



Introduction

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

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

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

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

La Réforme des soins en santé mentale en Belgique

Le remaniement des offres en santé mentale, avec une limitation de l'offre hospitalière résidentielle au bénéfice d'un suivi dans la communauté, et plus largement au bénéfice de l'utilisateur, a amené le gouvernement belge, composé de ses entités fédérales, régionales et communautaires à se concerter et à construire ensemble leur dispositif -tant sur le plan organisationnel que philosophique- pour proposer la mise en place d'une « Réforme des soins en santé mentale » qui a pour but d'optimiser les soins en santé mentale actuels.

Cette nouvelle offre est principalement orientée vers une approche et une vision communautaire (Besançon & col, 2009).

Il ressort de l'enquête de santé par interview de 2004 (Bellamy & coll, 2005) qu'une personne sur quatre (24%) dans la population des 15 ans et plus, a déjà lutté contre un mal-être psychique et que, pour plus de la moitié de ces personnes (13%), il s'agissait d'une affection assez grave.

Pour un tiers des personnes incapables de travailler durant de longues périodes ou définitivement, la cause de cette incapacité est due à une problématique en santé mentale. Il s'agit de près de 70.000 personnes.

Les données de l'enquête de santé montrent aussi qu'un belge sur quatre rencontre des problèmes de santé mentale (Gisle, 2008).

Une subdivision par problématique indique que 8% de la population a présenté des épisodes dépressifs, 8% a rencontré des problèmes somatiques, 6% des symptômes de peur et 20% des troