribués aléatoirement dans une population et sont souvent associés à différentes caractéristiques socio-économiques. On peut définir l'inégalité sociale de santé comme « une différence de santé entre des individus liée à des facteurs ou critères sociaux de différenciation (classes sociales, catégories socioprofessionnelles, catégories de revenu ou niveaux d'étude) » (Aïach, 2000).

Le statut socio-économique, déterminé par le niveau d'éducation et le niveau de revenu, est associé à l'état de santé mentale des individus. En général, un statut socio-économique faible est associé à une morbidité psychiatrique plus importante, à plus d'incapacités psychiatriques ainsi qu'à un accès aux services de santé mentale moins favorable (Lorant et al., 2003). Cependant, cela ne permet pas d'affirmer la présence d'un lien causal, quel que soit son sens, entre le statut socio-économique et les troubles mentaux (Sareen J. et al., 2011).

Deux théories expliquant le lien entre statut socio-économique et troubles mentaux coexistent : la théorie de la sélection sociale et la théorie de la causalité sociale (Sareen J. et al., 2011). Selon la première, les individus souffrant de troubles mentaux ont des difficultés à améliorer leur statut socio-économique à cause de facteurs génétiques, de la perte de travail ou d'une ou plusieurs hospitalisations causées par leur trouble mental. Selon la deuxième, c'est le milieu socio-économique des individus qui génère des troubles mentaux via différents mécanismes (stress, anxiété, manque de support social, etc.). Selon le type de trouble mental, l'une ou l'autre

théorie est plus appropriée : pour la dépression, l'anxiété ou la consommation de diverses substances, la théorie de la causalité sociale est plus adéquate, alors que pour la schizophrénie, la théorie de la sélection sociale convient mieux (Sareen J., 2011).

Différentes études soutiennent l'hypothèse de la causalité sociale. Une méta-analyse regroupant plus de cinquante études portant sur la relation entre statut socio-économique et dépression a mis en évidence que les personnes ayant un statut socio-économique moins élevé ont plus de probabilité de souffrir de troubles dépressifs (Lorant et al., 2003). Plus récemment, une étude danoise a elle aussi conclu que les patients avec un faible statut socio-économique sont plus fréquemment atteints de dépression (Packness et al, 2018). Aux Etats-Unis, une étude quasi-expérimentale a permis de mesurer l'impact d'une augmentation des salaires au sein d'une communauté sur la santé mentale des enfants (Costello et al., 2003). Une diminution des troubles du comportement des enfants a été observée au sein des familles ayant dépassé le seuil de pauvreté suite à l'augmentation de leurs revenus. En fait, l'amélioration du statut socio-économique du ménage a engendré un contrôle renforcé des parents sur les enfants, ce qui à son tour permet de diminuer les troubles du comportement des enfants.

D'autres études soutiennent quant à elle la théorie de la sélection sociale. Kessler et al. ont prouvé que la présence de troubles mentaux entraîne une perte de revenus chez les personnes malades : en 2002, la population américaine souffrant de troubles mentaux sévères a perdu plus de 193 milliards de dollars (2008). Levinson et al. montrent que cette baisse de revenus est plus importante dans les pays à hauts revenus que dans les pays à moyens ou bas revenus (2010). Déjà en 1999, Pescosolido et Boyer affirmaient que des patients avec les mêmes symptômes psychologiques et les mêmes besoins de soins de santé mentale étaient traités différemment par les professionnels de santé en fonction de leur statut socio-économique : les personnes avec un statut socio-économique moins favorable recevaient des traitements plus lourds. Les auteurs illustrent leur propos en faisant référence à une étude menée dans les années cinquante, selon laquelle les individus des classes sociales plus basses sont plus facilement hospitalisés et reçoivent des diagnostics plus sérieux que des individus issus des classes sociales plus élevées.

B. Les services de santé mentale

Différents services de santé existent afin de procurer des soins aux personnes souffrant de troubles mentaux et/ou de détresse psychologique. L'OMS a développé un cadre théorique sous forme de pyramide, permettant d'orienter l'organisation des services de santé mentale (OMS, 2007).

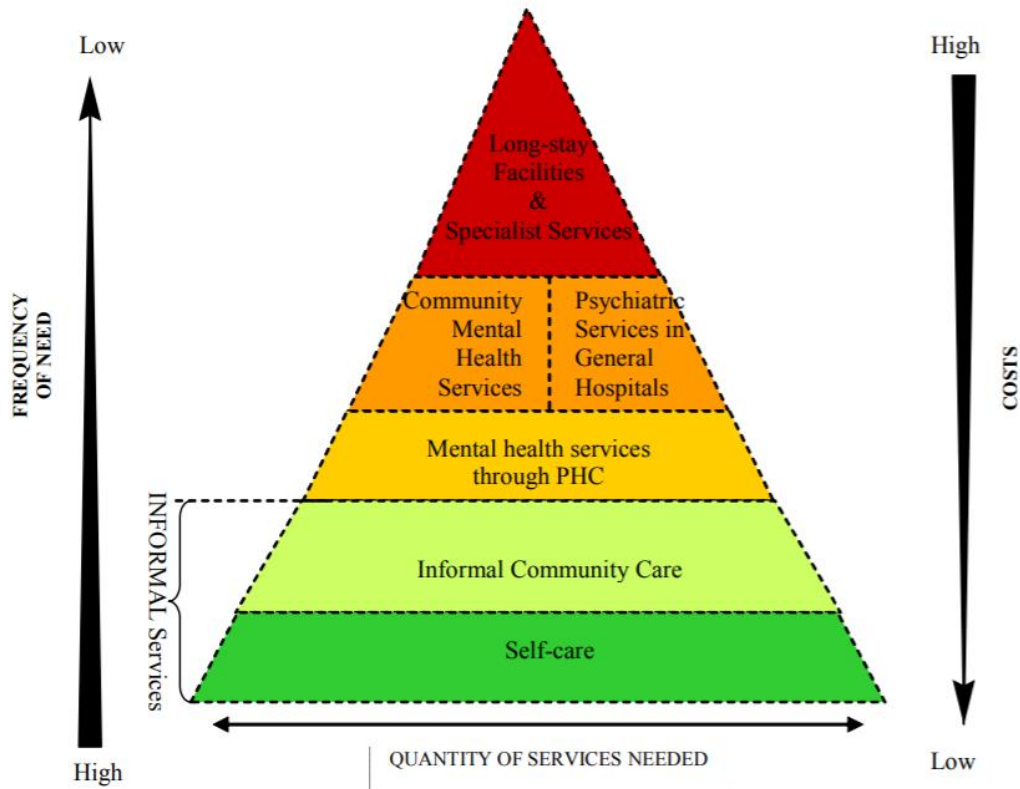


Figure 1 - Le modèle de la pyramide des soins de santé mentale (OMS, 2007).

Les services informels regroupent le « self-care » et les soins informels au sein de la communauté. Par « self-care », on entend le fait de gérer soi-même ses problèmes de santé mentale, accompagné de sa famille et/ou de ses amis. Les soins informels au sein de la communauté désignent le support obtenu des membres de la communauté dans laquelle on vit : les professeurs, la police, les associations, etc. Les services informels sont ceux dont on a le plus besoin car ils permettent de gérer la majorité des problèmes de santé mentale, et ce sont aussi les services les moins coûteux. Mais ces services informels ne sont pas toujours suffisants. Dans ce cas, il faut recourir à des services plus formalisés. En premier recours, on peut faire appel aux services de soins de santé primaire : les médecins généralistes, les infirmières, des activités de prévention, etc. peuvent résoudre les troubles mentaux les plus fréquents (dépression, anxiété, etc.). Ensuite, on a les services communautaires de santé mentale : les médecins spécialistes de la santé mentale, les centres de jour, les équipes mobiles, les services de réhabilitation permettent d'éviter des hospitalisations psychiatriques inutiles et obtiennent de meilleurs résultats. Au même niveau, on a également les hospitalisations psychiatriques dans les hôpitaux généraux, qui parfois ne peuvent pas être évitées, lors d'épisodes de crise par exemple. Enfin, en dernier recours, il y a les séjours psychiatriques de longue durée et les services très spécialisés. Ce sont les services auxquels devraient recourir uniquement les

personnes aux besoins élevés et à long-terme, étant donné que ce sont des services très coûteux en termes de personnel et de disponibilité. Aucun de ces services n'est isolé des autres, il y a des liens entre eux ; ils doivent travailler ensemble afin de favoriser des renvois entre les différentes strates de la pyramide lorsque c'est nécessaire.

C. Besoins et utilisation des soins de santé mentale

Lorsqu'on s'intéresse aux services fournis aux personnes souffrant de troubles mentaux au sein d'une communauté (en termes de quantité et de qualité), on s'intéresse à la question des besoins de soins de santé mentale (Sartorius, 2015). En effet, selon Sartorius, la définition classique des besoins de soins de santé mentale est la suivante : « the prevalence and incidence of mental disorders in a population group for which the services were to be provided » (2015).

Face à des personnes souffrant d'un ou plusieurs troubles mentaux, on peut envisager plusieurs cas de figure : recourir aux services de santé mentale et recevoir une prise en charge de qualité adaptée à ses besoins, ce qui aura des effets bénéfiques sur la santé mentale ; recourir aux services de santé mentale mais ne pas recevoir une prise en charge de qualité, adaptée à ses besoins, ce qui n'aura pas d'effet bénéfique sur la santé mentale ; ne pas recourir aux services de santé mentale pour différentes raisons. Dans les deux derniers cas de figure, on peut parler de besoins de soins de santé mentale non satisfaits. Si l'on s'intéresse plus spécifiquement au dernier cas de figure, certains chiffres sont intéressants à mettre en évidence : d'après une étude menée au sein de six pays européens en 2007, 6.6 millions d'adultes de ces pays n'utilisent pas les services de santé mentale alors qu'ils en ont besoin (Alonso et al., 2007). Une autre étude sur la prévalence des troubles mentaux en Grande-Bretagne chez les 16-64 ans a mis en évidence que plus de 20% des répondants ayant un score GHQ-12 entre 8 et 12 ne se sont pas fait aider (Oliver et al., 2005).

Toutes les personnes souffrant de troubles mentaux n'utilisent donc pas les services de santé mentale afin d'être pris en charge. Lorsqu'on parle d'utilisation de services de santé mentale, on parle de l'utilisation de services de santé formels pour des raisons de santé mentale et/ou émotionnelle (Alonso et al., 2007). Cette définition ne prend pas en compte les services informels, alors qu'on sait qu'ils sont primordiaux. En effet, une enquête britannique sur la prévalence des troubles mentaux en Grande-Bretagne a démontré que les répondants avec un score GHQ-12 supérieur à 8 recouraient plus fréquemment à leurs amis et familles par rapport à d'autres services (Oliver et al., 2005). Cependant, on peut présumer qu'il est plus difficile d'avoir des informations sur la quantité et la qualité de ces services informels, précisément parce qu'ils sont informels.

D. Comprendre le non-recours aux services de santé mentale

Etant donné que toutes les personnes qui devraient recourir aux services de santé mentale ne le font pas, il est intéressant de comprendre les raisons de ce non-recours. Différents modèles théoriques ont été développés afin d'expliquer quels facteurs interviennent dans la décision de recourir ou non aux services de santé mentale (Pescosolido & Boyer, 1999). En effet, d'autres facteurs que la présence de symptômes psychiatriques entrent en jeu dans cette décision. Ces modèles théoriques font référence à différentes barrières à l'utilisation des services de santé mentale.

1. Le modèle socio-comportemental d'Andersen et Newman

Andersen et Newman ont développé un modèle socio-comportemental de l'utilisation des soins de santé (Andersen & Newman, 1973). Selon ce cadre théorique, l'utilisation des services de santé est déterminée par deux grands facteurs : les déterminants individuels et les déterminants sociétaux. Dans ce modèle, les déterminants sociétaux influencent les déterminants individuels soit directement, soit indirectement via le système de services de santé. Les déterminants individuels influencent à leur tour l'utilisation des services de santé.

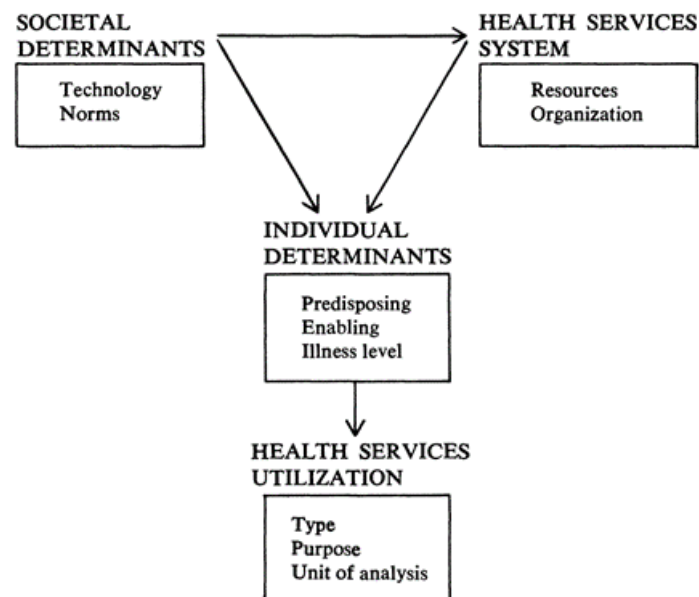


Figure 2 - Le modèle socio-comportemental de l'utilisation des soins de santé (Andersen & Newman, 1973)

L'utilisation des services de santé peut être caractérisée par trois éléments : les types de services de santé, les buts pour lesquels on utilise ces services, et les unités d'analyse auxquelles on s'intéresse. En effet, lorsqu'on recourt à des services de santé, on peut se rendre à l'hôpital, chez un médecin, chez un dentiste, dans une maison de soins, etc. Ensuite, la raison pour laquelle on recourt à des services de santé peut varier : la prévention, le traitement, la

stabilisation/gestion d'une maladie chronique, la satisfaction des besoins du patient, ou encore la réhabilitation. Enfin, on peut s'intéresser soit au premier contact du patient avec un service de santé, soit au nombre de services reçus pendant une certaine période, ou encore à un épisode de soins, c'est-à-dire tous les soins de santé liés à une maladie et à son expérience.

L'utilisation des services de santé est indirectement influencée par les déterminants sociétaux, à savoir la technologie et les normes. Par technologie, on entend l'ensemble des principes et techniques utilisés afin d'apporter un changement pour atteindre les buts visés (dans le contexte des soins médicaux, il s'agit par exemple du développement de l'anesthésie, de la radiologie, des antibiotiques, etc.). Les normes sont comprises comme l'ensemble des moyens utilisés par les systèmes sociaux pour assurer la conformité de la part des membres de la société. Il s'agit là des lois, des valeurs, des croyances qui façonnent le système de soins de santé d'une société.

Les déterminants sociétaux influencent le système de services de santé, qui a deux grandes composantes : les ressources dont il dispose et l'organisation de ces ressources. Les ressources sont la quantité de personnel, d'infrastructure et de matériel, ainsi que leur répartition à travers le territoire. L'organisation des ressources a deux caractéristiques : l'accès aux ressources et la structure des ressources. L'accès aux ressources doit être compris comme la manière dont on entre dans le système de soins et dont on est suivi lors du processus de soins, et varie en fonction des dépenses engendrées par les soins médicaux, du délai d'attente pour recevoir un traitement et des conditions qui permettent au patient de recevoir un traitement (la gravité de la maladie par exemple). La structure des ressources désigne quant à elle tout ce qui arrive au patient dès qu'il est entré dans le système de soins de santé.

Les déterminants sociétaux et le système de services de santé influencent les déterminants individuels. Ceux-ci sont subdivisés en trois groupes de facteurs : les facteurs prédisposant l'individu à utiliser les services de santé, les facteurs permettant à l'individu d'utiliser ces services et la sévérité de la maladie. Au sein des facteurs prédisposants, on a les caractéristiques démographiques et socio-économiques des individus, ainsi que les croyances à propos de la santé, de la maladie et des services de santé. Les facteurs permettant à l'individu d'utiliser les services de santé peuvent être subdivisés en deux. D'une part, on a les ressources familiales comme le revenu, l'assurance-maladie, le recours à un prestataire de soins de santé habituel. D'autre part, il y a les ressources communautaires, c'est-à-dire la disponibilité du personnel et des infrastructures de santé au sein de la communauté, le prix des soins de santé, la région. Enfin, la sévérité de la maladie influence l'utilisation des services de santé.

Plusieurs études ont confirmé l'influence des caractéristiques démographiques et socio-économiques ainsi que l'influence de la sévérité de la maladie sur le recours aux services de santé, comme expliqué dans ce modèle d'Andersen et Newman. Concernant les variables démographiques, on observe que les femmes reconnaissent plus facilement les symptômes psychiatriques et utilisent plus les différents services de santé mentale (Pescosolido & Boyer, 1999). On remarque également que les femmes consultent plutôt des médecins généralistes alors que les hommes consultent plutôt des psychiatres ou psychologues (Fleury et al., 2011). Les minorités ethniques utilisent moins les services de santé mentale : aux Etats-Unis, on remarque en effet que les enfants afro-américains et hispaniques utilisent moins les services de soins de santé mentale que les enfants blancs (Hodgkinson et al., 2017). Cela peut s'expliquer par la peur de la manière dont les professionnels de santé pourraient les soigner en raison de leur couleur, mais également par des raisons économiques (Pescosolido & Boyer, 1999). L'utilisation des services de santé mentale varie également avec l'âge : ce sont les 25-64 ans qui les utilisent le plus (Pescosolido & Boyer, 1999). Concernant le statut socio-économique, on observe que les personnes avec un statut socio-économique plus élevé utilisent plus les services de santé mentale (Fleury et al., 2011). Une étude comparative menée en 2000 aux Etats-Unis, au Canada et aux Pays-Bas à propos de la relation entre le revenu et le traitement des troubles mentaux nuance cette observation : parmi les répondants ayant un trouble mental, il n'y avait pas d'association significative entre le revenu et la probabilité d'obtenir un traitement pour son/ses troubles mentaux, et ce dans les trois pays étudiés ; cependant, parmi les répondants qui ne remplissaient pas les critères correspondant à un trouble mental, une association significative a été observée dans deux des trois pays entre le revenu et la probabilité d'obtenir un traitement (Alegria et al., 2000). En effet, aux Etats-Unis, au plus le revenu est élevé, au plus la probabilité de recevoir un traitement est élevée alors qu'aux Pays-Bas, c'est l'inverse ; au Canada, cette association n'était pas significative. Le revenu impacte également le secteur auquel on recourt pour des soins de santé mentale : il est plus probable que les personnes avec des revenus élevés recourent à des soins de santé mentale spécialisés par rapport aux personnes avec des revenus moins élevés (Pescosolido & Boyer, 1999). L'étude d'Alegria et al. a confirmé cela pour les Etats-Unis : les patients avec des revenus plus élevés recourent plus au secteur spécialisé, alors que les patients avec des revenus plus faibles recourent plus aux services sociaux (2000). Le niveau d'éducation joue lui aussi un rôle sur l'utilisation des services de santé mentale : il est plus probable que les personnes avec un niveau d'éducation plus élevé recourent à des services de santé spécialisés, alors que ceux avec un plus faible niveau d'éducation utilisent plutôt des services de santé généraux (Kovess-Masfety et al., 2007).

Concernant la sévérité des troubles mentaux, il s'agit d'un bon prédicteur de l'utilisation des services de santé mentale : les personnes souffrant de plusieurs troubles mentaux ou de troubles mentaux plus sévères utilisent plus les services de santé mentale (Fleury et al., 2011). En effet, les personnes ayant des scores GHQ-12 plus élevés utilisent plus les services de santé mentale : une augmentation de 1 sur l'échelle GHQ-12 est associée à une augmentation de l'utilisation des services de santé mentale de 10% (Oliver et al., 2005). Une autre étude, plus ancienne, a mis en évidence qu'un score GHQ-12 élevé est associé à des troubles psychiatriques chroniques ainsi qu'à un haut taux de consultation de services de santé primaires (Lloyd et al., 1996). Mais il faut également noter que les personnes souffrant de troubles mentaux plus sévères utilisent plus les services spécialisés que les personnes souffrant de troubles mentaux plus légers, étant donné qu'ils ont besoin d'un suivi plus intensif (Fleury et al., 2011 ; Packnesse et al., 2018).

Ce modèle d'Andersen et Newman fait référence à deux types de barrières à l'utilisation des services de santé mentale : la barrière de l'offre et la barrière du coût. La barrière de l'offre comprend le temps d'attente avant d'avoir une consultation avec un professionnel de santé, le déplacement (moyen de transport, distance) jusqu'au professionnel de santé/service de santé en question, les horaires de consultation qui ne sont parfois pas adaptés à tout le monde (travail, garde d'enfants), le nombre de professionnels de santé disponibles et leur répartition (Andrade et al., 2014 ; Hodgkinson et al. ; 2017 ; OCDE, 2019 ; Steele et al., 2007). En effet, lorsque Andersen et Newman expliquent que la quantité et la disponibilité du personnel et/ou de l'infrastructure ainsi que le délai d'attente sont des facteurs qui entrent en compte dans l'utilisation des services de santé, il s'agit bien là d'un problème au niveau de l'offre des services de santé mentale. La barrière du coût désigne quant à elle les dépenses personnelles occasionnées par l'utilisation des services de santé mentale (OCDE, 2019). Lorsqu'Andersen et Newman expliquent que le revenu et le prix des soins sont des facteurs permettant ou non à l'individu d'utiliser les services de santé, il s'agit bien là d'un problème de coût des soins.

2. Les modèles socio-cognitifs

Il existe également des modèles socio-cognitifs du recours aux services de soins de santé. Le modèle des croyances en santé de Rosenstock est axé sur les croyances, préférences, expériences et connaissances des individus à propos de la santé (Pescosolido & Boyer, 1999). Dans les années cinquante, des psychologues sociaux ont voulu expliquer pourquoi certains individus n'adoptaient pas les comportements préventifs nécessaires à un bon état de santé (Henshaw & Freedman-Doan, 2009). Selon ce cadre théorique, l'adoption d'un comportement favorable à la santé ou le recours aux soins de santé est un mécanisme rationnel de prise de

décision dépendant de six variables : la perception d'être touché par l'éventuelle maladie ; la perception de la gravité des conséquences de la maladie sur la vie de tous les jours ; la perception des effets bénéfiques d'un traitement ; la perception des barrières empêchant de recourir aux soins de santé ; le sentiment d'auto-efficacité, c'est-à-dire la croyance de l'individu à propos de sa capacité à influencer sa santé ; les « cues to action », qui sont des éléments externes qui encouragent l'action car ils nous rappellent la gravité du problème (Henshaw & Freedman-Doan, 2009). Ce modèle prend également en compte l'impact des variables démographiques et socio-économiques (Henshaw & Freedman-Doan, 2009). Même s'il n'a pas été prouvé que ce modèle des croyances en santé permet de prédire de manière adéquate l'utilisation des services de santé mentale, il peut néanmoins être utile pour comprendre l'utilisation des services de santé mentale par la population générale (Henshaw & Freedman-Doan, 2009).

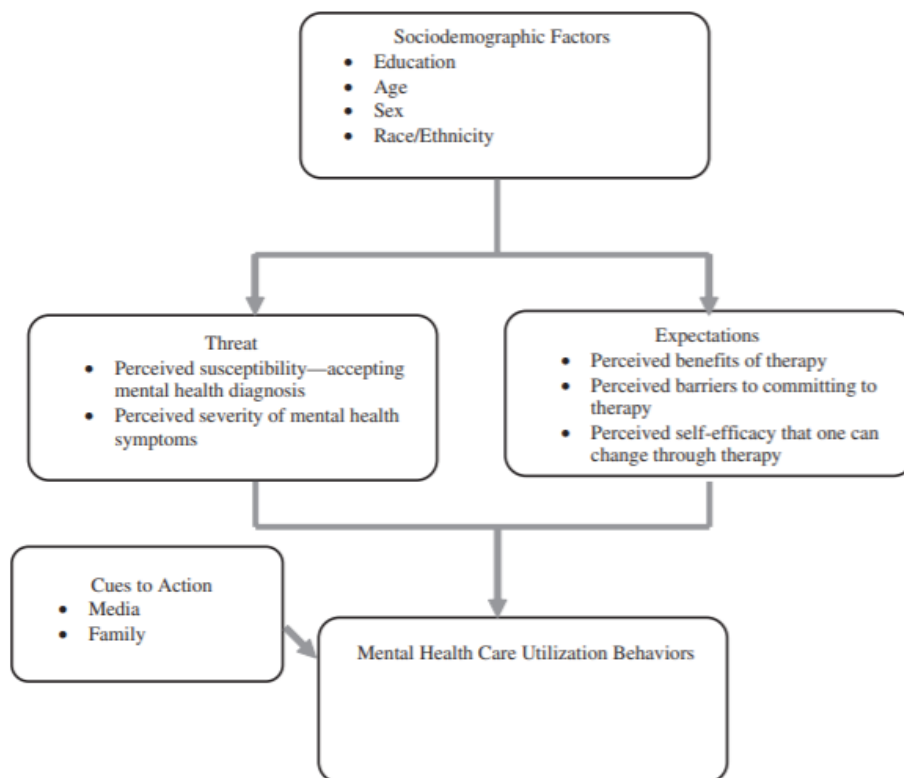


Figure 3 - Le modèle des croyances en santé (Henshaw & Freedman-Doan, 2009)

Au plus un individu perçoit la menace de la maladie, c'est-à-dire qu'au plus il pense être malade et perçoit ses symptômes comme étant graves, au plus il est probable qu'il utilise les soins de santé mentale. Mais cela ne suffit pas, l'utilisation des soins de santé dépend aussi des attentes du patient. Le patient doit croire que recourir aux services de santé va lui apporter des bénéfices. En effet, au plus les patients connaissent les effets bénéfiques des traitements, au plus ils

utiliseront les services de santé mentale. En outre, au plus un individu perçoit des barrières à l'utilisation des services de santé mentale (coûts, déplacement, peur du traitement, stigma lié aux maladies mentales, etc.), au moins il va utiliser les services de santé mentale. Enfin, au plus un individu a un sentiment d'auto-efficacité, c'est-à-dire qu'il croit qu'une thérapie ou un traitement peut soigner sa détresse psychique et qu'il est capable de suivre cette thérapie ou ce traitement, au plus il utilisera les services de santé mentale. En fonction de différentes variables socio-démographiques, on pourra observer des différences dans ce modèle. Par exemple, les individus noirs ne considèrent pas les psychologues blancs comme une aide adéquate et s'en méfient ; la population noire fait face à plus de problèmes financiers et à plus de stigmatisation ; les plus âgés développent plus d'attitudes négatives envers les services psychologiques, etc. Les médias et le support social de l'entourage peuvent également être des éléments déclencheurs dans la décision d'utiliser les soins de santé mentale.

La théorie du comportement planifié de Ajzen, développée en 1991, est un autre modèle socio-cognitif qui explique ce qui intervient dans l'adoption d'un comportement favorable à la santé (Henshaw & Freedman-Doan, 2009). Ce sont principalement les intentions d'adopter un comportement favorable à la santé qui déterminent la probabilité de réellement adopter ce comportement. Différentes variables influencent l'intention d'adopter un certain comportement de santé : l'utilité perçue d'adopter le comportement en question, la perception des attentes de notre support social par rapport à l'adoption de ce comportement et la capacité perçue d'adopter ce comportement si on désire l'adopter. Cependant, ce modèle a été plus souvent utilisé pour prédire des comportements de santé que pour prédire l'utilisation des soins de santé mentale.

Le modèle d'autorégulation de Leventhal, développé en 1984, s'intéresse quant à lui aux représentations de la maladie comme déterminant de l'utilisation des soins de santé mentale (Henshaw & Freedman-Doan, 2009). La représentation de la maladie a différentes composantes : la manière dont un individu reconnaît et vit avec les symptômes, les causes et conséquences perçues des symptômes, le temps de guérison attendu, mais aussi le contrôle perçu sur la maladie.

Ces modèles socio-cognitifs font surtout référence à un autre type de barrière à l'utilisation des services de santé mentale : l'acceptabilité des services de santé mentale. Cette barrière regroupe les besoins non perçus en santé mentale, le stigma associé aux maladies mentales, la peur des conséquences de l'utilisation des services de santé mentale (hospitalisation, séparation, etc.), ou encore le fait de penser qu'on peut gérer les problèmes de santé mentale soi-même plutôt que d'utiliser les services de santé (Andrade et al., 2014 ; Hodgkinson et al., 2017 ; Steele et

al., 2007). En effet, d'après Rosenstock et Leventhal, des facteurs tels que la perception de la maladie, la perception de la gravité des symptômes, le contrôle perçu sur la maladie, la connaissance des effets du traitement ou encore les croyances quant à l'efficacité d'une thérapie influencent le recours aux services de santé mentale.

3. L'importance du support social

Les différents modèles exposés ci-dessus supposent que recourir aux services de santé mentale est un choix individuel volontaire (Pescosolido & Boyer, 1999). Mais selon Pescosolido et Boyer, il ne faut pas oublier que les patients font partie de communautés, de milieux de vie différents, au sein desquels ils côtoient différentes personnes : leur famille, leurs amis, mais également des acteurs institutionnels comme la police, les juges ou des professeurs (1999). En effet, ces personnes participent à la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques, car certains patients peuvent être encouragés par leur entourage à recourir à de tels services, alors que d'autres peuvent être hospitalisés de force à la demande de certains agents institutionnels. Recourir au système de soins de santé mentale n'est donc pas qu'une évaluation coût-bénéfice qui se fait individuellement, les communautés dans lesquelles vivent les patients jouent en effet un rôle important (Pescosolido & Boyer, 1999). Cela nous amène à la notion de « illness career », c'est-à-dire le cheminement d'un individu pour arriver à être pris en charge au sein de services de santé mentale, le trajet qu'il parcourt, les étapes par lesquelles il passe, les différents prestataires, les différents réseaux sociaux qu'il rencontre avant d'être pris en charge, ainsi que pendant le traitement ou la prise en charge (Pescosolido & Boyer, 1999). Le support social influence bien l'utilisation des services de soins de santé, et ce de différentes manières (Graziano & Elbogen, 2017). D'un côté, le support social peut être utilisé « à la place » des services de soins de santé : on recourt moins aux soins de santé car on a du support social, étant donné que le support social a des effets bénéfiques sur la santé. Mais le support social peut aussi encourager à recourir aux services de santé, notre entourage peut nous aider à nous rendre compte qu'on a besoin de soins, et donc nous pousser à utiliser les services de santé.

4. L'importance des barrières

Nous avons précédemment identifié trois grands types de barrières à l'utilisation des services de santé mentale : l'offre de services de santé mentale, le coût des soins de santé mentale et l'acceptabilité des services de santé mentale. Illustrons maintenant l'importance de ces barrières à l'aide de quelques chiffres issus de différentes études.

Concernant la barrière de l'offre, une étude menée en 2007 au Canada a montré que 5% de l'échantillon représentatif de la population canadienne n'a pas utilisé les services de santé mentale en raison du manque de professionnels disponibles ainsi que de longs délais d'attente (Steele et al.). En général, on constate une utilisation moins importante des services de santé mentale dans les pays avec une faible disponibilité des professionnels de santé mentale (Kovess-Masfety et al., 2007). Par contre, les pays avec les meilleures disponibilités de professionnels de la santé mentale n'ont pas forcément les meilleurs résultats en termes d'utilisation des services de santé mentale (Kovess-Masfety et al., 2007). On observe également une différence d'utilisation des services de santé entre les zones rurales et les zones urbaines : aux Etats-Unis, les enfants blancs vivant dans des zones rurales utilisent moins les services de santé que les enfants blancs vivant dans des zones urbaines (Hodgkinson et al., 2017). Cela est dû au fait que l'offre de services de santé est moins importante en zone rurale qu'en zone urbaine (Hodgkinson et al., 2017). Cette barrière serait plus fréquente chez les personnes aux revenus moins élevés ainsi que chez les personnes ayant des troubles mentaux plus sévères (Andrade et al., 2014 ; Steel et al., 2007).

Concernant la barrière du coût, elle n'a pas la même importance dans tous les pays. En 2007, Sareen et al. ont mis en évidence que la barrière financière à l'utilisation des services de santé mentale était plus importante aux Etats-Unis qu'au Canada ou aux Pays-Bas. En effet, une étude portant sur la population américaine souffrant de dépression majeure et/ou de dépendance à certaines substances a souligné l'importance de la barrière financière aux Etats-Unis (Chen et al., 2013). Selon cette étude, la moitié des répondants ayant un besoin de soins de santé mentale reconnaissent ne pas avoir les moyens de suivre un traitement. En Belgique, « 9.1% des ménages indiquent qu'en raison de problèmes financiers, ils ont dû reporter des soins médicaux, des soins dentaires, achat de médicaments (prescrits), achat de lunettes et/ou des soins de santé mentale au cours des 12 derniers mois » (Sciensano, 2018). Cette barrière du coût est elle aussi plus fréquente chez les personnes atteintes de troubles mentaux plus sévères, ainsi que chez les personnes au statut socio-économique moins élevé (Andrade et al., 2014 ; Sciensano, 2018).

Concernant la barrière d'acceptabilité, une étude cross-sectionnelle menée par l'OMS à travers différents pays a démontré qu'elle était la plus importante, que ce soit pour des troubles mentaux sévères, modérés ou légers (Andrade et al., 2014). Parmi les répondants ayant un besoin de soins de santé mentale non satisfait, 96% citent au moins une barrière d'acceptabilité comme raison à la non-utilisation des services de santé mentale (Andrade et al., 2014). Les individus avec un statut socio-économique plus faible font plus souvent face à ce type de barrière que les

personnes au statut socio-économique plus élevé (Steele et al., 2007). Plus précisément, la raison la plus fréquemment invoquée est le fait de vouloir gérer le trouble mental par soi-même, puis de croire que le trouble mental n'est pas grave, et enfin de croire que le trouble mental finira par se soigner sans l'intervention d'un professionnel de la santé (Andrade et al., 2014). Une faible perception des besoins de soins de santé mentale est donc déterminante dans l'utilisation des services de santé mentale (Andrade et al., 2014). Ce faible besoin perçu est plus fréquent chez les hommes, les plus âgés et les personnes atteintes de troubles mentaux plus légers.

E. Améliorer le recours aux services de santé mentale

Sur base des différents modèles et des différentes études présentés précédemment, nous avons pu mettre en évidence certains facteurs influençant la décision de recourir ou non aux services de santé mentale : des caractéristiques individuelles telles que le sexe, l'origine, l'âge et la sévérité des troubles mentaux ; différentes barrières à l'utilisation comme l'offre des services de santé mentale, les dépenses occasionnées par les soins de santé mentale ainsi que l'acceptabilité des services de santé mentale ; le support social. Nous allons maintenant nous intéresser aux différents dispositifs mis en évidence dans la littérature afin de favoriser l'utilisation des services de santé mentale. Les sept dispositifs identifiés sont classés dans le tableau 1 ci-dessous en fonction de deux typologies différentes. La liste de dispositifs n'étant pas exhaustive, certaines cases resteront vides.

La première typologie est celle de Benach et al. qui ont identifié quatre manières d'améliorer la santé de la population tout en réduisant les inégalités de santé (2013). Le premier scénario consiste à intervenir de manière ciblée sur les groupes les plus défavorisés, ces derniers sont donc les seuls bénéficiaires de l'intervention. Le deuxième scénario permet d'intervenir de manière universelle mais en agissant de manière plus spécifique pour le groupe le plus désavantagé. Le troisième scénario peut être qualifié de scénario redistributif : l'intervention en question est universelle mais bénéficie aux groupes moins avantagés en fonction du gradient social, et laisse le groupe le plus avantagé non-impacté par l'intervention. Le quatrième scénario est le scénario de l'universalisme proportionné : l'intervention en question bénéficie à toute la population mais de manière proportionnelle au désavantage social.

Les différentes stratégies que nous allons exposer ici peuvent également être classées en fonction de deux critères. D'une part, ce sont des stratégies qui influencent soit l'offre, soit la demande de soins de santé mentale. D'autre part, les stratégies portent soit sur des facteurs en

amont de la santé mentale (les déterminants structurels et politiques), soit sur des facteurs en aval de la santé mentale (l'accès aux soins).

		Critères			
		Offre		Demande	
		En amont	En aval	En amont	En aval
Scénarios	1. Intervention ciblée sur les groupes plus défavorisés	(1) Diminuer les dépenses			
	2. Intervention universelle avec focus sur les plus défavorisés				
	3. Intervention redistributive				
	4. Intervention universelle proportionnée		(2) Eduquer les patients (3) Diminuer les listes d'attente (4) Rembourser les consultations de 1ère ligne (5) Améliorer la coordination entre les services (6) Fournir des soins de santé mentale dans la communauté		(7) Développer des stratégies marketing

Tableau 1 - Typologie des dispositifs permettant d'améliorer le recours aux soins de santé mentale

(1) Une première solution est d'agir au niveau des dépenses occasionnées par l'utilisation des soins de santé. Il s'agit d'une intervention ciblée sur les groupes les plus défavorisés, au niveau de l'offre de soins de santé mentale, en amont de la santé mentale. Les dépenses « out-of-pocket » engendrées par les soins de santé peuvent devenir un poids financier pour des individus aux ressources financières limitées ainsi que pour des individus ayant un besoin de soins de santé important : cela peut engendrer des difficultés financières lorsqu'ils recourent aux services de santé ainsi qu'un report du recours aux services de santé (Bouckaert et al., 2020). Des mesures protectrices sont donc nécessaires afin d'empêcher de telles inégalités dans l'utilisation des services de santé.

En Belgique, différents mécanismes ont été mis au point afin de limiter l'impact financier des soins de santé pour les groupes plus défavorisés (Bouckaert et al., 2020) :

- L'intervention majorée consiste à rembourser une partie plus importante du coût des soins pour certains groupes plus vulnérables ; le montant de leur ticket modérateur est donc moins élevé que celui de la population générale ;
- Le système du tiers-payant permet à certains groupes (y compris les malades chroniques) de payer uniquement le ticket modérateur lorsqu'ils consultent un prestataire de soins ; ils ne doivent donc pas avancer la somme d'argent qui serait remboursée par l'assurance santé ;

- Le montant forfaitaire pour les malades chroniques est une somme qui leur est accordée annuellement en fonction de leur degré de dépendance, afin de couvrir des frais non-médicaux ;
- Le maximum à facturer est une limitation du montant total de tickets modérateurs pour tous types de prestations remboursées par l'assurance maladie-invalidité au cours d'une période au sein du ménage, en fonction du revenu du ménage.

Ces mesures protectrices posent néanmoins question pour plusieurs raisons (Brouckaert et al., 2020). Tout d'abord, de plus en plus de ménages bénéficient de ces mesures, notamment de l'intervention majorée ou du maximum à facturer, alors qu'un tiers des individus à risque de pauvreté ne bénéficie pas de l'intervention majorée. De plus, il s'avère qu'en pratique l'intervention majorée améliore l'accès au médecin généraliste mais pas forcément l'accès aux soins spécialisés : les personnes ayant le statut BIM (bénéficiaire de l'intervention majorée) ont des besoins plus élevés, mais elles ne recourent pas plus aux soins spécialisés pour autant. En fait, il est difficile pour ces personnes de faire face à des dépenses de santé inattendues alors qu'elles doivent déjà subvenir à leurs besoins de base. Ensuite, ces mesures protectrices ne prennent pas toujours en compte les suppléments de soins qui ne sont pas couverts par l'assurance santé : c'est le cas du maximum à facturer qui ne permet pas de couvrir ces suppléments. On observe qu'après l'application du mécanisme du maximum à facturer, le montant du copaiement par rapport au revenu du ménage est plus élevé au sein des ménages à faibles revenus qu'au sein des ménages à revenus élevés.

Etant donné ces différents problèmes, il faudrait repenser les mesures existantes : elles doivent être plus sélectives (plus centrées sur les individus les plus vulnérables), et plus généreuses (Brouckaert et al., 2020). Une autre idée serait de passer à un mode de financement au cas (financement forfaitaire dont le montant dépend de la pathologie du patient ou des soins dont il a besoin) pour les groupes plus défavorisés afin de réduire les dépenses directes des patients au moment de la prestation de soins, et donc de diminuer l'impact de la barrière financière (KCE, 2019).

(2) Une deuxième solution consiste à travailler sur l'éducation des patients et sur les représentations. Il s'agit d'une intervention universelle proportionnée, au niveau de l'offre, en aval de la santé mentale. Eduquer les personnes ayant des besoins en santé mentale est aussi important que de développer les services de santé mentale (Alonso et al., 2007). Ceci relève principalement des professionnels de santé eux-mêmes, qui doivent informer le patient à propos de la gravité des symptômes et des différents services de santé mentale existants afin de traiter

le trouble mental en question (Hensaw & Freedman-Doan, 2009). Il faut également travailler sur les représentations des soins de santé mentale, sur les attentes quant à leur utilisation, sur ce que cette utilisation implique, etc., car l'utilisation des services de santé mentale est souvent stigmatisée (Hodgkinson et al., 2017). Différentes solutions existent afin de diminuer cette stigmatisation : travailler avec des agents communautaires comme des prêtres ou des travailleurs sociaux avec lesquels les individus sont déjà en confiance ; utiliser les termes « clinicien » ou « conseiller » qui semblent plus acceptables que « psychologue » ou « psychiatre » ; utiliser les mots que les patients utilisent pour décrire leurs symptômes plutôt que de parler par exemple d' « anxiété » ; développer des modes de consultations alternatives, que ce soit à la maison ou par téléphone, etc. (Hensaw & Freedman-Doan, 2009).

(3) Une autre possibilité est de réduire voire d'éliminer les listes d'attente pour accéder aux différents services de santé mentale (KCE, 2019). Il s'agit également d'une intervention universelle proportionnée, au niveau de l'offre et en aval de la santé mentale. Ces listes d'attente sont très problématiques étant donné qu'elles empêchent des patients qui ont pris la décision de recourir à un service de santé mentale de recevoir l'aide adéquate (Cornelis et al., 2019).

(4) Depuis 2019, les consultations psychiatriques ambulatoires avec des psychologues cliniciens ou des orthopédagogues cliniciens sont remboursées en grande partie par l'assurance obligatoire soins de santé (INAMI, 2020). Il s'agit encore d'une intervention universelle proportionnée, au niveau de l'offre et en aval de la santé mentale. Ce remboursement est un projet pilote qui s'inscrit dans le cadre de la réforme de la psychiatrie visant à orienter les soins de santé mentale vers la communauté. Il se fait par une convention conclue entre le Comité de l'assurance de l'INAMI et les réseaux de santé mentale. A long terme, l'idée est d'offrir aux personnes avec des problèmes psychologiques modérément sévères un remboursement de leurs soins de santé mentale (INAMI & SPF Santé publique). Plusieurs objectifs sont poursuivis par cette récente décision : « renforcer l'accessibilité et l'offre de soins en santé mentale ; permettre à la population cible de se rendre plus rapidement chez un professionnel ; éviter l'évolution des problèmes en trouble ; améliorer la continuité de soin entre les professionnels ; meilleure orientation vers les services spécialisés, etc. » (INAMI & SPF Santé publique). Pratiquement, un médecin généraliste, pédiatre, pédopsychiatre, gériatre, médecin du service PSE, médecin des CPMS ou encore un médecin de l'ONE peut prescrire à un patient quatre consultations de première ligne par an, éventuellement renouvelable jusqu'à huit séances maximum par an (INAMI, 2020). Les patients pouvant bénéficier de ces consultations psychologiques de première ligne sont des patients enfants ou adultes avec des problèmes d'anxiété, de dépression,

d'externalisation, sociaux, et/ou de consommation de substances. La première consultation permet de poser le diagnostic, et en fonction de celui-ci, les consultations suivantes peuvent comprendre « des soins de psychologie généraux, un traitement orienté solution, de l'auto-assistance accompagnée, de la psychoéducation ou des interventions visant à accroître l'autonomie » (INAMI, 2020). Pour une consultation, le ticket modérateur est de 11 euros si le patient ne bénéficie pas de l'intervention majorée, et de 4 euros si le patient bénéficie de l'intervention majorée. Le psychologue ou orthopédagogue clinicien peut également renvoyer le patient vers d'autres professionnels de la santé mentale s'il estime que cela est nécessaire.

(5) Un meilleur accès aux services de soins de santé peut également être obtenu par l'amélioration de la coordination entre différents services (Leutz, 1999). Cette stratégie est une intervention universelle proportionnée, au niveau de l'offre et qui agit en aval de la santé mentale. La coordination entre différents professionnels de différents secteurs doit être encouragée afin de comprendre les différents besoins des individus ou des familles en fonction de leurs situations particulières : soins primaires, soins spécialisés, ressources communautaires, travailleurs sociaux doivent travailler en réseau afin d'obtenir des soins de santé mentale plus intégrés et au sein desquels il est plus facile de naviguer (Alonso et al., 2007 ; Fleury et al., 2012 ; Hodgkinson et al., 2017). Le médecin généraliste est une ressource importante sur laquelle s'appuyer étant donné que de nombreux individus évoquent leurs problèmes de santé mentale d'abord avec leur médecin traitant (Hensaw & Freedman-Doan, 2009). Celui-ci doit renvoyer plus systématiquement les personnes ayant besoin de soins spécialisés en santé mentale vers les professionnels de santé adéquats lorsque c'est nécessaire (Kovess-Masfety et al., 2007). L'intégration des soins sera d'autant plus favorisée s'il y a une proximité géographique entre les prestataires, si on peut exposer aux patients les différentes options qui s'offrent à eux (médication, psychothérapie), si on crée un climat non-stigmatisant lors des consultations, si on crée des guidelines pour les différents professionnels (Hensaw & Freedman-Doan, 2009).

(6) Une meilleure utilisation des services de santé mentale peut également être obtenue grâce aux équipes mobiles qui fournissent les soins de santé mentale au sein de la communauté (KCE, 2019). Il s'agit encore une fois d'une intervention universelle proportionnée, au niveau de l'offre et en aval de la santé mentale. Procurer des soins de santé mentale au sein du milieu de vie des patients permet aux utilisateurs de soins de santé mentale de ne pas forcément être hospitalisés. En effet, des hospitalisations psychiatriques longues ainsi que des admissions répétées ont un effet négatif sur l'intégration sociale des patients psychiatriques : elles

empêchent les patients de jouer leurs rôles sociaux étant donné qu'ils sont retirés de la société dans laquelle ils vivent (Smith et al., 2020). Plus précisément, une longue durée de séjour dans un hôpital psychiatrique a un effet négatif sur l'emploi, le logement et la situation du ménage des patients (Smith et al., 2020). Des admissions répétées ont quant à elles un effet négatif sur les liens d'amitié des patients (Smith et al., 2020). Un suivi et un traitement des patients en dehors de l'hôpital est donc une solution qui permet une meilleure inclusion et intégration des patients au sein de leur communauté. Les équipes mobiles procurant de tels soins sont composées de différents professionnels de santé qui travaillent en étroite collaboration, afin d'aider les patients à développer des ressources et à s'appuyer sur celles disponibles au sein de leur milieu de vie (KCE, 2019).

(7) Enfin, on peut recourir à des stratégies marketing afin d'encourager l'utilisation des services de santé mentale (Hensaw & Freedman-Doan, 2009). Par exemple, cela permettrait de promouvoir le recours à des séances de psychothérapie afin que les individus voient ce service comme une solution légitime à leurs problèmes. Ce type d'intervention est universelle proportionnée, elle agit au niveau de la demande et en aval de la santé mentale. Deux types de stratégies existent : le marketing social et le marketing axé sur les problèmes et leurs solutions. Le marketing social se base sur trois principes. Tout d'abord, afin de vendre un produit, ici la psychothérapie, il faut prendre en compte le point de vue des individus qui ne sont pas intéressés par le produit en question. Ensuite, il faut reconnaître que recourir à la psychothérapie, c'est se mettre en situation de vulnérabilité car c'est un sujet sensible. Enfin, il faut mettre en avant le fait que les bénéfices de la psychothérapie ne se voient pas immédiatement, ce sont des effets à long terme. La deuxième stratégie consiste à s'adresser aux individus en fonction de la manière dont ils perçoivent leurs problèmes et leurs solutions. Lorsque l'on veut encourager des individus à utiliser les services de santé mentale, il faut s'adresser différemment à eux selon qu'ils se considèrent responsables ou non de la cause de leurs problèmes, et selon qu'ils se sentent responsables ou non de la résolution de leurs problèmes. En général, des arguments basés sur la peur ne sont pas efficaces pour améliorer l'utilisation des services de santé mentale. Les arguments les plus efficaces sont ceux qui font appel à la solution du problème, et pas au problème lui-même.

F. La réforme de la psychiatrie en Belgique

Depuis une bonne dizaine d'années, la plupart des pays européens ont réformé leur système de soins de santé mentale afin d'atteindre deux objectifs (Nicaise et al. 2014) :

- 1) Désinstitutionnaliser les soins de santé mentale en développant des services de santé mentale dans la communauté, basés sur la demande et les besoins des utilisateurs ;
- 2) Améliorer la continuité des soins en intégrant les services de santé.

On observe une tendance internationale qui vise à amener les soins de santé mentale vers les usagers, et non plus de sortir les patients de leur milieu de vie pour leur procurer des soins (Guide, 2010). De plus, on veut améliorer la continuité des soins, car une mauvaise continuité des soins a des effets négatifs sur la qualité de vie des patients et sur leur intégration sociale (Lorant et al. 2018). En effet, « on remarque que des soins de santé mentale basés sur les besoins et demandes de soins des personnes présentant des problèmes psychiques et offerts d'une manière continue ou aussi proche que possible du domicile donnent de bons résultats » (Guide, 2010).

En Belgique, l'offre de soins de santé mentale est diversifiée (médecin généraliste, centres de soins de santé mentale, hôpitaux psychiatriques, services psychiatriques dans les hôpitaux généraux, psychiatres et psychologues, services qui ne relèvent pas du secteur de la santé comme l'enseignement, la justice, etc.), mais la circulation des patients entre ces différents services ne se fait pas toujours de manière continue et harmonieuse (Guide, 2010). De plus, les indicateurs de la densité de lits psychiatriques et de la durée de séjour en hôpital psychiatrique sont élevés par rapport à d'autres pays européens. En 2016, la Belgique comptait 137 lits psychiatriques pour 100 000 habitants, par rapport à environ 63 en Pologne, 87 en France et 125 en Allemagne (Detollenaere et al. 2019). Concernant la durée de séjour moyenne dans une unité psychiatrique en Belgique, elle est de 55,1 jours, par rapport à 17,9 en Italie, 33,4 en Pologne et 37 en Allemagne (Dimitri et al. 2018). Ces chiffres traduisent une mauvaise réinsertion des patients dans leur milieu de vie (Guide, 2010).

Dans ce contexte, la réforme « Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de réseaux et de circuits de soins » est enclenchée en 2010. Elle suit la logique suivante : une offre de soins axée sur des services communautaires, avec des mécanismes d'intégration des soins et de réduction du recours aux hôpitaux devrait améliorer le rétablissement et la réhabilitation sociale des utilisateurs (Lorant et al. 2015). Cette réforme a cinq buts généraux : la désinstitutionnalisation qui permet de développer des alternatives ambulatoires à

l'hospitalisation ; l'inclusion qui renvoie au rétablissement et à la réhabilitation sociale des utilisateurs ; la décatégorisation qui permet la collaboration entre les différents secteurs de soins (santé, enseignement, travail, etc.) ; l'intensification des soins en milieu hospitalier qui fait référence à des séjours hospitaliers plus courts et réservés aux soins les plus aigus ; la consolidation qui permet de régulariser les différents projets pilotes existants (principalement des services spécialisés dans la communauté) (Guide, 2010). En plus de ces buts, des objectifs intermédiaires ont été définis : l'amélioration des structures de collaboration, la territorialisation, la diversité de l'offre de services, le recours aux traitements à domicile, les renvois, la prévention, la planification individuelle, l'autonomie et les droits des utilisateurs, la réduction de la stigmatisation, l'accessibilité, l'amélioration de la qualité des soins, l'adaptation de l'offre aux besoins (Nicaise et al. 2014).

En théorie, la réforme 107 devait bénéficier à tous les adultes ayant des besoins en santé mentale (Lorant et al. 2018). Une étude a permis de mettre en évidence que les choses n'ont pas été implémentées de cette manière : dans la pratique, les usagers vus comme prioritaires sont des usagers schizophrènes, psychotiques ou souffrant de troubles de la personnalité, avec un dysfonctionnement psychosocial élevé et une intégration sociale intermédiaire (Lorant et al. 2013). La réforme priorise donc les usagers avec des troubles psychiatriques sévères, mais laisse de côté les usagers les moins intégrés socialement (Lorant et al. 2013). Au sein du réseau, ces usagers prioritaires sont principalement pris en charge par les hôpitaux psychiatriques et les équipes mobiles (Lorant et al. 2013).

Concrètement, c'est l'application de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux et institutions de soins qui a rendu possible la collaboration et le partage des ressources entre les hôpitaux et les services communautaires (Nicaise et al. 2014). La réforme en question, appelée parfois réforme Article 107 du nom de l'article de loi, a débouché sur la création de 20 réseaux de soins de santé mentale en Belgique : 7 en Wallonie, 1 à Bruxelles, 12 en Flandres (Laguesse et al., 2019). Un réseau peut être défini comme « un réseau de collaborations entre des structures et des ressources qui vont, dans un partenariat effectif, définir une finalité, un fonctionnement et des objectifs communs, ceci afin de garantir l'efficacité du suivi des patients, une meilleure continuité des soins, l'amélioration de l'offre et l'amélioration de la qualité de la prise en charge » (Guide, 2010). Ces réseaux sont une solution favorisant l'intégration de différents services de santé et services sociaux, et sont censés avoir des répercussions positives sur les patients (Lorant et al. 2018). Les réseaux de services créés doivent assurer cinq fonctions : « des activités en matière de prévention et de promotion des soins de santé mentale, détection précoce,

dépistage et pose d'un diagnostic ; des équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes de santé mentale aigus que chroniques ; des équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale ; des unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes de santé mentale aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable ; des formules résidentielles spécifiques permettant d'organiser l'offre de soins lorsque la poursuite des soins s'avère impossible à domicile ou en milieu substitutif du domicile » (Guide, 2010). Le schéma ci-dessous permet de comprendre comment les relations entre les différentes fonctions ont été envisagées.

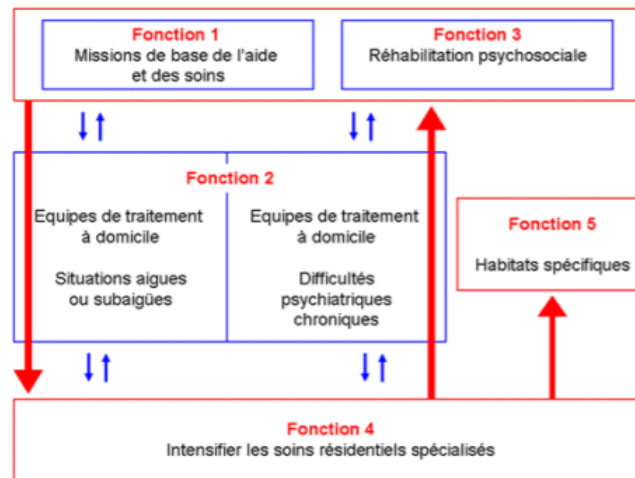


Figure 4 - Les cinq fonctions dans le nouveau modèle des soins de santé mentale (in Guide, 2010)

Pour assurer les fonctions une, trois, quatre et cinq, les services déjà existants ont été réorganisés, alors qu'un nouveau type de service a été créé pour assurer la fonction deux : les équipes mobiles (Nicaise et al. 2014). D'après le Guide de la réforme, « la nouveauté de cette fonction sera d'explorer une nouvelle forme de soins en santé mentale plus rapidement accessible aux personnes et de leur offrir des soins adaptés là où elles vivent » (2010). Deux types d'équipes mobiles ont été créées dans le cadre de la réforme 107 : des équipes 2A pour des personnes en situation de crise et des équipes 2B pour des personnes avec des troubles mentaux chroniques (Laguesse et al. 2019). Pour pouvoir bénéficier de l'intervention d'une équipe mobile, les patients doivent avoir entre 18 et 64 ans (Laguesse et al. 2019). Ces équipes multidisciplinaires interviennent à la demande du patient, d'un proche ou d'un prestataire de soins du patient, et elles travaillent en collaboration avec d'autres professionnels de santé ainsi qu'avec le support social du patient (Laguesse et al. 2019). En 2016, 7 340 patients ont été orientés vers les équipes mobiles 2A, ce qui a permis la prise en charge de 6 738 patients ; les

équipes mobiles 2B ont quant à elles été contactées 3 272 fois, ce qui a permis la prise en charge de 2 124 nouveaux patients (Laguesse et al. 2019).

Au travers des cinq fonctions qu'il est censé assurer, le modèle de réseau de santé mentale permet une meilleure collaboration entre le secteur hospitalier et les services communautaires afin de pouvoir proposer aux utilisateurs des interventions adaptées à leurs besoins tout en les maintenant le plus possible au sein de leurs milieux de vie (Guide, 2010 ; Nicaise et al. 2014). En permettant aux professionnels de la santé mentale de collaborer avec d'autres professionnels de santé, le réseau permet d'associer la première ligne aux soins de santé mentale et de rapprocher l'offre de soins de santé mentale des utilisateurs, pour la rendre plus accessible (Nathalis & Pieters, 2016). En effet, « l'intégration des soins de santé mentale dans la première ligne améliore l'accessibilité, réduit la stigmatisation et la discrimination et diminue le risque de recours à des mesures restrictives » (Nathalis & Pieters, 2016). Cette même idée est également présente dans le Guide de la réforme : « l'organisation d'une première ligne à bas seuil facilitera l'accès aux soins de santé mentale, encore trop souvent vécus comme stigmatisants » (2010).

Il est vrai que l'accessibilité des soins de santé mentale ne faisait pas partie des objectifs principaux de la réforme 107. Mais en associant les soins de santé mentale à la première ligne, la réforme les rend plus faciles d'accès. De plus, les équipes mobiles, qui sont la grande nouveauté de cette réforme, ont comme mandat de permettre aux personnes d'accéder plus rapidement aux soins de santé mentale au sein de leur milieu de vie. On peut donc dire que la réforme Article 107 est censée avoir eu un impact positif sur l'accessibilité des soins de santé mentale. Dès lors, on peut supposer que la réforme Article 107 améliore le recours aux soins de santé mentale. En effet, au niveau du système de santé, le recours aux soins peut être amélioré par une bonne accessibilité des soins et par une diversité des services disponibles (Wyngaerden, 2021).

III. Problématique et questions de recherche

Tout au long de cette revue de la littérature, nous avons vu que la prévalence des troubles mentaux et de la détresse psychologique est importante : en 2013, environ un cinquième de la population belge souffrait de troubles mentaux et un tiers souffrait de détresse psychologique. Pour soigner ces troubles, différents types de services de santé mentale existent (première ligne, services communautaires, services résidentiels, etc.) mais toutes les personnes souffrant de détresse psychologique et/ou de troubles mentaux ne recourent pas à ces services. Différents facteurs peuvent expliquer cette décision de non-recours : les caractéristiques individuelles (sexe, origine, âge, sévérité des troubles), les barrières à l'utilisation (l'offre de services, les dépenses occasionnées par les soins, l'acceptabilité des troubles mentaux), ainsi que le support social. Différentes solutions permettant d'améliorer le recours aux services de santé mentale ont été identifiées. Parmi elles, on retrouve la collaboration entre les différents professionnels de santé ainsi que les équipes mobiles qui fournissent des soins au sein même de la communauté. La réforme des soins de santé mentale intervient justement à ces deux niveaux. D'une part, cette réforme a permis la création de réseaux de services encourageant la collaboration entre le secteur hospitalier et les différents services communautaires, et ce afin d'offrir aux usagers des soins continus en santé mentale. En permettant la collaboration entre différents services (santé, santé mentale, services sociaux), la réforme 107 intègre les soins de santé mentale dans la première ligne et est donc censée les rendre plus accessibles. D'autre part, la réforme a permis la création d'équipes mobiles qui sont censées rendre les soins de santé mentale accessibles plus rapidement et au sein même du milieu de vie des personnes.

En améliorant l'accessibilité des soins de santé mentale par le renforcement de la collaboration entre les différents professionnels ainsi que par la création d'équipes mobiles, on peut supposer que la réforme Article 107 améliore le recours aux soins de santé mentale. Cependant, on sait que le recours aux soins de santé mentale diffère en fonction de plusieurs variables, notamment la sévérité de la maladie. Il serait donc intéressant d'étudier comment ces différences de recours ont évolué en Belgique depuis le lancement de la réforme Article 107. Certaines évaluations de la réforme ont mis en évidence que cette dernière avait plutôt bénéficié aux personnes souffrant de troubles mentaux sévères avec une intégration sociale intermédiaire, négligeant d'autres groupes de population. On peut dès lors se demander si la réforme Article 107 a permis d'améliorer le recours aux soins de santé mentale uniquement pour les personnes souffrant de troubles mentaux sévères.

Nous avons mentionné précédemment que la population vue comme bénéficiaire prioritaire par les services implémentant la réforme Article 107 était surtout prise en charge par deux types de services : les hôpitaux psychiatriques et les équipes mobiles. Etant donné que les équipes mobiles sont des services nouvellement créés par la réforme, qu'elles incarnent une nouvelle manière d'apporter des soins de santé mentale, qu'elles sont une des solutions permettant d'améliorer le recours des usagers aux soins de santé mentale et qu'elles prennent en charge les principaux bénéficiaires de la réforme, on peut se demander en quoi ces équipes mobiles permettent un meilleur recours aux soins de santé mentale.

La partie pratique de ce mémoire sera donc divisée en deux parties, chacune répondant à une question de recherche qui lui est propre. La première partie, quantitative, étudiera l'évolution des différences de recours aux soins de santé mentale en Belgique en fonction de la sévérité de la maladie. La deuxième partie, qualitative, permettra de mettre en évidence en quoi les équipes mobiles d'un réseau de santé mentale améliorent le recours aux soins de santé mentale en Belgique.

IV. Matériel et méthodes

A. Volet quantitatif

Cette partie permettra de répondre à la question de recherche suivante : comment ont évolué les différences de recours aux services de santé mentale en Belgique depuis la réforme Article 107 en fonction de la sévérité de la maladie ?

1. Données utilisées : l'enquête HIS

Les données utilisées sont les données de l'enquête de santé belge par interview (HIS). Depuis 1997, la Direction Scientifique Epidémiologie et santé publique de l'Institut Scientifique de Santé Publique, rebaptisé Sciensano en 2018, réalise des enquêtes de santé tous les trois à cinq ans afin d'évaluer l'état de santé général des Belges. L'enquête de santé traite de plusieurs domaines : l'état de santé et le bien-être, les comportements de santé et le style de vie, l'utilisation des services de santé et des services sociaux, l'environnement physique et social, la prévention.

Depuis le lancement de ces enquêtes de santé belges en 1997, il y en a eu six : en 1997, 2001, 2004, 2008, 2013 et 2018. Ces enquêtes ciblent toutes les personnes résidant en Belgique, à l'exception des personnes vivant au sein de prisons, de communautés religieuses et d'institutions. Jusqu'en 2013, le nombre d'interviews menées lors de l'enquête de santé belge était de 10 000 (3 500 en Flandre, 3 500 en Wallonie (dont 300 pour la communauté germanophone), et 3 000 en région bruxelloise). En 2018, le nombre d'interviews menées était de 11 300 (4 200 en Flandre, 4 100 en Wallonie (dont 900 pour la communauté germanophone), et 3 000 en région bruxelloise).

Les informations obtenues lors de l'enquête de santé belge sont des informations subjectives. En effet, des questions sont posées aux répondants via deux types de questionnaires standardisés : un questionnaire en face-à-face avec un interviewer (sous forme de *computer-assisted personal interview* (CAPI)) et un questionnaire auto-administré (sous forme de *paper and pencil interview* (PAPI)). Les questionnaires sont disponibles en français, néerlandais, allemand et anglais, mais il est également possible d'utiliser un traducteur si le répondant ne parle aucune de ces langues.

Utiliser les données HIS est intéressant pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'enquête HIS contient le General Health Questionnaire, ce qui permet d'avoir les scores GHQ-12 des répondants, un indicateur de la sévérité de la maladie. De plus, l'enquête contient plusieurs variables de recours aux soins, dont certaines sont spécifiques à la santé mentale. Ensuite,

l'enquête HIS étant réalisée régulièrement, cela permet de comparer les données dans le temps. Par conséquent, utiliser ces données permettra de comparer l'évolution des différentes variables de recours aux soins de santé mentale en fonction de la sévérité de la maladie.

2. Opérationnalisation dans le cadre de ce mémoire

a) *Choix des éditions*

La réforme Article 107 ayant été lancée en 2010, je vais utiliser les données des enquêtes de santé belge de 2008, 2013 et 2018. Cela me permettra d'avoir des données avant la réforme, trois ans après la réforme, et huit ans après la réforme.

b) *Choix des indicateurs*

Sur base du code-book de l'enquête de santé belge de 2018, différents indicateurs ont été sélectionnés afin de répondre à la question de recherche.

Concernant le recours aux services de santé mentale, les indicateurs suivants ont été sélectionnés :

- GP02_1 : contact avec un médecin généraliste durant les douze derniers mois ;
- PM03_1 : contact avec un psychologue, psychothérapeute ou psychiatre durant les douze derniers mois ;
- MH_2 : professionnel de santé consulté pour une dépression durant les douze derniers mois ;
- MH_3 : utilisation de médicaments pour une dépression durant les douze derniers mois ;
- MH_4 : recours à la psychothérapie pour une dépression au cours des douze derniers mois ;
- MH_5 : utilisation de sédatifs (somnifères/tranquillisants) durant les deux dernières semaines ;
- MH_6 : utilisation d'antidépresseurs durant les deux dernières semaines.

Concernant la sévérité de la maladie, nous avons identifié précédemment trois profils différents : les personnes ne souffrant pas de troubles mentaux (avec un score GHQ-12 inférieur à 4), les personnes souffrant de troubles mentaux modérés (avec un score GHQ-12 compris entre 4 et 7), et les personnes souffrant de troubles mentaux sévères (avec un score GHQ-12 égal ou supérieur à 8). Afin de pouvoir comparer ces trois catégories de personnes, l'indicateur suivant a été sélectionné :

- WB_1 : score de détresse psychologique (GHQ-12).

c) Hypothèses

Etant donné que la réforme est censée améliorer l'accessibilité des soins de santé mentale, et que l'accessibilité des soins influence le recours aux soins, on peut s'attendre à voir une amélioration du recours aux soins de santé mentale entre 2008 et 2018. Cependant, cette amélioration risque de ne pas être la même en fonction de la sévérité de la maladie. En effet, alors qu'aucun public cible n'avait été défini dans le guide de la réforme, certaines études ont mis en évidence que dans la pratique, les personnes vues comme bénéficiaires prioritaires de la réforme étaient les personnes avec des troubles mentaux sévères. On peut donc s'attendre à ce que l'amélioration du recours aux soins de santé mentale soit plus importante pour les personnes avec des troubles mentaux sévères que pour les personnes avec des troubles mentaux modérés ou sans trouble mental.

Les différents indicateurs de recours sélectionnés sont de nature différente. Il s'agit soit d'indicateurs de recours à un professionnel de la santé, spécialisé ou non en santé mentale (GP02_1, PM03_1, MH_2), soit d'indicateur de recours à des séances de psychothérapie (MH_4), soit d'indicateurs de recours à la médication (MH_3, MH_5, MH_6). Au cours du temps, on peut donc s'attendre à observer une plus grande proportion de personnes avec des troubles mentaux sévères qui ont des contacts avec des professionnels de la santé, qui ont recours à de la psychothérapie et qui consomment des médicaments, par rapport aux personnes avec des troubles mentaux modérés ou sans trouble mental. La seule exception serait l'utilisation de sédatifs-hypnotiques : on peut s'attendre à ce que la proportion de personnes consommant ce type de psychotrope diminue. En effet, ces dernières années, des politiques de santé ont été mises en œuvre dans différents pays afin de réduire la consommation de sédatifs-hypnotiques : des campagnes de sensibilisation visant à réduire l'utilisation de sédatifs-hypnotiques au Danemark, des campagnes encourageant le recours à des thérapies non-pharmaceutiques pour traiter l'insomnie en Australie, la surveillance des patients sous benzodiazépines en Australie ou aux Etats-Unis, etc. (Shaw et al., 2019). Parmi les sédatifs-hypnotiques les plus prescrits, on retrouve les benzodiazépines, parfois même prescrits au-delà des conditions garantissant leur efficacité : les benzodiazépines doivent être utilisées sur une période allant de 4 à 6 semaines, pour des troubles anxieux ou des troubles insomniaques avec des symptômes continus, n'ayant pas été améliorés par d'autres formes de traitement comme la psychothérapie, la méditation, etc. (Guina & Merrill, 2017). Malgré ces recommandations quant à leur efficacité, les benzodiazépines sont fréquemment prescrites à long-terme, sans que

d'autres alternatives n'aient été envisagées (Guina & Merrill, 2017). Ces médicaments ont pourtant d'importants effets secondaires physiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux : chutes, fractures, fatigue, colère, anxiété, insomnie, dépendance, etc. (Guina & Merrill, 2017). De plus, la psychothérapie est le gold-standard pour soigner l'anxiété, et le traitement le plus efficace contre les troubles insomniaques est la thérapie cognitivo-comportementale (Guina & Merril, 2017 ; Sweetman et al., 2020). D'autres alternatives devraient donc être envisagées avant une prescription de benzodiazépines, et c'est pourquoi on peut espérer une diminution de l'utilisation de sédatifs-hypnotiques.

Depuis le lancement de la réforme Article 107 en 2010, on peut donc s'attendre à une augmentation plus importante du recours aux professionnels de la santé, du recours à la psychothérapie et du recours aux médicaments chez les personnes avec des troubles mentaux sévères par rapport aux personnes avec des troubles mentaux modérés ou sans trouble mental. Une exception est le recours aux sédatifs-hypnotiques, pour lesquels on peut s'attendre à une diminution de la consommation.

3. Choix du logiciel et des méthodes statistiques

Avant de commencer l'analyse statistique, il a fallu sélectionner certaines observations. Premièrement, les personnes n'ayant pas participé à l'enquête ont dû être exclues de l'analyse statistique. En effet, uniquement quatre personnes au sein des ménages sélectionnés peuvent participer à l'enquête, mais tous les membres du ménage font partie des données de l'enquête. Afin de diminuer le nombre de non-réponses, il est nécessaire de sélectionner uniquement les personnes ayant effectivement participé à l'enquête. Deuxièmement, les personnes de moins de quinze ans ont également été exclues de l'analyse afin de diminuer la quantité de non-réponses. En effet, on s'intéresse au recours aux soins de santé mentale en fonction de la sévérité de la maladie, mais le score GHQ-12 qui permet de classifier les individus selon la sévérité de la maladie mentale n'est calculé que pour les personnes âgées de plus de 15 ans. Troisièmement, étant donné que le General Health Questionnaire fait partie du questionnaire auto-administré, seules les données des répondants pour lesquels ce questionnaire était demandé et disponible ont été retenues.

Les données HIS comprennent deux types de valeurs manquantes : -1 pour les non-réponses et -3 pour les réponses non-applicables. Ces deux modalités de réponses ont été définies comme valeurs manquantes dans SPSS.

Afin de réaliser les analyses statistiques, les données ont été pondérées en fonction de la variable de pondération pour les individus.

Etant donné que les indicateurs de recours sélectionnés sont des variables binaires, et que le score GHQ-12 a été recodé en trois catégories, les variables d'intérêt sont des variables catégorielles. Comme on s'intéresse à l'association entre des variables catégorielles, des tests de chi-carré d'association ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS, à un seuil de signification alpha de 0.05. Avant de réaliser les analyses du chi-carré d'association, des analyses statistiques descriptives ont été réalisées afin de décrire les caractéristiques des échantillons.

B. Volet qualitatif

Cette partie permettra d'explorer en quoi les équipes mobiles d'un réseau de santé mentale permettent d'améliorer le recours aux soins de santé mentale au sein de ce réseau.

1. Données utilisées

Dans le cadre de l'option *Community Mental Health* de ce master en santé publique, j'ai eu l'occasion de réaliser un stage d'observation de 60 heures au sein des équipes mobiles du Centre Régional Psychiatrique (CRP) Les Marronniers à Tournai : 40 heures au sein de l'équipe mobile en soins assertifs (EMSA), et 20 heures au sein de l'équipe mobile en soins intensifs (EMSI). Durant ce stage, j'ai pu assister à des entretiens de soutien avec des usagers, accompagner les membres de l'équipe lors de visites au domicile des usagers, assister à des débriefings et réunions d'équipe. J'ai également eu l'occasion de réaliser quelques entretiens avec certains membres de l'équipe afin d'avoir plus d'informations sur leur manière de travailler, les avantages des équipes mobiles, etc. Ce volet qualitatif, conformément au cahier des charges du cours WFSP2283, est intégré dans ce mémoire.

2. Opérationnalisation dans le cadre de ce mémoire

Les résultats de cette partie qualitative se basent sur l'observation des pratiques des équipes mobiles du CRP Les Marronniers, sur les derniers rapports d'activités fournis par les cheffes infirmières de chacune des équipes, et sur trois entretiens avec des membres des équipes mobiles.

Le terrain d'observation est donc composé des deux équipes mobiles (EMSA et EMSI) du CRP Les Marronniers, qui sont les équipes mobiles du réseau de santé mentale appelé « Réseau Partenaires 107 ». Il s'agissait d'une observation non-participante à découvert, étant donné que je ne suis pas intervenue dans la pratique des équipes mobiles et que je me suis présentée en tant que stagiaire aux membres des équipes mobiles ainsi qu'aux usagers.

Les trois entretiens (deux individuels et un avec deux membres de l'équipe en même temps) que j'ai eu l'occasion de réaliser durant ce stage sont des entretiens semi-directifs. Le guide d'entretien (en annexe) couvre les thèmes suivants : les missions de l'équipe mobile, le lien avec les autres services de santé, les avantages de l'équipe mobile, etc. Etant donné que je voulais en apprendre davantage sur les pratiques des équipes mobiles, le seul critère d'inclusion dans l'échantillonnage était d'être un membre des équipes mobiles EMSI ou EMSA. L'échantillon obtenu est un échantillon de convenance : les entretiens ont été réalisés lorsque certains membres des équipes mobiles présents ces jours-là avaient du temps à m'accorder,

lorsque j'étais moi-même disponible (lorsque je n'assistais pas à un entretien avec un usager, lorsque je n'allais pas en visite à domicile, etc.). Au final, j'ai réalisé un entretien avec un éducateur, un entretien avec une assistante sociale, et un entretien avec une infirmière et un éducateur en même temps. Malgré le petit nombre d'entretiens réalisés, cela permet tout de même de refléter une certaine diversité des points de vue au sein des équipes mobiles. Les entretiens ont été enregistrés, et l'anonymat des répondants est garanti. Ces entretiens se sont déroulés de manière assez informelle, au sein des bureaux des équipes mobiles.

Le matériau obtenu suite aux observations et entretiens a été découpé en unités d'analyse. Ces unités d'analyse correspondent à des éléments précédemment identifiés dans la revue de la littérature. En effet, au cours de celle-ci, les différentes barrières à l'utilisation ainsi que le support social ont été identifiés comme des éléments influençant le recours aux soins de santé mentale. L'idée est donc d'identifier parmi les résultats sur quels éléments les équipes mobiles ont un impact et sur quels éléments elles jouent pour pouvoir améliorer le recours aux soins de santé mentale.

V. Résultats

A. Volet quantitatif

Commençons par décrire les caractéristiques socio-économiques des échantillons des différentes éditions de l'enquête HIS auxquelles on s'intéresse. Ces informations sont présentées dans le tableau 2. Le plus petit échantillon est celui de 2013, et le plus grand celui de 2018. De manière générale, la constitution de l'échantillon reste plus ou moins la même pour les trois années étudiées : il y a plus de femmes que d'hommes, la catégorie d'âge la moins représentée est celle des 15-24 ans alors que la plus représentée est celle des 45-64 ans, les personnes nées en Belgique sont largement majoritaires, le niveau d'éducation le moins représenté est le niveau primaire et le plus représenté est le niveau supérieur, le niveau de revenu le plus représenté est le celui du 5^{ème} quintile. Cependant, on peut noter quelques différences : entre 2008 et 2018, le niveau d'éducation primaire est de moins en moins représenté alors que le niveau d'éducation supérieur l'est de plus en plus ; le 4^{ème} quintile de revenu était le moins représenté en 2008 alors que depuis 2013, il est le 2^{ème} quintile le plus représenté. Il faut toutefois mentionner le nombre plus important de valeurs manquantes pour la variable du revenu par rapport aux autres.

Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon			
	2008	2013	2018
	%	%	%
1. Sexe			
	N valide = 8 283	N valide = 7 326	N valide = 8 836
Hommes	47.5%	47.5%	48.0%
Femmes	52.5%	52.5%	52.0%
	*0 manquant (0.0%)	*0 manquants (0.0%)	*0 manquants (0.0%)
2. Âge			
	N valide = 8 283	N valide = 7 326	N valide = 8 836
15-24 ans	12.1%	10.8%	11.3%
25-44 ans	33.9%	32.0%	30.9%
45-64 ans	34.0%	34.9%	35.0%
65 ans et +	19.9%	22.3%	22.9%
	*0 manquant (0.0%)	*0 manquants (0.0%)	*0 manquants (0.0%)
3. Pays de naissance			
	N valide = 8 240	N valide = 7 325	N valide = 8 829
Belgique	89.0%	87.7%	84.9%
UE hors Belgique	5.9%	5.6%	6.3%
Hors UE	5.1%	6.8%	8.8%
	*43 manquants (0.5%)	*1 manquants (0.0%)	*7 manquants (0.1%)
4. Niveau d'éducation			
	N valide = 8 161	N valide = 7 261	N valide = 8 729
Primaire	10.8%	9.2%	5.6%
Secondaire inférieur	15.7%	13.4%	12.2%
Secondaire supérieur	33.5%	33.9%	32.8%
Supérieur	40.0%	43.6%	49.4%
	*122 manquants (1.5%)	*65 manquants (0.9%)	*107 manquants (1.2%)
5. Revenu			
	N valide = 6 757	N valide = 6 752	N valide = 7 680
1er quintile	18.1%	14.7%	11.7%
2ème quintile	17.4%	15.9%	14.5%
3ème quintile	20.3%	21.3%	19.2%
4ème quintile	18.0%	23.1%	25.0%
5ème quintile	26.2%	25.0%	29.4%
	*1 526 manquants (18.4%)	*574 manquants (7.8%)	*1 156 manquants (13.1%)

Tableau 2 - Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

Passons maintenant à la prévalence des troubles mentaux au sein des différents échantillons étudiés, présentée dans le tableau 3 ci-dessous. On observe que la prévalence des troubles mentaux a augmenté entre 2008 et 2013, pour ensuite se stabiliser ou diminuer légèrement en 2018. De manière générale, entre 2008 et 2018, on observe une augmentation statistiquement significative de la prévalence des troubles mentaux : de 9.6% à 11.4% pour les troubles mentaux modérés et de 4.3% à 6.3% pour les troubles mentaux sévères. Pour les trois années étudiées,

la proportion de personnes ne souffrant pas de troubles mentaux reste toujours supérieure à 80.0%. Il faut néanmoins garder à l'esprit que l'enquête de santé belge n'est pas faite pour mesurer la prévalence des troubles mentaux au sein de la population. Il s'agit d'une enquête sur la population générale belge, et on peut voir qu'entre 2008 et 2018, les proportions restent assez semblables.

Prévalence des troubles mentaux							
	2008		2013		2018		Chi-deux (p-valeur)
	%	IC à 95%	%	IC à 95%	%	IC à 95%	
Score GHQ-12							
	N valide = 8 283		N valide = 7 191		N valide = 8 640		
Pas de TM	86.1%	[85.3;86.8]	82.1%	[81.2;82.9]	82.3%	[81.4;83.1]	64.3 (0.000)
TM modéré	9.6%	[8.9;10.2]	11.4%	[10.6;12.1]	11.4%	[10.7;12.0]	
TM sévère	4.3%	[3.8;4.7]	6.5%	[5.0;7.0]	6.3%	[5.7;6.8]	
	*141 manquants (1.7%)		*135 manquants (1.8%)		*196 manquants (2.2%)		

Tableau 3 - Prévalence des troubles mentaux

Passons maintenant à l'évolution des différentes variables de recours aux soins de santé mentale entre 2008 et 2018. Celles-ci sont présentées dans le tableau 4 ci-dessous. Les changements observés sont tous statistiquement significatifs. Le pourcentage de personnes ayant eu un contact avec un médecin généraliste durant les douze derniers mois a augmenté entre 2008 et 2018 (de 80.6% à 85.3%). Le pourcentage de personnes ayant utilisé des sédatifs au cours des deux dernières semaines diminue légèrement depuis 2008 : 14.1% en 2008, 13.5% en 2013, 12.1% en 2018. Pour l'utilisation d'anti-dépresseurs au cours des deux dernières semaines, on observe une augmentation entre 2008 et 2013 (5.7% à 7.9%), puis une légère diminution en 2018 (7.7%). On peut également noter que l'utilisation de sédatifs est plus fréquente que l'utilisation d'anti-dépresseurs. Concernant la visite chez un psychologue/psychothérapeute/psychiatre durant les douze derniers mois, il n'est pas possible de constater une évolution étant donné que cette variable n'est disponible que pour l'année 2018. Pour cette année-là, 9.7% des répondants ont eu une visite chez un psychologue, psychothérapeute ou psychiatre.

Si l'on s'intéresse maintenant aux personnes ayant déclaré une dépression au cours des douze derniers mois, le pourcentage d'entre elles ayant consulté un professionnel de santé ou ayant utilisé des médicaments pour cette dépression diminue de manière importante : pour la consultation d'un professionnel de santé on est passé de 88.2% en 2008 à 80.8% en 2013 et à 79.9% en 2018, et pour l'utilisation de médicaments on est passé de 80.8% en 2008 à 72.5% en

2013 et à 66.1% en 2018. Par contre, le pourcentage de personnes ayant eu recours à de la psychothérapie pour leur dépression a fortement diminué entre 2008 et 2013 (de 40.3% à 30.0%) avant de connaître une augmentation importante en 2018 (43.6%).

Evolution des variables de recours aux soins de santé mentale							
	2008		2013		2018		Chi-deux (p-valeur)
	%	IC à 95%	%	IC à 95%	%	IC à 95%	
1. Contact avec un MG durant les 12 derniers mois							
	N valide = 8 230		N valide = 7 326		N valide = 8 836		
Oui	80.6%	[79.7;81.4]	81.6%	[80.7;82.4]	85.3%	[84.5;86.0]	72.7 (0.000)
Non	19.4%	[18.5;20.2]	18.4%	[17.5;19.2]	14.7%	[13.9;15.4]	
	*53 manquants (0.6%)		*0 manquants (0.0%)		*0 manquants (0.0%)		
2. Utilisation de sédatifs durant les 2 dernières semaines							
	N valide = 8 281		N valide = 7 326		N valide = 8 830		
Oui	14.1%	[13.3;14.8]	13.5%	[12.7;14.2]	12.1%	[11.4;12.7]	13.9 (0.001)
Non	85.9%	[85.1;86.6]	86.5%	[85.7;87.2]	87.9%	[87.2;88.5]	
	*2 manquants (0.0%)		*0 manquants (0.0%)		*6 manquants (0.1%)		
3. Utilisation d'anti-dépresseurs durant les 2 dernières semaines							
	N valide = 8 262		N valide = 7 326		N valide = 8 832		
Oui	5.7%	[5.2;6.1]	7.9%	[7.2;8.5]	7.7%	[7.4;7.9]	34.6 (0.000)
Non	94.3%	[93.8;94.7]	92.1%	[91.4;92.7]	92.3%	[92.0;92.5]	
	*21 manquants (0.3%)		*0 manquants (0.0%)		*4 manquants (0.0%)		
4. Visite chez un psychologue / psychothérapeute / psychiatre durant les 12 derniers mois							
					N valide = 8 834		
Oui	/	/	/	/	9.7%	[9.0;10.3]	/
Non	/	/	/	/	90.3%	[89.6;90.9]	
	/		/		*2 manquants (0.0%)		
5. Professionnel de santé consulté pour la dépression durant les 12 derniers mois							
	N valide = 476		N valide = 494		N valide = 664		
Oui	88.2%	[85.4;90.9]	80.8%	[77.4;84.2]	79.9%	[76.9;82.8]	14.7 (0.001)
Non	11.8%	[9.0;14.5]	19.2%	[15.8;22.6]	20.1%	[17.1;23.0]	
	*7 807 manquants (94.3%)		*6 832 manquants (93.3%)		*8 172 manquants (92.5%)		
6. Utilisation de médicaments pour la dépression durant les 12 derniers mois							
	N valide = 380		N valide = 492		N valide = 664		
Oui	80.8%	[76.9;84.7]	72.5%	[68.6;76.4]	66.1%	[62.6;69.6]	24.9 (0.000)
Non	19.2%	[15.3;23.1]	27.5%	[23.6;31.4]	33.9%	[30.4;37.4]	
	*7 903 manquants (95.4%)		*6 834 manquants (93.3%)		*8 172 manquants (92.5%)		
7. Utilisation de la psychothérapie pour la dépression durant les 12 derniers mois							
	N valide = 378		N valide = 494		N valide = 664		
Oui	40.3%	[35.4;45.2]	30.0%	[26.1;33.9]	43.6%	[39.9;47.3]	23.2 (0.000)
Non	59.7%	[54.8;64.6]	70.0%	[66.1;73.9]	56.4%	[52.7;60.1]	
	*7 905 manquants (95.4%)		*6 832 manquants (93.3%)		*8172 manquants (92.5%)		

Tableau 4 - Evolution des variables de recours aux soins de santé mentale

Passons maintenant à l'évolution des associations entre les variables de recours aux soins de santé mentale et la sévérité de la symptomatologie mesurée par le GHQ-12. Ces associations sont présentées dans le tableau 5 ci-dessous.

Le contact avec un médecin généraliste durant les douze derniers mois est associé significativement à la sévérité de la maladie en 2008, 2013 et 2018. On observe que les personnes avec un trouble mental sévère sont celles dont la plus grande proportion a eu un contact avec un médecin généraliste, et ce pour toutes les années étudiées. En deuxième position viennent les personnes avec un trouble mental modéré. Les différences entre les catégories de sévérité de la maladie sont plus ou moins les mêmes depuis 2008. Entre 2008 et 2018, le recours au médecin généraliste a augmenté pour les trois catégories. Cependant, pour les personnes aux troubles mentaux modérés, le recours au médecin généraliste a d'abord légèrement diminué entre 2008 et 2013, puis a augmenté en 2018. D'après la dernière édition de l'enquête HIS de 2018, 83.9% des personnes sans trouble mental ont recouru au médecin généraliste au cours des douze derniers mois. Ce chiffre monte à 91.1% pour les personnes avec un trouble mental modéré, et à 93.9% pour les personnes avec un trouble mental sévère.

L'association entre l'utilisation de sédatifs ou d'antidépresseurs au cours des deux dernières semaines et la sévérité de la maladie est statistiquement significative pour toutes les années étudiées. L'utilisation de sédatifs chez les personnes sans trouble mental a diminué entre 2008 et 2018, alors que chez les personnes ayant des troubles mentaux modérés ou sévères elle a diminué entre 2008 et 2013 puis légèrement augmenté entre 2013 et 2018, tout en restant inférieure à celle de 2008. Les personnes avec des troubles mentaux sévères sont celles qui utilisent le plus de sédatifs, suivies par celles avec des troubles mentaux modérés, et puis par celles sans trouble mental. En 2018, 36.5% des personnes avec un trouble mental sévère ont utilisé des sédatifs, contre 21.1% pour les personnes avec un trouble mental modéré, et 9.0% pour celles sans trouble mental. L'utilisation d'antidépresseurs a quant à elle augmenté entre 2008 et 2018 pour les trois sous-groupes. Cependant, depuis 2013, on peut observer une diminution de la consommation d'anti-dépresseurs chez les personnes sans trouble mental et avec des troubles mentaux modérés, mais pas chez les personnes souffrant de troubles mentaux sévères. Depuis 2008, les personnes qui utilisent le plus d'anti-dépresseurs sont les personnes avec un trouble mental sévère, puis les personnes avec un trouble mental modéré, et enfin les personnes ne souffrant pas de trouble mental. En 2018, 33.1% des personnes avec un trouble mental sévère ont utilisé des anti-dépresseurs, contre 14.8% des personnes avec un trouble mental modéré, et 4.7% pour les personnes sans trouble mental. On peut observer que le chi-

deux augmente avec le temps : le lien entre la sévérité de la maladie et l'utilisation d'anti-dépresseurs s'est donc amélioré depuis 2008.

L'association entre la sévérité de la maladie et une visite chez le psychologue/psychiatre/psychothérapeute est statistiquement significative en 2018, seule année pour laquelle cette variable est disponible. La proportion de personnes ayant eu une visite chez le psychologue, le psychiatre ou un psychothérapeute augmente fortement avec la sévérité de la maladie : 6.0% pour les personnes sans trouble mental, 23.1% pour les personnes avec un trouble mental modéré, et 35.7% pour les personnes avec un trouble mental sévère.

Concentrons-nous maintenant sur les personnes ayant déclaré une dépression au cours des douze derniers mois. L'association entre la consultation d'un professionnel de santé pour cette dépression et la sévérité de la maladie mentale n'est pas significative pour l'année 2008. Entre 2013 et 2018, la proportion de personnes ayant consulté un professionnel de santé pour leur dépression diminue légèrement pour les personnes ne souffrant pas de trouble mental ou souffrant de troubles mentaux sévères, mais augmente légèrement pour les personnes souffrant de troubles mentaux modérés. Les personnes avec des troubles mentaux sévères restent cependant celles qui consultent le plus un professionnel de santé pour leur dépression, suivies des personnes avec des troubles mentaux modérés et des personnes sans trouble mental. On peut dire qu'en 2013 et en 2018, la grande majorité des personnes ayant eu une dépression a consulté un professionnel de santé pour cette dépression, et ce dans les trois sous-catégories. En 2018, 74.4% des personnes sans trouble mental ont consulté un professionnel de santé pour leur dépression, 79.3% pour les personnes avec des troubles mentaux modérés, et 85.4% pour les personnes avec des troubles mentaux sévères. Concernant l'association entre la consommation de médicaments pour la dépression et la sévérité de la maladie mentale, elle n'est statistiquement significative que pour l'année 2008. Cette année-là, ce sont les personnes sans trouble mental qui ont le plus consommé de médicaments pour leur dépression, suivi des personnes souffrant de troubles mentaux sévères, et puis des personnes souffrant de troubles mentaux modérés. Concernant le recours à la psychothérapie pour la dépression, il est significativement associé à la sévérité de la maladie mentale en 2008 et 2018, mais pas en 2013. Entre 2008 et 2018, la proportion de personnes ayant recouru à de la psychothérapie pour leur dépression a diminué pour les personnes ne souffrant pas de trouble mental et souffrant de troubles mentaux modérés, mais a augmenté pour les personnes souffrant de troubles mentaux sévères. En 2008, ce sont les personnes avec des troubles mentaux modérés qui ont le plus recouru à de la psychothérapie pour leur dépression, alors qu'en 2018 ce sont les personnes

avec des troubles mentaux sévères. En 2018, la proportion de personnes ayant eu recours à de la psychothérapie pour leur dépression était de 32.7% pour les personnes sans trouble mental, 43.4% pour les personnes avec des troubles mentaux modérés, et 53.4% pour les personnes avec des troubles mentaux sévères.

Associations statistiques entre les variables de recours et la sévérité de la symptomatologie						
	2008		2013		2018	
	%	Chi-deux (p-valeur)	%	Chi-deux (p-valeur)	%	Chi-deux (p-valeur)
1. Contact avec un MG durant les 12 derniers mois						
	N valide = 8 089		N valide = 7 191		N valide = 8 640	
Pas de TM	79.1%	61.7 (0.000)	79.9%	62.9 (0.000)	83.9%	69.5 (0.000)
TM modéré	87.7%		87.5%		91.1%	
TM sévère	91.6%		91.9%		93.9%	
2. Utilisation de sédatifs durant les 2 dernières semaines						
	N valide = 8 141		N valide = 7 190		N valide = 8 633	
Pas de TM	11.1%	383.5 (0.000)	10.6%	274.9 (0.000)	9.0%	438.2 (0.000)
TM modéré	27.2%		20.9%		21.1%	
TM sévère	41.5%		35.3%		36.5%	
3. Utilisation d'anti-dépresseurs durant les 2 dernières semaines						
	N valide = 8 120		N valide = 7 191		N valide = 8 636	
Pas de TM	3.8%	434.6 (0.000)	5.0%	482.3 (0.000)	4.7%	656.4 (0.000)
TM modéré	12.2%		15.1%		14.8%	
TM sévère	28.2%		31.4%		33.1%	
4. Visite chez un psychologue / psychothérapeute / psychiatre durant les 12 derniers mois						
					N valide = 8 637	
Pas de TM	/	/	/	/	6.0%	731.1 (0.000)
TM modéré	/	/	/	/	23.1%	
TM sévère	/	/	/	/	35.7%	
5. Professionnel de santé consulté pour la dépression durant les 12 derniers mois						
	N valide = 470		N valide = 490		N valide = 645	
Pas de TM	88.4%	0.6 (0.720)	75.7%	7.0 (0.029)	74.4%	8.6 (0.013)
TM modéré	86.0%		78.9%		79.3%	
TM sévère	89.3%		86.5%		85.4%	
6. Utilisation de médicaments pour la dépression durant les 12 derniers mois						
	N valide = 374		N valide = 485		N valide = 645	
Pas de TM	85.1%	7.3 (0.025)	67.8%	4.4 (0.107)	62.6%	2.2 (0.327)
TM modéré	71.4%		78.7%		67.0%	
TM sévère	81.1%		73.4%		69.1%	
7. Utilisation de la psychothérapie pour la dépression durant les 12 derniers mois						
	N valide = 372		N valide = 489		N valide = 647	
Pas de TM	33.0%	9.1 (0.010)	26.0%	5.9 (0.051)	32.7%	19.9 (0.000)
TM modéré	48.9%		26.8%		43.4%	
TM sévère	47.7%		36.8%		53.4%	

Tableau 5 - Associations statistiques entre les variables de recours et la sévérité de la symptomatologie

B. Volet qualitatif

1. Les équipes mobiles

Les équipes mobiles du Réseau Partenaires 107 ont été créées en 2011, suite à la réforme des soins de santé mentale. Ce sont des équipes pluridisciplinaires composées d'infirmiers (spécialisés en psychiatrie ou non), d'éducateurs, d'assistants sociaux, de psychologues, de psychiatres et d'un ergothérapeute qui prennent en charge les usagers âgés de 18 à 65 ans au sein de leur milieu de vie. Elles couvrent le territoire de Tournai, Mouscron et Comines (territoire de 650 km² couvrant 190 000 personnes). Les équipes mobiles interviennent à la demande de l'utilisateur lui-même, d'un proche ou d'un autre professionnel du secteur de la santé ou du secteur social. Les demandeurs introduisent les demandes de suivi par téléphone. Les deux équipes mobiles du CRP Les Marronniers ne prennent pas en charge les mêmes situations : l'équipe mobile de soins intensifs (EMSI, qui correspond à l'équipe de type 2a) intervient pour toute situation de crise psychiatrique, sortie d'hospitalisation ou sevrage, alors que l'équipe mobile de soins assertifs (EMSA, qui correspond à l'équipe de type 2b) intervient pour toute personne présentant une problématique psychiatrique et ayant difficilement accès aux soins pour des raisons médicales, familiales, psycho-sociales, ou de décompensation psychiatrique. Les critères de suivi par l'EMSI ou l'EMSA sont donc assez vagues, et la décision d'entamer ou non un suivi est prise au cas par cas, sur base de discussions au sein de l'équipe, en fonction des particularités de chaque situation.

Le premier contact avec les équipes mobiles se fait donc via leur permanence, également appelée « fil rouge ». Il s'agit d'une permanence psycho-sociale principalement téléphonique, organisée tous les jours de six heures à vingt-deux heures. La nuit, cette permanence est assurée par une unité de soins aigus du CRP Les Marronniers. Cette permanence a plusieurs rôles :

- C'est un premier contact avec un professionnel de la santé mentale qui permet d'introduire une demande de suivi par les équipes mobiles ;
- C'est un moyen de joindre un membre de l'équipe ou de prendre/déplacer/annuler un entretien pour les usagers en cours de suivi ;
- Elle permet de réorienter les demandes qui ne correspondent pas aux critères des équipes mobiles vers d'autres services plus adaptés (par exemple si l'utilisateur doit être hospitalisé car un suivi à domicile semble compliqué sur base des informations

données par le demandeur, ou bien si l'utilisateur veut juste rejoindre une association d'alcooliques anonymes mais ne sait pas où aller, etc.) ;

- Elle permet d'apporter des conseils à d'autres services membres du réseau de santé mentale.

Toute demande de suivi par les équipes mobiles passe donc par un premier entretien téléphonique avec ce « fil rouge », qui permet d'évaluer la situation problématique, les besoins de l'utilisateur, le réseau de services préexistant, etc. En fonction de la situation, la demande est dirigée soit vers l'EMSI, soit vers l'EMSA, soit elle est réorientée vers les services adéquats si elle n'entre pas dans le cadre d'un suivi intensif ou assertif.

Tous les suivis se font avec le consentement libre et éclairé de l'utilisateur, qui signe une convention avec l'équipe mobile au début du suivi, et dont les modalités ont été définies avec lui.

2. Les missions

L'EMSI est une équipe mobile qui intervient de manière intensive sur un laps de temps assez court, allant de 4 à 6 semaines. Cette équipe se déploie autour de deux grands axes : l'alternative à l'hospitalisation et l'accompagnement post-hospitalisation. D'une part, l'EMSI permet de gérer les situations de crise à domicile et donc d'éviter une hospitalisation en psychiatrie lorsque c'est possible. Dans ce cadre-là, un suivi par l'équipe intensive permet de mettre au point un traitement et d'en réaliser le suivi à domicile. Il est également possible de réaliser des sevrages médicamenteux ou alcooliques à domicile. D'autre part, l'EMSI accompagne les personnes fragilisées à la suite d'une hospitalisation psychiatrique dans la réintégration de leur milieu de vie. Dans ce cas, un suivi intensif permet de prévenir les rechutes, d'assurer la continuité des soins, la progression et le renforcement des acquis en hospitalisation, de soutenir les usagers au niveau des activités de la vie quotidienne et dans la (re)construction des liens avec leur réseau.

L'EMSA intervient sur un laps de temps plus long, allant de quelques mois à parfois plusieurs années. Cette équipe poursuit un objectif de réhabilitation, de rétablissement de l'utilisateur, en se basant sur son milieu de vie, ses motivations, ses ressources. Son rôle est donc d'aider l'utilisateur à développer des habiletés et à mettre en place les soutiens nécessaires pour que la personne fonctionne le mieux possible dans son environnement, avec le moins d'aide professionnelle possible.

Les deux équipes mobiles auront donc comme mission de mobiliser les ressources de l'utilisateur et de (re)construire un réseau autour de l'utilisateur qui soit tenable à long terme, composé de proches et de professionnels de différents secteurs : santé mentale, santé générale, social. Les relais vers lesquels sont orientés les usagers sont donc aussi des acteurs qui se trouvent hors du secteur de la santé mentale, afin d'ouvrir l'utilisateur à des possibilités plus larges. Les équipes mobiles jouent un rôle de soutien pour l'utilisateur, pour ses proches, et pour les différents intervenants membres du réseau.

Concrètement, les membres des équipes mobiles font des visites à domicile, organisent des entretiens de soutien dans leurs bureaux (plus fréquemment en raison des conditions sanitaires liées à la pandémie de Covid-19), organisent des activités proches du quotidien (séances de marche ou de vélo, aménagement du lieu de vie, etc.), accompagnent les usagers chez les différents professionnels de santé et professionnels du secteur social, rencontrent l'entourage de l'utilisateur (pour les aider à maintenir le lien avec l'utilisateur, à mieux identifier les signes de la crise etc.), participent à des concertations avec les membres du réseau.

On peut faire des liens entre ces deux équipes mobiles belges et des modèles étrangers d'équipes mobiles (Wyngaerden, 2021). L'EMSI s'inspire du modèle anglo-saxon des « Crisis Resolution and Home Treatment Teams », parfois plus simplement appelées les « Crisis Resolution Teams » (CRT). En effet, ces CRT évaluent les situations de crise et permettent lorsque c'est possible de gérer cette crise au sein du milieu de vie des usagers, en mettant en place le suivi du traitement ainsi que des visites fréquentes à domicile (Johnson, 2013). Ces équipes permettent également aux usagers de sortir d'une unité de soins aigus de manière anticipée, en les prenant en charge de manière intensive lorsqu'ils retournent chez eux, afin d'assurer une meilleure transition entre l'hôpital et le domicile (Johnson, 2013). Dans la pratique, l'EMSI a plusieurs points communs avec les CRT : le public cible est âgé de 18 à 25 ans, les équipes sont pluridisciplinaires, les visites à domicile sont organisées en fonction des besoins de l'utilisateur mais peuvent se faire jusqu'à deux fois par jour, les équipes organisent des partenariats avec les autres services existants afin d'intégrer les soins entre ces services pour les usagers, une vingtaine d'usagers sont pris en charge en même temps (Johnson, 2013). On peut cependant mettre en évidence certaines différences entre ces deux types d'équipes mobiles. Premièrement, alors que les CRT ont une fonction de gate-keeping, c'est-à-dire que toute situation de crise passe par ces équipes qui évaluent si la prise en charge à domicile est possible et qui renvoient la personne vers une hospitalisation si c'est nécessaire, l'EMSI n'a pas cette fonction de gate-keeping car toute situation de crise ne passe pas forcément par elle, certaines personnes se

faisant hospitaliser directement. Deuxièmement, alors que les CRT sont disponibles 24h/24, les membres de l'EMSI ne le sont pas. Cependant, un relais a été mis en place vers une unité de soins aigus pendant la nuit, ce qui permet aux personnes en situation de crise de pouvoir joindre quelqu'un à tout moment, même si ce n'est pas l'équipe mobile intensive. Troisièmement, la rapidité de la réponse est plus rapide au sein des CRT qu'au sein de l'EMSI : alors que les CRT peuvent répondre dans l'heure qui suit, la réponse de l'EMSI prend vingt-quatre à quarante-huit heures après la demande.

L'EMSA s'inspire quant à elle plutôt des modèles « Assertive Community Treatment » (ACT) ou « Flexible Assertive Community Treatment » (FACT). Ces modèles ACT et FACT sont des modèles de case-management qui permettent aux personnes qui en ont besoin d'accéder aux services adéquats, au moment opportun, aussi longtemps qu'il est nécessaire et de manière cohérente (Wyngaerden, 2021). Les équipes ACT prennent en charge des usagers avec de multiples besoins, en désinsertion sociale, qui ne sont pas pris en charge par les services habituels. Elles permettent un suivi plus intensif des usagers ainsi qu'un suivi dans la durée. Ce sont des équipes qui vont vers les usagers pour les soigner au sein même de leur milieu de vie, et qui les soutiennent dans toutes les sphères de la vie (emploi, logement, addictions, etc.) en fonction de leurs besoins individuels. Le modèle FACT permettra quant à lui un suivi moins intensif en général, mais avec la possibilité de proposer un suivi intensif comme les équipes ACT lorsque cela est nécessaire pour l'utilisateur. L'EMSA se situe entre ces deux modèles, étant donné que l'intensité du suivi dépendra des besoins de l'utilisateur pris en charge. Cependant, on peut noter une différence principale entre l'EMSA et les modèles ACT et FACT : alors que les modèles ACT et FACT sont les principaux dispensateurs de services afin d'assurer une cohérence entre les différents soins et accompagnement, l'EMSA a pour mission de créer un réseau autour de l'utilisateur ou de consolider le réseau existant de l'utilisateur, elle essaye de trouver les meilleurs relais pour que l'utilisateur puisse recourir aux services dont il a besoin quand il en a besoin, même lorsqu'il ne sera plus suivi par l'équipe mobile. Néanmoins, l'EMSA reste un prestataire pour l'utilisateur, car ce dernier reçoit du soutien psycho-social de l'équipe mobile tout au long du suivi.

3. Les processus de suivi

Les processus de suivi EMSI et EMSA suivent la même logique, les mêmes grandes étapes : l'enregistrement de la demande, l'analyse de la demande, l'accompagnement/prise en charge, et la fin de l'accompagnement/prise en charge. La demande est d'abord enregistrée par le « fil

rouge », puis transférée soit vers l'EMSI, soit vers l'EMSA si elle n'est pas directement réorientée. La demande sera analysée lors d'un débriefing afin d'évaluer si elle correspond bien aux critères. En EMSI, deux options sont possibles après le premier débriefing : soit la demande est réorientée si elle n'entre pas dans le cadre d'un suivi intensif, soit un entretien est prévu dans les 24 à 48h (cette réactivité permet d'apaiser la tension de l'utilisateur en situation de crise, l'EMSI intervient rapidement sans que ça ne soit de l'urgence). Le premier entretien permet d'évaluer la pertinence et la possibilité de mettre en place un suivi intensif. Parfois, un seul entretien n'est pas suffisant ; dans ce cas un ou plusieurs autres entretiens exploratoires sont menés. En fonction de ces entretiens, la demande peut encore être réorientée si nécessaire. En EMSA, il y a trois possibilités après le premier débriefing d'analyse de la demande : soit l'équipe réoriente la demande vers des services plus adéquats grâce à sa connaissance du réseau, soit un premier entretien est prévu car la demande entre dans le cadre de l'EMSA, soit la demande doit être approfondie en recontactant l'utilisateur et/ou son réseau existant. Après le premier entretien ou après avoir approfondi la demande, il est décidé soit d'entamer une prise en charge de l'utilisateur par l'EMSA, soit de réaliser des entretiens supplémentaires pour approfondir la demande si cela est nécessaire. Tout au long de cette étape, l'utilisateur peut être redirigé par l'EMSA vers d'autres services plus adéquats, mais il peut également décider de ne plus demander de suivi EMSA. Dès que l'équipe considère qu'un suivi intensif pour l'EMSI ou qu'un suivi assertif pour l'EMSA est nécessaire, la phase d'accompagnement (EMSI) ou de prise en charge (EMSA) peut commencer. En EMSI, l'accompagnement commence par la définition des objectifs et de la fréquence des visites. Au début, les visites sont fréquentes (une à deux fois par jour), puis elles s'espacent progressivement en fonction des besoins et attentes de l'utilisateur. Les visites à domicile sont organisées en binôme pour assurer la sécurité du suivi en temps de crise, pour permettre à l'utilisateur de rencontrer plusieurs membres de l'équipe tout en étant rassuré par la présence d'une personne déjà connue, et pour avoir un regard plus ouvert sur la situation grâce à la diversité des fonctions au sein de l'équipe. En plus des visites, l'utilisateur peut joindre l'équipe mobile par téléphone. Durant les deux premières semaines, des rendez-vous avec le psychiatre, psychologue ainsi que le réseau de l'utilisateur sont prévus. La troisième semaine permet d'établir des relais. Après quatre à six semaines, l'accompagnement prendra fin, si le médecin psychiatre donne son accord. L'utilisateur et le réseau en sont informés, et un entretien est prévu dans les 15 à 30 jours pour faire le point sur les relais établis. Au sein de l'équipe EMSA, le référent de l'utilisateur (désigné en fonction des affinités des membres de l'équipe par rapport aux différentes situations) commence la prise en charge en définissant les objectifs, la fréquence des visites et la durée de la prise en charge avec l'utilisateur. Les objectifs

sont évalués de manière régulière, tous les six mois, afin de s'assurer que le suivi est bien en accord avec ce que veut l'utilisateur. Au moment venu, une suspension de prise en charge a lieu. En fonction du déroulement de cette suspension, l'utilisateur est soit repris en charge par l'EMSA, soit redirigé vers d'autres services (EMSI, hôpital), soit la prise en charge peut réellement prendre fin. Dans ce dernier cas, le psychiatre donne son accord de fin de prise en charge, et l'utilisateur et son réseau en sont informés.

En 2020, 646 demandes ont été enregistrées par le « fil rouge » : 371 pour l'EMSI et 275 pour l'EMSA. Sur les 371 demandes EMSI, 68 ont été réorientées sans entretien, 80 ont été réorientées après un ou plusieurs entretiens, et 223 ont fait l'objet d'un accompagnement. 57 demandes venaient du CHWAPI (Centre Hospitalier de Wallonie Picarde), 38 du CRP Les Marronniers, 26 de médecins généralistes et de maisons médicales, 32 de psychiatres, et 18 de l'EMSA. Sur les 275 demandes EMSA, 24 ont été directement réorientées par le fil rouge, et 251 ont été traitées en débriefing. Sur ces 251 demandes, 142 ont été réorientées durant la phase d'analyse de la demande et 64 ont été suivies. Par rapport aux années précédentes, l'équipe a constaté un nombre de suivis moins important pour le même nombre de demandes : cela traduit que la phase d'analyse de la demande est parfois suffisante pour réorienter l'utilisateur, ou pour que l'utilisateur ne soit plus en demande d'un suivi. Les principaux demandeurs pour des suivis EMSA sont le service psychiatrique du CHWAPI, le CRP Les Marronniers, et les médecins généralistes. En 2020, 80 personnes ont été suivies par l'EMSA, et la durée d'un suivi était de 286 jours en moyenne.

4. Equipes mobiles et recours aux soins de santé mentale

Sur base de l'observation des pratiques des équipes mobiles, des entretiens avec certains membres et de l'analyse de leurs rapports d'activité, on peut mettre en évidence certains éléments pouvant favoriser le recours aux soins de santé mentale. Ces éléments peuvent être classés en quatre catégories : l'offre de soins de santé mentale, le coût de ces soins, l'acceptabilité de ces soins, le support social.

a) L'offre de soins de santé mentale

Un premier avantage des équipes mobiles est le délai rapide entre la demande de suivi et le premier entretien : l'EMSI planifie le premier entretien entre 24 à 48 heures après que la demande ait été enregistrée par le « fil rouge » ; en EMSA, ce délai est un peu plus long mais prend quelques jours tout au plus, la grande majorité des premiers entretiens étant prévus pour

la semaine suivant l'enregistrement de la demande. De plus, les usagers voient le médecin psychiatre au moins une fois sur le suivi. Ceci a été confirmé par un membre de l'EMSI lors d'un entretien : « (...) *En plus, les usagers ont de la chance de pouvoir rencontrer la psychiatre facilement, elle les voit une à deux fois sur le suivi, ce qui permet d'avoir un avis psychiatrique rapidement. Pour la plupart des gens extérieurs, s'ils veulent prendre rendez-vous chez un psychiatre, ça prend six mois alors que chez nous, il est vu dans la semaine (...)* ». Un suivi par les équipes mobiles permet donc de réduire le délai d'attente avant de pouvoir consulter un professionnel de la santé mentale.

Ensuite, les équipes mobiles évitent ou facilitent le déplacement des usagers pour rencontrer un professionnel de la santé mentale. En effet, ce sont des services qui vont au domicile des usagers, ces derniers ne doivent donc pas se déplacer. C'est un gros avantage pour un bon nombre d'usagers, comme l'explique un membre de l'EMSI : « (...) *Sinon, les gens recherchent les visites à domicile, par facilité tout simplement. Par exemple, quelqu'un d'ultra anxieux, bourré de TOC et qui ne sort plus de chez lui, il n'arrive pas à sortir pour nous rencontrer, du moins pas au début. Les gens très déprimés aussi, c'est compliqué pour eux de bouger. Pour un sevrage aussi, on va la première semaine à domicile comme ça ils ne se déplacent pas. En général, ceux qui viennent ici ce sont plutôt des gens qui ont plus de facilités physiques, des jeunes, qui ont une santé globale qui leur permet de se déplacer. Puis il y a tout simplement des gens qui n'ont pas de véhicule, qui ont peu de moyens, pour qui faire un aller-retour Mouscron Tournai c'est onéreux* ». Cependant, les rendez-vous avec les psychiatres sont le plus possible pris dans les bureaux des équipes mobiles, car il est plus facile pour eux de rencontrer plusieurs usagers sur une matinée que d'aller en voir un seul à Mouscron par exemple. Mais il arrive régulièrement que le psychiatre se déplace si l'utilisateur est dans l'impossibilité de se rendre dans les bureaux des équipes mobiles. De plus, les équipes mobiles accompagnent parfois les usagers à d'autres rendez-vous médicaux ou sociaux lorsqu'il est compliqué ou impossible pour eux de s'y rendre pour des raisons de santé ou financières.

Les équipes mobiles sont des services beaucoup plus disponibles, de par leurs horaires et le nombre de professionnels. Ce sont des équipes qui travaillent tous les jours, y compris les week-end et jours fériés. La permanence téléphonique a lieu de 6h à 22h, les visites EMSI de 7h à 22h, et les visites EMSA de 8h à 17h. Chaque équipe dispose de plus ou moins 12 équivalents temps plein (ETP). Des horaires étendus et des équipes conséquentes permettent donc une intensité de visite importante, particulièrement en EMSI, qui peut aller jusqu'à deux visites par jour pour le même usager. Ce sont des équipes très flexibles au niveau des horaires et des

rendez-vous, qui s'adaptent aux besoins et demandes des usagers. Ceci est également confirmé par un membre de l'équipe EMSI : « (...) *On est d'une flexibilité à toute épreuve, on peut tout changer du jour au lendemain, 7 jours sur 7. (...) Dans notre façon de travailler, on est très modulable. Par exemple, on peut prendre un rendez-vous demain avec un usager, mais après il nous rappelle car a un empêchement, et bien on pourra déplacer le rendez-vous au lendemain ou au surlendemain. (...)* ».

b) *Le coût pour l'utilisateur*

Un suivi par une équipe mobile ne coûte rien à l'utilisateur ; les entretiens de soutien, les consultations avec le psychiatre, psychologue, ou assistant social sont entièrement pris en charge par la mutuelle.

c) *L'acceptabilité*

Les équipes mobiles sont des services qui essaient de diminuer le stigma qui pèse sur les soins de santé mentale. Un premier élément important est l'anonymat des équipes mobiles. En effet, les bureaux des équipes mobiles sont à l'écart du CRP Les Marronniers, dans un bâtiment au sein duquel d'autres professions sont exercées (kinésithérapeutes, architectes, etc.), ce qui rend ce service plus anonyme et le détache de l'étiquette qu'on accole habituellement à la psychiatrie. Un membre de l'EMSI l'explique bien : « *Pour des gens qui n'ont jamais eu accès à la psychiatrie, c'est peut-être plus facile parce qu'on représente moins tout ce qui est « Marronniers » ; dès qu'on parle des Marronniers, certains font marche arrière car il y a encore cet historique de l'asile, de fous, etc. (...). Je pense que (...) certaines personnes (...) n'auraient jamais fait le pas si on avait gardé cette étiquette* ». D'autre part, les voitures utilisées par les équipes mobiles pour se rendre au domicile des usagers sont totalement banalisées, il n'y a aucune inscription pouvant trahir un lien avec le CRP Les Marronniers. De plus, les intervenants sont habillés comme tout le monde, sans signe distinctif qui pourrait faire penser à des professionnels de la santé. Un deuxième élément est le fait que les intervenants des équipes mobiles essaient au maximum d'ouvrir les usagers à des possibilités en dehors du champ de la santé mentale : « (...) *Une mission c'est aussi d'ouvrir plus largement à ce qui existe, ne pas rester dans la santé mentale : le sport, les loisirs, etc., c'est vraiment très large, on ne se cantonne pas à la santé mentale en ce qui concerne le réseau. Mais ce n'est pas facile car il faut se mettre à jour sans cesse, ça évolue tout le temps. On propose aux usagers plein de pistes,*

et c'est à eux de prendre ou pas. Si ça convient tant mieux, si pas c'est qu'il faut travailler sur autre chose. » explique un intervenant de l'EMSI.

Ensuite, en exposant aux usagers l'ensemble des services existants, en les orientant vers les services les plus adaptés à leur situation et en leur expliquant les avantages de ces services, les équipes mobiles permettent aux usagers de savoir vers quel service se tourner lorsqu'ils ont besoin d'aide, et d'améliorer leur adhésion à ces services. Parfois, les membres des équipes mobiles accompagnent même les usagers lorsqu'ils se rendent pour la première fois dans un service psycho-social, afin de les aider à faire le premier pas, et à se rendre compte que ces services peuvent les aider dans la gestion de leur trouble mental. Voici un extrait d'un entretien avec un membre de l'EMSA qui illustre bien ce propos : *« Par exemple pour le Beau B'Art, le Bric-à-brac, etc., souvent ils ont peur d'aller seul et d'être stigmatisé malade mental, donc on les accompagne et on leur explique quel genre de service c'est. (...) On leur fait comprendre que c'est un lieu de rencontre où les gens qui sont présents ont justement peut-être vécu la même chose qu'eux et que donc ils ne sont pas dans le jugement, ils sont à l'écoute. Quand on fait le premier entretien avec eux, on leur explique, et par la suite on rediscute de ce qu'ils ont compris de la chose, et on leur laisse le choix. La plupart du temps, ce sont les usagers qui prennent rendez-vous, et je les y accompagne la première fois s'ils le désirent ».*

d) Le support social

Les équipes mobiles sont des services qui permettent au support social des usagers d'encourager l'utilisateur à recourir à des soins de santé mentale. En effet, la famille, les amis ou les membres du réseau d'un usager peuvent introduire eux-mêmes une demande de suivi par les équipes mobiles. Cela peut encourager l'utilisateur à accepter de l'aide, qu'il n'a pas osé ou voulu demander lui-même. De plus, recevoir des demandes de la part de la première ligne, notamment les médecins généralistes, permet d'intervenir plus rapidement et d'éviter de laisser une situation se dégrader de manière trop importante avant d'intervenir.

D'autre part, un suivi par les équipes mobiles permet de créer un environnement sûr, de créer un lien rassurant entre l'utilisateur et le/les membre(s) de l'équipe. C'est particulièrement le cas en EMSA, où chaque usager a un référent principal durant tout son suivi. Ce lien de confiance entre les deux permettra sans doute à l'utilisateur de demander de l'aide et/ou des conseils lorsqu'il en éprouve le besoin, et éventuellement de revenir vers son référent même après la fin du suivi, en cas de rechute par exemple. Ceci peut être illustré par le propos suivant : *« (...) quand ils sortent d'une hospitalisation, ils ont besoin d'être accompagnés, d'être assurés*

qu'ils arrivent dans un endroit sécurisé pour eux ; mais faire les démarches tout seul ce n'est pas non plus facile. La plupart du temps quand on oriente les patients vers nous, c'est souvent parce qu'il y a un lien à créer avant de pouvoir mettre en route quelque chose derrière ».

5. Conclusion

Si l'on reprend différents éléments de la revue de la littérature qui avaient été présentés comme influençant le recours aux soins de santé mentale, on peut voir que les équipes mobiles EMSI et EMSA du Réseau Partenaires 107 ont un impact sur certains d'entre eux : l'offre de soins, le coût des soins, l'acceptabilité des soins, et le support social. En effet, ce sont des services avec un délai d'attente assez court entre la demande d'un suivi et le premier contact avec un professionnel de la santé mentale, qui facilitent les déplacements des usagers, et qui sont plus disponibles en termes d'horaires et de personnel. De plus, un suivi par les équipes mobiles n'engendre pas de dépenses personnelles de la part des usagers. Ensuite, ces équipes essaient de rendre les soins de santé mentale plus acceptables : elles sont anonymes, elles font connaître l'éventail des services disponibles y compris hors du secteur de la santé mentale et essaient d'améliorer l'adhésion des usagers à ces services en leur expliquant leurs avantages. Enfin, les équipes mobiles permettent au support social (proches, première ligne, etc.) des usagers de demander un suivi, et elles offrent aux usagers un environnement de confiance.

Néanmoins, le délai entre la demande de suivi et le premier rendez-vous avec l'équipe mobile pourrait être amélioré. L'EMSI intervient entre 24 à 48 heures, on pourrait donc se demander si dans certaines situations de crise ce délai n'est pas trop long, ce qui pousse les usagers à se diriger vers les services d'urgence, alors qu'ils pourraient être pris en charge par l'EMSI. Lorsque les usagers recourent aux services d'urgence, ils sont en général redirigés par la suite vers l'EMSI ou un service résidentiel. Pour l'EMSA, le délai est de quelques jours, en fonction des disponibilités des intervenants et des usagers. En fait, il arrive que les usagers ne viennent pas au premier rendez-vous fixé, ce qui engendre donc un report du rendez-vous à la semaine suivante par exemple. Les raisons de la non-venue des usagers lors du premier rendez-vous ne sont pas toujours claires, mais on pourrait l'expliquer par la barrière d'acceptabilité : l'utilisateur a réfléchi entre-temps à sa demande et préfère ne plus entamer de suivi par les équipes mobiles, la personne n'a pas fait la demande elle-même et donc n'a pas envie d'entamer un suivi, etc.

Un autre élément à souligner est le fait que les équipes mobiles ne sont parfois pas encore bien connues dans le domaine de la santé mentale. Par exemple, il y a toujours des médecins généralistes qui ne connaissent pas le travail des équipes mobiles et qui n'envoient donc pas les

usagers vers les équipes mobiles, alors que ceux-ci pourraient entrer dans les critères d'un suivi par les équipes mobiles. De plus, au sein de la population, tout le monde ne connaît pas l'existence des équipes mobiles ni à quoi elles servent. Les équipes mobiles devraient donc être mieux connues par le réseau de la santé générale et mentale ainsi que par la population, ce qui permettrait de mettre plus systématiquement les usagers en contact avec les équipes mobiles lorsqu'ils en ont besoin.

VI. Discussion

A. Principaux résultats

Le but de ce mémoire était double. D'un côté, comparer l'évolution du recours aux soins de santé mentale depuis la réforme Article 107 entre trois sous-groupes de population : les personnes sans trouble mental, les personnes avec troubles mentaux modérés, et les personnes avec troubles mentaux sévères. De l'autre, identifier en quoi les équipes mobiles du réseau Partenaires 107 permettent d'améliorer le recours aux soins de santé mentale.

La partie quantitative a permis de mettre en évidence plusieurs résultats. Premièrement, le recours au médecin généraliste au cours des douze derniers mois a augmenté de la même manière pour les trois sous-groupes de population entre 2008 et 2018. Deuxièmement, l'utilisation de sédatifs au cours des deux dernières semaines a diminué entre 2008 et 2018 pour les trois catégories, mais de manière plus importante pour les personnes souffrant de troubles modérés et sévères. Troisièmement, l'utilisation d'antidépresseurs au cours des deux dernières semaines n'évolue pas de la même manière pour les trois sous-groupes étudiés : elle a d'abord augmenté entre 2008 et 2013 puis a légèrement diminué en 2018 pour les personnes ne souffrant pas de trouble mental et souffrant de troubles mentaux modérés ; alors qu'elle ne fait qu'augmenter pour les personnes souffrant de troubles mentaux sévères. Quatrièmement, seules les personnes souffrant de troubles mentaux modérés ont plus consulté un professionnel de santé pour leur dépression en 2018 par rapport à 2013. Cinquièmement, entre 2008 et 2018 le recours à la psychothérapie pour une dépression au cours des douze derniers mois a diminué pour les personnes sans trouble mental et pour les personnes avec des troubles mentaux modérés, mais a augmenté pour les personnes ayant des troubles mentaux sévères.

En théorie, la réforme était censée améliorer l'accès aux soins de santé mentale et donc le recours aux soins de santé mentale pour toute la population étant donné qu'aucun groupe cible n'avait été prédéfini. Cependant, des études ont démontré que la réforme favorisait plutôt les personnes souffrant de troubles mentaux sévères. On pouvait donc s'attendre à observer une amélioration du recours aux soins de santé mentale plus prononcée chez les personnes avec des troubles mentaux sévères par rapport aux autres, sauf pour la consommation de sédatifs étant donné que les politiques de santé mentale tendent à diminuer leur utilisation. Cette hypothèse ne s'est pas toujours avérée vraie. Le recours au médecin généraliste augmente de la même manière pour les trois sous-groupes ; la consommation de sédatifs diminue plus fortement pour les personnes souffrant de troubles mentaux modérés et sévères ; la consommation d'antidépresseurs augmente constamment uniquement pour les personnes souffrant de troubles

mentaux sévères, la consultation d'un professionnel de santé pour une dépression augmente uniquement pour les personnes souffrant de troubles mentaux modérés, et le recours à la psychothérapie pour une dépression augmente uniquement pour les personnes souffrant de troubles mentaux sévères. Les personnes souffrant de troubles mentaux sévères ne sont donc pas toujours le sous-groupe le plus favorisé, cela dépend des variables de recours auxquelles on s'intéresse. Cependant, à part pour le contact avec un médecin généraliste, les autres variables n'ont pas été améliorées de la même manière pour les trois sous-groupes. Le recours aux soins de santé mentale n'a donc pas été amélioré pour toute la population, ce que visait pourtant la réforme.

La partie qualitative de ce travail a mis en évidence que les équipes mobiles du réseau Partenaires 107 jouent sur le recours aux soins de santé mentale à quatre niveaux. Tout d'abord, au niveau de l'offre de soins : ce sont des services qui permettent de réduire le délai d'attente avant un premier contact avec un professionnel de la santé mentale, ils évitent aux usagers de se déplacer et facilitent leurs déplacements vers d'autres professionnels de santé, ils ont des horaires et une quantité de personnel qui leur permettent d'être plus disponibles pour les usagers. Au niveau du coût des soins, ce sont des services qui n'engendrent pas de dépenses personnelles de la part des usagers. Au niveau de l'acceptabilité des services de santé mentale, ces services essaient d'être le plus anonymes possible, d'ouvrir les usagers à des possibilités en dehors de la psychiatrie lorsque c'est possible, et d'améliorer l'adhésion des usagers aux différents services proposés. Au niveau du support social, ces services donnent une place aux proches et aux réseaux des usagers dans la prise en charge, et sont eux-mêmes un support social supplémentaire pour la personne. Cependant, on peut se demander si ces équipes mobiles ne pourraient pas faire mieux au niveau du délai d'attente avant un premier contact avec un professionnel, ainsi qu'au niveau de l'acceptabilité des services. Elles devraient également se faire mieux connaître des différents services de soins, ainsi que de la population générale.

Malgré cela, on peut dire que les équipes mobiles étudiées dans le cadre de ce travail semblent avoir un effet positif sur le recours aux soins de santé mentale en essayant de diminuer l'impact des barrières à l'utilisation des soins de santé mentale.

Depuis le lancement de la réforme Article 107, le recours aux soins de santé mentale n'a pas été amélioré de la même manière pour les différents sous-groupes étudiés. Cependant, la mise en place d'équipes mobiles, ici celles du réseau Partenaires 107, semble avoir des effets positifs en termes de recours aux soins de santé mentale.

B. Limites

On peut reconnaître plusieurs limites à ce travail. Commençons d'abord par la partie quantitative. Une première limite est le fait de s'être uniquement intéressé à l'influence de la sévérité de la symptomatologie sur le recours aux soins de santé mentale. Des variables telles que l'âge, le sexe, l'origine, le revenu ou le niveau d'éducation sont également des variables qui influencent le recours aux soins et qui étaient disponibles dans les données de l'enquête de santé belge, mais nous avons décidé de nous limiter à l'association entre le recours aux soins de santé mentale et la sévérité de la symptomatologie. Une deuxième limite est liée aux indicateurs utilisés. En effet, le choix des indicateurs de recours aux soins de santé mentale a été limité étant donné que beaucoup d'indicateurs de l'enquête de santé belge par interview ne sont pas spécifiques à la santé mentale. Pour les consultations avec un médecin généraliste, avec un médecin spécialiste ou les hospitalisations, il n'était pas possible d'identifier si les répondants ont consulté ces services pour des raisons de santé mentale dans l'édition 2018 de l'enquête de santé belge. Il a donc été décidé de ne pas utiliser la variable de recours à un médecin spécialiste ni les hospitalisations, étant donné que l'on peut recourir à ces services pour des raisons non liées à la santé mentale. Néanmoins, la variable de recours au médecin généraliste a été gardée, car il s'agit souvent du premier contact avec un professionnel de la santé pour des raisons de santé mentale. Dans le cadre de ce travail, c'est le recours au médecin généraliste au cours des douze derniers mois qui a été utilisé. Étant donné que les Belges consultent en général plusieurs fois leur médecin généraliste par an, il est normal d'obtenir des pourcentages élevés pour les trois sous-groupes étudiés. Il aurait peut-être été plus judicieux d'utiliser le recours au médecin généraliste au cours des quatre dernières semaines. Il faut également noter que plusieurs indicateurs utilisés sont spécifiques à la dépression. Cependant, étant donné l'importance de la prévalence de la dépression au sein de la population belge, utiliser ces indicateurs est tout de même intéressant. Concernant l'utilisation de sédatifs, il y a eu un changement au niveau de l'indicateur entre 2008 et 2013 : en 2008, l'utilisation de sédatifs non prescrits était incluse dans l'indicateur, alors que ce n'est plus le cas depuis 2013. Cela pourrait peut-être expliquer la diminution de la consommation de sédatifs entre 2008 et 2013. Concernant les consultations d'un psychologue, psychiatre ou psychothérapeute, cet indicateur n'est disponible que pour l'année 2018 ; par conséquent, on ne peut pas comparer ces données avec les années précédentes. Une troisième limite concerne les données de l'enquête de santé belge par interview de manière générale. Premièrement, ces données n'incluent pas les personnes institutionnalisées. Par conséquent, les personnes résidant en

institution psychiatrique souffrant de troubles mentaux plus lourds ne sont pas prises en compte. Deuxièmement, ce sont des données auto-déclarées. Les personnes n'ayant pas envie de déclarer avoir recouru aux soins de santé mentale ne sont donc pas obligées de le faire et ne le font pas forcément. Troisièmement, les enquêtes de santé belges ne sont pas faites pour évaluer une réforme de l'organisation des soins de santé mentale ni pour évaluer la prévalence des troubles mentaux étant donné que ce sont des enquêtes réalisées sur la population générale.

Passons maintenant aux limites de la partie qualitative. Tout d'abord, cette partie du travail est basée sur des données récoltées dans le cadre d'un stage d'observation de soixante heures. Il s'agit donc d'une durée relativement courte. On peut imaginer que des résultats différents auraient été obtenus si la durée du stage avait été plus longue. En effet, j'aurais eu l'occasion de voir plus d'usagers différents, d'être face à d'autres situations et problématiques qui auraient pu mettre en évidence des difficultés de recours aux soins de santé mentale. De plus, je n'ai pas eu l'occasion de réaliser d'entretien avec un médecin psychiatre. En effet, ils ne travaillent pas uniquement au sein des équipes mobiles ; par conséquent lorsqu'ils sont là, ils font des entretiens et des débriefings, et n'avaient donc pas le temps de réaliser un entretien avec moi. Ensuite, ce stage a été réalisé en février et mars 2021, à un moment où les conditions sanitaires étaient telles que les activités des équipes mobiles n'étaient pas les mêmes que d'habitude. Par exemple, les équipes mobiles essayaient d'organiser un maximum d'entretiens dans leurs bureaux afin d'éviter si possible d'aller au domicile des usagers. Enfin, et c'est la limite la plus importante, les équipes mobiles du Réseau Partenaires 107 ne sont pas du tout représentatives de toutes les équipes mobiles belges. Chaque réseau fonctionne différemment et s'est développé indépendamment des autres, donc toutes les équipes mobiles ne travaillent pas de la même manière. Certaines sont plus fournies que d'autres en termes de personnel, toutes ne font pas des sevrages à domicile, certaines n'existent pas depuis le début de la réforme, etc. Les analyses réalisées ne sont donc valables que pour les équipes de ce réseau.

VII. Conclusion

Tout au long de ce mémoire, nous avons vu que recourir aux soins de santé mentale lorsqu'on souffre d'un trouble mental ou lorsqu'on est en situation de détresse psychologique ne va pas toujours de soi. Il existe un panel de services différents pour répondre aux besoins de la population, mais ces services ne sont pas toujours utilisés. En effet, de nombreux facteurs personnels, organisationnels ou sociaux entrent en compte dans la décision de recourir aux soins de santé mentale, dont l'état de santé mentale.

En 2010, la réforme « Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de réseaux et de circuits de soins » est lancée. Celle-ci a notamment comme objectif d'améliorer la collaboration entre les différents professionnels de santé, et a permis la mise en place d'équipes mobiles. Ce sont deux solutions identifiées dans la littérature comme pouvant améliorer le recours aux soins de santé mentale. Ces deux dispositifs étant des interventions universelles proportionnées, on pouvait espérer une amélioration du recours aux soins de santé mentale pour toutes les catégories étudiées, mais de manière proportionnelle au désavantage social. Nous avons vu que cela n'a pas toujours été le cas, étant donné que les différents sous-groupes n'ont pas tous connu une amélioration du recours aux soins de santé mentale depuis le lancement de la réforme 107. Néanmoins, il semble que les équipes mobiles du Réseau Partenaires 107 aient un impact positif sur différentes barrières à l'utilisation des services de santé mentale, et donc sur le recours aux soins de santé mentale.

Comme déjà mentionné dans les limites de ce travail, il aurait été intéressant d'explorer l'évolution du recours aux soins de santé mentale depuis le lancement de la réforme Article 107 en fonction d'autres variables que la sévérité de la maladie, afin de voir si certains sous-groupes ont été favorisés par la réforme par rapport à d'autres. Cela pourrait faire l'objet d'un prochain travail. Il serait également intéressant d'investiguer quels éléments des barrières à l'utilisation ont été améliorés (ou pas) par les équipes mobiles au sein de chaque réseau de santé mentale. Cela permettrait de comparer les résultats obtenus par chaque réseau afin d'améliorer le recours aux soins au sein des différents réseaux en partageant certaines pratiques ayant apporté de bons résultats. D'autre part, ce mémoire a permis de mettre en évidence le manque de données spécifiques à la santé mentale dans l'enquête de santé belge par interview. Ceci a déjà été mentionné dans les limites de ce travail : l'édition HIS de 2018 était assez limitée au niveau des informations relatives à la santé mentale. Il serait peut-être intéressant de tenir compte de cette remarque pour les prochaines éditions, afin de pouvoir analyser l'évolution du recours aux soins

de santé mentale de manière plus précise à l'avenir. Il serait également intéressant de reproduire les mêmes analyses avec les données de la prochaine édition de l'enquête de santé belge par interview car depuis 2019, la politique de remboursement des consultations psychiatriques ambulatoires de première ligne est implémentée. Celle-ci étant destinée aux personnes souffrant de troubles mentaux modérés, cela pourrait influencer l'évolution du recours aux soins de santé mentale pour ce sous-groupe. Enfin, les résultats de ce mémoire soulignent le fait que pour l'instant, la réforme Article 107 n'est pas parvenue à améliorer le recours aux soins de santé mentale pour toute la population, de manière proportionnelle à l'état de santé mentale des individus. Il serait donc intéressant de réfléchir à des solutions afin que dans le futur, les différentes sous-catégories étudiées bénéficient des décisions et politiques de santé mentale proportionnellement à leurs besoins.

VIII. Bibliographie

- AIACH P. (2000). De la mesure des inégalités : Enjeux sociopolitiques et théoriques. In FASSIN D. et al. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte. pp. 81-91.
- ALEGRIA M., BIJL R. V., LIN E., WALTERS E. E., KESSLER R. C. (2000). Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders. A comparison of the United States with Ontario and the Netherlands. *Arch gen psychiatry*, 57, 383-391. Doi : 10.1001/archpsyc.57.4.383
- ALONSO J., CODONY M., KOVESS V., ANGERMEYER M. C., KATZ S. J., HARO J. M., et al. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British journal of psychiatry*, 190, 299-306. Doi : 10.1192/bjp.bp.106.022004
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Fifth edition. Washington DC: American Psychiatric Association. 1176 p.
- ANDERSEN R. & NEWMAN J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical health care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51 (1), 95-124.
- ANDRADE L. H., ALONSO J., MNEIMNEH Z., WELLS J. E., AL-HAMZAWI A., BORGES G., et al. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychol Med*, 44 (6), 1303-1317. Doi : 10.1017/S0033291713001943
- BAER L. & BLAIS M. A. (2009). Understanding rating scales and assessment instruments. In BAER L, BLAIS M. A. *Handbook of clinical rating scales and assessment in psychiatry and mental health*. Totowa: Humana Press Inc. pp. 1-6.
- BARTAM M. (2019). Expanding access to psychotherapy in Canada: building on achievements in Australia and the United Kingdom. *Health Manage Forum*, 32(2), pp. 63-67. Doi :10.1177/0840470418818581
- BENACH J., MALMUSI D., YASUI Y., MARTINEZ J-M. (2013). A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *J Epidemiol Community Health*. 67(3), 286-291. Doi :10.1136/jech-2011-200363
- BOUCKAERT N., MAERTENS DE NOORDHOUT C., VAN DE VOORDE C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?* Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 334. D/2020/10.273/30. Disponible à l'adresse : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334_Equity_Belgian_health_system_Report.pdf, consulté en janvier 2021.
- CANO A., SPRAFKIN R. P., SCATURA D. J., LANTINGA L. J., FIESE B. H., BRAND F. (2001). Mental Health Screening in Primary Care: A Comparison of 3 Brief Measures of Psychological Distress. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 3(5), 206-210. Doi : 10.4088/pcc.v03n0503

CHEN L-Y., CRUM R. M., MARTINS S. S., KAUFMANN C. N., STRAIN E. C., MOJTABAI R. (2013). Service use and barriers to mental health care among adults with major depression and comorbid substance dependence. *Psychiatr Serv*, 64(9), 863-870. Doi : 10.1176/appi.ps.201200289

CORNELIS J., DETOLLENAERE J., DEVRIESE S., MISTIAEN P., RICOUR C. (2019). Acceptability of possible recommendations for future mental health care organisation in Belgium: a stakeholder survey. In MISTIAEN P., CORNELIS J., DETOLLENAERE J., DEVRIESE S., FARFAN-PORTET M-I., RICOUR C. *Organisation of mental health care for adults in Belgium*. Health Service Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 318. D/2019/10.273/50. Disponible à l'adresse : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_318_Mental_Health_care_Report.pdf, consulté en octobre 2020.

COSTELLO E. J., COMPTON S. N., KEELER G., ANGOLD A. (2003). Relationships between poverty and psychopathology: a natural experiment. *JAMA*, 290(15), 2023-2029. Doi: 10.1001/jama.290.15.2023

DEMAREST S., CHARAFEDDINE R., BERETE F., DRIESKENS S. (2020). Enquête de santé 2018 : Accessibilité financière aux soins de santé. Bruxelles : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020/14.440/23. Disponible à l'adresse : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/AC_FR_2018.pdf, consulté en février 2021.

DETOLLENAERE J., GISLE L., MISTIAEN P. (2019). Prevalence of mental health problems. In MISTIAEN P., CORNELIS J., DETOLLENAERE J., DEVRIESE S., FARFAN-PORTET M-I., RICOUR C. *Organisation of mental health care for adults in Belgium*. Health Service Research (HSR). Brussels : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 318. D/2019/10.273/50. Disponible à l'adresse : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_318_Mental_Health_care_Report.pdf, consulté en octobre 2020.

DEVOS C., CORDON A., LEFEVRE M., OBYN C., RENARD F., BOUCKAERT N., *et al.* (2019). *Performance du système de santé belge – Rapport 2019*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33. Disponible à l'adresse : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf, consulté en mars 2021.

DIMITRI G., GIACCO D., BAUER M., BIRD V. J., GREENBERG L., LASALVIA A., *et al.* (2018). Predictors of length of stay in psychiatric inpatient units: does the effect vary across countries? *Eur Psychiatry*, 48, 6-12. Doi : 10.1016/j.eurpsy.2017.11.001

FLEURY M-J., GRENIER G., BAMVITA J-M., PERREAULT M., CARON J. (2011). Determinants associated with the utilization of primary and specialized mental health services. *Psychiatr Q*, 83, 41-51. Doi : 10.1007/s11126-011-9181-3

GISLE L. (2014). Santé mentale. In VAN DER HEYDEN L., CHARAFEDDINE R. *Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et bien-être*. Bruxelles : WIV-ISP. Disponible à l'adresse : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/WB_FR_2013.pdf, consulté en novembre 2020.

GISLE L., DRIESKENS S., DEMAREST S., VAN DER HEYDEN J. (2019). *Santé mentale : Enquête de santé 2018. Principaux résultats*. Bruxelles : Sciensano. Rapport D/2020/14.440/3. Disponible à

l'adresse : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/Summ_MH_FR_2018.pdf, consulté en mars 2021.

GOLDBERG D. P., GATER R., SARTORIUS N., USTUN T. B., PICCINELLI M., GUREJE O., RUTTER C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*, 27(1), 191-197. Doi : 10.1017/s0033291796004242

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 en septembre 2020.

GUINA J. & MERRILL B. (2018). Benzodiazepines I: Upping the care on downers: the evidence of risks, benefits and alternatives. *J Clin Med*, 7(2), 17. Doi : 10.3390/jcm7020017

GRAZIANO R. & ELBOGEN E. B. (2017). Improving mental health utilization in military veterans: examining the effects of perceived need for care and social support. *Mil Psychol*, 29(5), 359-369. Doi : 10.1037/mil0000169

HENSHAW E. J. & FREEDMAN-DOAN C. R. (2009). Conceptualizing mental health care utilisation using the health belief model. *Clinical psychology*, 16(4), 420-439. Doi : 10.1111/j.1468-2850.2009.01181.x

HODGKINSON S., GODOY L., BEERS L. S., LEWIN A. (2017). Improving mental health access for low-income children and families in the primary care setting. *Pediatrics*, 139(1). Doi : 10.1542/peds.2015-1175

INAMI. *Séances de psychologie de première ligne chez un psychologue clinicien ou un orthopédagogue clinicien.* Disponible à l'adresse : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/soins/Pages/seance-psychologie-1er-ligne-psychologue-clinicier-orthopedagogue-clinicier.aspx#:~:text=Le%20remboursement%20de%20ces%20s%C3%A9ances,de%2065%20ans%20et%20plus>, consulté en novembre 2020.

INAMI & SPF SANTE PUBLIQUE. *Soins psychologiques de première ligne.* Disponible à l'adresse : http://www.psy107.be/images/fiche_informative_psychologues_et_orthop%C3%A9dagogues_cliniciens_1ere_ligne-_%C3%A9largissement.pdf, consulté en novembre 2020.

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE UNIVERSITE PARIS DESCARTES (2018). *Liste des tests disponibles 2018.* Disponible à l'adresse : https://psychologie.u-paris.fr/wp-content/uploads/sites/10/2019/05/Liste_Tests_Disponibles_08_01_2019.pdf?fbclid=IwAR3CRDbKamcbS1pq2_t4qPyIRbsOk5dXwqGcyUWQpRfsq-4HuEYoPb43JO8, consulté en décembre 2020.

JOHNSON S. (2013). Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(2), 115-123. Doi : 10.1192/apt.bp.107.004192

KESSLER R. C., HEERINGA S., LAKOMA M. D., PETUKHOVA M., RUPP A. E., SCHOENBAUM M. *et al.* (2008). Individual and societal effects of mental disorders on earnings in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Am J Psychiatry*, 165, 703-711. Doi : 10.1176/appi.ajp.2008.08010126

KOVES-MASFETY V., ALONSO J., BRUGHA T. S., ANGERMEYER M. C., MARIA HARO J., SEVILLA-DEDIEU C., *et al.* (2007). Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries. *Psychiatr Serv*, 58 (2), 213-220. Doi : 10.1176/ps.2007.58.2.213

LAGUESSE R., LANBERT M., VAN NUFFEL R., DE COEN M., VAN SPEYBROEK J., BONTEMPS C. (2019). Mapping mental health care services in Belgium. In MISTIAEN P., CORNELIS J., DETOLLENAERE J., DEVRIESE S., FARFAN-PORTET M-I., RICOUR C. *Organisation of mental health care for adults in Belgium*. Health Service Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 318. D/2019/10.273/50. Disponible à l'adresse : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_318_Mental_Health_care_Report.pdf, consulté en octobre 2020.

LEUTZ W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*, 77(1), 77-110. Doi : 10.1111/1468-0009.00125

LEVINSON D., LAKOMA M. D., PETUKHOVA M., SCHOENBAUM M., ZASLAVSKY A. M., ANGERMEYER M., *et al.* (2010). Associations of serious mental illness with earnings: results from the WHO World Mental Health surveys. *Br J Psychiatry*, 197(2), 114-121. Doi : 10.1192/bjp.bp.109.073635

LLOYD K. R., JENKINS R., MANN A., (1996). Long-term outcome of patients with neurotic illness in general practice. *BMJ*, 313(7048), 26-28. Doi : 10.1136/bmj.313.7048.26
LOMBRAIL P. (2000). Accès aux soins. In FASSIN D. et al. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte. pp. 251-266.

LORANT V, DELIEGE D, EATON W, ROBERT A, PHILIPPOT P, ANSSEAU M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*, 157(2), 98-112. Doi : 10.1093/aje/kwf182

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 nationwide reform of adult psychiatry in Belgium. *BMC Health Services Research*, 16, 187. Doi : 10.1186/s12913-016-1434-2

LORANT V., GRARD A., NICAISE P., LE GROUPE D'ÉTUDE ARTICLE 107 (2016). Implementing a nation-wide mental health care reform: an analysis of stakeholders' priorities. *Community Ment Health J*, 52(3), 343-352. Doi : 10.1007/s10597-015-9932-y

LORANT V., GRARD A., VAN AUDENHIVE C., LEYS M., NICAISE P. (2018). Effectiveness of health and social service networks for severely mentally ill patients' outcomes: a case-control study. *Adm Policy Mental Health*, 46, 288-297. Doi : 10.1007/s10488-018-0910-x

MIRANDA J., MCGUIRE T. G., WILLIAMS D. R., WANG P. (2008). Mental Health in the Context of Health Disparities. *Am J Psychiatry*, 165(9), 1102-1108. Doi : 10.1176/appi.ajp.2008.08030333

MUST D. T., BLOW F. C., WIECHERS I. R., KALES H. C., MARCUS S. C. (2017). National trends in antidepressant, benzodiazepine, and other sedative-hypnotic treatment of older adults in psychiatric and primary care. *J Clin Psychiatry*, 78(4), 363-371. Doi : 10.4088/JCP.16m10713

NATHALIS & PIETERS. (2016). Manuel des pratiques innovantes. Disponible à l'adresse : https://www.innopsy107.be/images/Pdf/Guide_FR.pdf, consulté en mars 2021.

NICAISE P., DUBOIS V., 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, 120-127. Doi : 10.1016/j.healthpol.2014.02.007

- OLIVER M-I., PEARSON N., COE N., GUNNELL D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *Br J Psychiatry*, 186, 297-301. Doi : 10.1192/bjp.186.4.297
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2019). *Santé mentale*. Disponible sur le site : <https://www.who.int/fr/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>, consulté en septembre 2020.
- PACKNESS A., HALLING A., HASTRUP L. H., SIMONSEN E., WEHBERG S., WALDORFF F. B. (2018). Socioeconomic position, symptoms of depression and subsequent mental healthcare treatment: a Danish register-based 6-month follow-up study on a population survey. *BMJ Open*, 8(10). Doi :10.1136/bmjopen-2017-020945
- PATHARE S., BBRAZINOVA A., LEVAV I. (2018). Care gap: a comprehensive measure to quantify unmet needs in mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 27(5), 463-467. Doi :10.1017/S2045796018000100.
- PESCOSOLIDO B. A. & BOYER C. A. (1999). How do people come to use mental health services? Current knowledge and changing perspectives. In HORWITZ A. V., SCHEID T. L. *A handbook for the study of mental health. Social contexts, theories and systems*, Cambridge : Cambridge University Press. pp. 392-411.
- ROMPEL M., BRAEHLER E., ROTH M., GLAESMER H. (2013). What is the General Health Questionnaire-12 assessing? Dimensionality and psychometric properties of the General Health Questionnaire-12 in a large scale German population sample. *Compr Psychiatry*, 54(4), 406-413. Doi : 10.1016/j.comppsy.2012.10.010
- SAREEN J., AFIFI T. O., MCMILLAN K. A., ASMUNDSON G. J. G. (2011). Relationship between household income and mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 68 (4), 419-429. Doi : 10.1001/archgenpsychiatry.2011.15
- SAREEN J., JAGDEO A., COX B. J., CLARA I., TEN HAVE M., BELIK S-L., *et al.* (2007). Perceived barriers to mental health utilization in the United States, Ontario and the Netherlands. *Psychiatr Serv*, 58(3), 357-364. Doi : 10.1176/ps.2007.58.3.357
- SARTORIUS N. (2015). Mental health needs, 2015: Change of concepts and consequences. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69, 509-511. Doi : 10.1111/pcn.12278
- SCIENSANO (2018), *Study protocol HIS 2018*. Disponible à l'adresse : <https://his.wiv-isp.be/Shared%20Documents/Protocol2018.pdf>, consulté en janvier 2021.
- SCIENSANO. *HISIA: Belgian Health Interview Survey – Interactive analysis*. Disponible à l'adresse : <https://hisia.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>, consulté en janvier 2021.
- SCIENSANO. *Enquête de santé*. Disponible à l'adresse : <https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Objectifs.aspx>, consulté en janvier 2021.
- SHAW J., MURPHY A., TURNER J., GARDNER D., SILVIUS J., BOUCK Z., *et al.* (2019). Policies for Deprescribing: An International Scan of Intended and Unintended Outcomes of Limiting Sedative-Hypnotic Use in Community-Dwelling Older Adults. *Health Policy*, 14(4), 39–51. Doi :10.12927/hcpol.2019.25857
- SMITH P., NICAISE P., GIACCO D., BIRD V. J., BAUER M., RUGGERI M., *et al.* (2020). Use of psychiatric hospitals and social integration of patients with psychiatric disorders: a prospective cohort

study in five European countries. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol*, 55 (11), 1425-1438. Doi : 10.1007/s00127-020-01881-1

STEELE L., DEWA C., LEE K. (2007). Socioeconomic status and self-reported barriers to mental health services use. *Can J Psychiatry*, 52 (53), 201-206. Doi : 10.1177/070674370705200312

SWEETMAN A., PUTLAND S., LACK L., MCEVOY R. D., ADAMS R., GRUNSTEIN R., *et al.* (2020). The effect of cognitive behavioural therapy for insomnia on sedative-hypnotic use: A narrative review. *Sleep Med Rev*, 56. Doi : 10.1016/j.smr.2020.101404

THE WHO WORLD MENTAL HEALTH SURVEY CONSORTIUM (2004). Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21), 2581-2590. Doi : 10.1001/jama.291.21.2581

VIGO D., THORNICROFT G., ATUN R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet*, 3(2), 171-178. Doi : 10.1016/S2215-0366(15)00505-2

WYNGAERDEN F. (2020-2021). *WFSP2282 : Réinsertion et réhabilitation sociales*, syllabus de master en santé publique, document non publié, Université Catholique de Louvain-la-Neuve, Woluwé Saint-Lambert.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2007). *The optimal mix of services*. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/mental_health/policy/services/2_Optimal%20Mix%20of%20Services_Infosheet.pdf, consulté en octobre 2020.

IX. Annexes

A. Guide d'entretien

- Comment définiriez-vous la mission de votre équipe mobile ?
- Quels sont les avantages de votre service par rapport à d'autres services de santé mentale ?
- Pourquoi les usagers se tournent vers vous, et pas vers d'autres services ?
- Quelles pratiques mettez-vous en place pour amener les soins vers les usagers ?
- Comment faites-vous le lien avec d'autres services de santé mentale ?

B. Entretiens

Entretien 1 (EMSA)

Quelles sont les missions de votre service ?

Nous, en fait on est là pour créer du réseau autour de l'utilisateur pour après le laisser. On veut l'orienter vers les services adéquats, il ne faut pas trop les orienter non plus mais assez, on doit trouver la juste balance entre les deux. Parfois ce qu'on doit faire aussi c'est vérifier qu'il n'a pas trop de réseau autour de lui ; parfois l'utilisateur est trop demandeur et c'est insupportable pour le réseau autour de lui qui n'a pas assez de ressources.

Sans vous, ça donnerait quoi d'après vous ?

Si on n'était pas là, les usagers retourneraient à l'hôpital, car c'est le seul endroit sûr où même leurs problèmes administratifs seraient réglés.

Parfois on permet à ceux qui n'ont pas accès aux soins d'y avoir accès, dans le sens où parfois on va même les aider pour se déplacer à l'hôpital. Par exemple on va appeler un taxi social, le taxi de la mutuelle. Ça coûte cinq euros ça, mais les usagers ne savent pas toujours que ça existe. Il y a plein de choses disponibles mais qu'on ne connaît pas. Donc nous on est là aussi pour les aider pour ça. Parfois, même les gens avec des problèmes psychiatriques ne veulent plus aller dans des institutions fréquentées par ces mêmes personnes ; ils veulent des alternatives hors de la psychiatrie car elles ne veulent plus être associées à ça. Donc on va les diriger vers les structures adéquates qui correspondent à ce qu'ils veulent.

Ce qui nous manque, ce serait d'être constamment en réunion réseau, car ça met du temps à contacter le réseau pour chaque usager. Il faudrait quelque chose de plus instantané, avec tout le monde en même temps pour que la prise en charge au bon endroit soit plus directe et rapide.

Et les personnes de référence dans les différents services devraient être à l'aise avec la psychiatrie ; parfois quand les CPAS entendent le mot « psy », ils ont peur.

Quelque chose de très important, c'est que notre service il est gratuit, et on n'est pas mandaté par quelqu'un. Ça veut dire qu'on n'est pas obligé d'accepter le suivi. On est un service gratuit qui va à domicile et qui travaille avec l'utilisateur ; s'il ne veut pas qu'on le suive alors on ne le suit pas. Ils sont libres, c'est leur choix donc c'est plus facile de travailler avec eux. On a rarement des gens qui refusent qu'on les aide, comme ils sont libres ils restent, et ils se sentent plus en sécurité. Concrètement, ils signent une convention dans laquelle il est marqué qu'il peut arrêter à tout moment. Donc ils sont plus enclins à nous faire confiance, et à travailler avec nous.

Qu'est-ce que vous mettez en place pour que ça soit plus facile pour les usagers d'accéder aux soins de santé mentale ?

Déjà, leur expliquer ce que c'est le rôle du psychologue, le rôle du psychiatre. Parce que souvent, les gens n'arrivent pas à faire la différence entre les deux. Leur dire aussi que rien n'est obligatoire, que si ça ne marche pas avec telle ou telle personne, ils ont le droit de changer et ils ont le droit de le dire. La plupart du temps on leur dit que ça doit venir de leur part, qu'ils ne doivent pas le faire pour faire plaisir. La plupart du temps, quand on leur donne le choix et bien ils essayent. A chaque fois que j'ai orienté quelqu'un vers un psychiatre ou un psychologue, à 80% ça a marché. Si ça ne marche pas, c'est souvent à cause du côté financier. Surtout si les gens ne sont pas BIM, l'ancien statut VIPO, ça peut aller jusqu'à 65 euros la séance, ça peut restreindre. Maintenant, le fait qu'on ait les psychologues de première ligne c'est bien aussi, c'est moins cher.

On explique aussi le fonctionnement des services qui existent déjà, et on peut les y accompagner. Par exemple pour le Beau B'Art, le Bric-à-brac, etc., souvent ils ont peur d'aller seuls et d'être stigmatisés malade mental, donc on les accompagne et on leur explique quel genre de service c'est. Pour le Beau B'Art, on leur fait comprendre que c'est un lieu de rencontre où les gens qui sont présents ont justement peut être vécu la même chose qu'eux et donc ils ne sont pas dans le jugement, ils sont à l'écoute. Quand on fait le premier entretien avec eux, on leur explique, et par la suite on rediscute de ce qu'ils ont compris de la chose, et on leur laisse le choix. La plupart du temps, ce sont les usagers qui prennent rendez-vous, et je les y accompagne la première fois s'ils le désirent. Moi, je leur montre l'éventail des services qui existent pour les aider, j'ai un document avec ce qui existe (des centres, avec les adresses et les

numéros de téléphones). Mais c'est toujours eux qui prennent contact. Ainsi ils ne se sentent pas obligés, ils le prennent s'ils ont vraiment envie de le prendre, et je les accompagne s'ils ont envie.

Pourquoi les usagers se tournent vers les équipes mobiles d'abord ?

La plupart du temps quand ils sortent de l'hôpital par exemple, on leur dit qu'ils peuvent aller voir le psychologue, aller au CAP, etc. Dans ce cas-là les gens n'iront pas car ils sont seuls ; quand ils sortent d'une hospitalisation ils ont besoin d'être accompagnés, d'être assurés qu'ils arrivent dans un endroit sécurisé pour eux ; mais faire les démarches tout seul ce n'est pas non plus facile. La plupart du temps quand on oriente les patients vers nous, c'est souvent parce qu'il y a un lien à créer avant de pouvoir mettre en route quelque chose derrière. Ce sont des gens qui n'ont plus de réseau, il faut refaire un réseau, redonner confiance aussi au réseau parce que parfois le réseau a été complètement essoufflé par l'utilisateur, ou alors l'utilisateur avait beaucoup trop de demandes. Donc nous on va faire le catalyseur, on fait le lien avec le réseau pour qu'ils arrivent à voir la chose différemment. Parfois ce n'est pas facile pour le réseau car les usagers peuvent être très demandeurs de choses dans l'immédiat, mais ça c'est pas possible. Donc nous on joue un peu le tampon par rapport à ça. Au niveau de l'équipe on est plus nombreux, et il y a aussi la facilité des horaires car on est là 7 jours sur 7, il y a une fourchette horaire de 8h à 18h plus les week-ends, donc on est plus disponibles ; on a plus de temps à travailler le réseau, l'adhésion du patient par rapport aux autres services, ça c'est important.

Entretien 2 (EMSI)

Comment vous pourriez résumer la mission de votre service pour les usagers que vous prenez en charge ?

On a été créé suite à une réforme de la santé mentale, car il y avait trop d'hospitalisations, et les gens étaient hospitalisés pendant trop longtemps. Donc, les équipes mobiles ont été créées pour diminuer le temps d'hospitalisation ou pour éviter l'hospitalisation. Ça permet à la personne de rester chez elle, avec ses repères. Nous en EMSI on intervient quand il y a une crise, mais une crise ce n'est pas les urgences, si c'est une urgence alors c'est le service d'urgence de l'hôpital général qui intervient. On ne veut pas prendre la place de ce qui existe déjà, on est là pour raccrocher la personne au réseau qui existe dans le Tournaisis, à Mouscron et à Comines, mais on ne se substitue pas à l'existant. Une des missions c'est de voir avec la personne ce qui pourrait lui convenir. Une mission c'est aussi d'ouvrir plus largement à ce qui existe, à ne pas rester dans la santé mentale : le sport, les loisirs, etc. c'est vraiment très large,

on ne se cantonne pas à la santé mentale en ce qui concerne le réseau. Mais ce n'est pas facile car il faut se mettre à jour sans cesse, ça évolue tout le temps. On propose aux usagers plein de pistes, et c'est à eux de prendre ou pas. Si ça convient tant mieux, si pas c'est qu'il faut travailler sur autre chose.

On est une équipe pluridisciplinaire : il y a les infirmiers, les éducateurs, une psychologue et moi l'assistante sociale (AS). On a la psychiatre qui chapeaute l'équipe et l'infirmière en cheffe. On a chacun des rôles différents : moi je suis l'AS, donc je vois au niveau des droits de la personne, je regarde son salaire, s'il n'y a pas des avantages qu'elle pourrait avoir, l'aider au niveau administratif, l'aider au niveau des paiements, etc. Mon job c'est d'aider la personne à retrouver son autonomie à ce niveau-là et leur permettre de souffler un peu, de revenir à flot. Les infirmiers préparent la médication quand il y a des sevrages notamment, car on reprend toute la médication dans ce cas-là, ils prennent aussi les paramètres et suivent le traitement de la personne pour voir si ça lui convient. Ils font aussi des entretiens de soutien, mais moi aussi j'en fais parfois, même si on a chacun notre rôle on se recoupe. La psychologue va aller voir un peu plus en profondeur dans la situation, pour mettre le doigt sur ce qui coince et réaiguiller vers des collègues à l'extérieur car ce n'est pas elle qui va faire le soutien thérapeutique, étant donné qu'on intervient pour 4 à 6 semaines. La psychiatre voit chaque usager au moins une fois sur le suivi, pour voir si au niveau du traitement c'est correct, pour donner son avis, nous aiguiller dans notre accompagnement, elle donne des pistes pour les différents usagers. La psychiatre ne devient pas non plus la psychiatre traitant des usagers. Les missions c'est d'éviter l'hospitalisation, ou alors de voir si les acquis en hôpital sont bien acquis pour que ça reste stable au domicile. Après, il y a aussi des personnes qui n'ont jamais connu la psychiatrie avant nous, et là on y va avec du doigté et de la bienveillance car ce n'est pas facile d'avoir cette étiquette psychiatrique. Pour ça, dans l'équipe on évite de poser des diagnostics pour éviter cette étiquette justement.

Est-ce que vous pensez que c'est plus facile pour les usagers de recourir à vous justement grâce au fait que vous évitez de mettre une étiquette ?

Je ne sais pas, il y a aussi le service de santé mentale qui est là, mais ils ont de moins grosses équipes. Nous, on a cette intensité de visite, on peut aller tous les jours chez la personne, alors que les autres services ne peuvent pas faire ça. En plus, on a des horaires jusque 22h, on peut aller plus tard chez la personne.

Quels autres avantages pourraient qualifier votre service ?

Ne pas se retrouver à l'hôpital, car cela coûte cher, pour la personne ou pour la société. Puis ça permet à la personne de rester chez elle avec ses points de repères, rester chez soi c'est aussi rester avec ce qui a autour, ça permet de ne pas casser le lien avec tout le réseau qui est mis en place. Quand on va à l'hôpital, on est cocooné, on ne voit plus ce qui est à la maison, mais quand on revient chez soi, ces aspects de la vie restent là et il faut les gérer. Après, certains usagers ont besoin d'aller à l'hôpital, d'avoir ce moment de pause qui leur permet de se recentrer, ça dépend des profils.

Est-ce que vous pensez qu'il est plus facile de recourir à votre service par rapport à d'autres ?

Pour des gens qui n'ont jamais eu accès à la psychiatrie, c'est peut-être plus facile parce qu'on représente moins tout ce qui est « Marronniers », dès qu'on parle des Marronniers, certains font marche arrière car il y a encore cet historique de l'asile, de fous, etc. ; alors que l'hôpital a vraiment évolué !

Pensez-vous que vous avez agrandi un peu l'éventail des publics qui peuvent recourir aux soins de santé mentale ?

Je pense que oui, il y a certaines personnes qui n'auraient jamais fait le pas si on avait gardé cette étiquette. On est assez disponibles, il y a une permanence téléphonique, quelqu'un qui prend la demande ou qui réaiguille, et ça, ça n'existe pas partout ! On a de bons retours de la part des usagers. Le fait que quelqu'un de l'entourage de la personne puisse faire la demande pour la personne en question, c'est quelque chose en plus, ça ouvre à tous azimuts, ça encourage à faire appel à nous.

Entretien 3 (deux membres EMSI)

Comment pourriez-vous résumer la mission de votre service ?

La mission de l'équipe mobile soins intensifs, c'est vraiment de permettre aux personnes de rester à domicile, d'éviter un maximum les hospitalisations ; c'est ça l'idée de départ. Dès le départ, on doit faire l'état des lieux du réseau pour s'assurer qu'un suivi à domicile est pertinent. Après, ça s'est élargi aux sevrages, à des interventions au niveau social ou de l'emploi. On n'a pas vraiment de processus prédéfini parce que ça dépend vraiment de la demande et des besoins des usagers, c'est très individualisé comme démarche. On n'a pas non plus de profil de patient, les patients c'est tout le monde, tous les niveaux de la couche sociale, du plus bas au plus haut.

Par contre, on a un critère de lieu, d'âge (18 à 65 ans). Et il faut une prédominance psychiatrique dans la demande.

Ce qu'on fait aussi, c'est qu'on accompagne vers l'hospitalisation, et on peut aussi ramener la personne à son domicile après une hospitalisation, on l'accompagne par rapport à ce qui a déjà été fait à l'hôpital. Après, notre rôle c'est de remettre de réseau autour des gens ; comme on intervient sur une période de 4 à 6 semaines, on doit les laisser avec des relais autour d'eux : des thérapeutes, des maisons de soins, des maisons médicales, etc., en fonction du besoin de l'utilisateur, des objectifs qu'on a définis avec eux au point de départ. On ne travaille jamais dans l'obligation de soins, l'utilisateur est acteur de son suivi, on peut insister un peu mais si l'utilisateur dit stop, c'est stop. Ça arrive encore qu'après une hospitalisation, des gens acceptent un suivi par nous juste pour être tranquille. Ou alors, il y a des gens qui changent d'avis, ils ne veulent pas puis après 6 mois, ils refont une demande et voilà. De toute façon, contraindre quelqu'un à se faire soigner ça ne marche jamais.

Quels sont les avantages de ce service ?

Notre réactivité, on agit dans les 24 à 48 heures, on est hyper réactif. On est d'une flexibilité à toute épreuve, on peut tout changer du jour au lendemain, 7 jours sur 7. En plus, même si on travaille aux Marronniers on reste assez anonyme, il n'y a pas d'étiquette, les gens rentrent ici comme dans une maison.

On est bien constitué, on est une bonne équipe. Mais ça dépend des équipes mobiles, par exemple à Leuze, ils sont six ! Du coup, ils prennent moins de patients, ils sont plus sélectifs, et moins réactifs.

Est-ce qu'à cause de ça ils vous renvoient parfois des patients ?

S'ils sont dans notre territoire oui. Après, on est déjà allé chez une infirmière dans la région de Leuze pour qu'elle n'ait pas à faire à des gens qu'elle connaît, ça on peut faire aussi. Une autre différence c'est qu'à Leuze, l'équipe mobile ne s'occupe pas des sevrages ; c'est notre psychiatre qui encourage d'essayer d'abord à domicile.

Quand vous parlez de flexibilité, que voulez-vous dire ?

Dans notre façon de travailler, on est très modelable. Par exemple, on peut prendre un rendez-vous demain avec un usager, mais après il nous rappelle car a un empêchement, et bien on pourra déplacer le rendez-vous au lendemain ou au surlendemain. On change tout facilement, on se déplace, on accueille, on véhicule les gens à certains endroits pour aller à des rendez-

vous. En plus, les usagers ont de la chance de pouvoir rencontrer la psychiatre facilement, elle les voit une à deux fois sur le suivi qui permet d'avoir un avis psychiatrique rapidement. Pour la plupart des gens extérieurs, s'ils veulent prendre rendez-vous chez un psychiatre, ça prend six mois alors que chez nous, il est vu dans la semaine. Et c'est gratuit, il faut le dire aussi.

Vous intervenez plus à domicile ou les gens viennent plutôt ici dans vos bureaux ?

Hors Covid, on va beaucoup plus à domicile. En ce moment, on essaye ici pour les trois quarts du temps, avec le Covid. Sinon, les gens recherchent les visites à domicile, par facilité tout simplement. Par exemple, quelqu'un d'ultra anxieux, bourré de TOC et qui ne sort plus de chez lui n'arrive pas à sortir pour nous rencontrer, du moins pas au début. Les gens très déprimés aussi, c'est compliqué pour eux de bouger. Pour un sevrage aussi, on va la première semaine à domicile comme ça ils ne se déplacent pas. En général, ceux qui viennent ici ce sont plutôt des gens qui ont plus de facilités physiques, des jeunes, qui ont une santé globale qui leur permet de se déplacer. Puis il y a tout simplement des gens qui n'ont pas de véhicule, qui ont peu de moyen, pour qui faire un aller-retour Mouscron Tournai c'est onéreux. C'est très individuel. Par contre à côté de ça, pour notre psychiatre, c'est plus facile de voir cinq personnes ici sur sa matinée que d'aller à Comines voir une seule personne.

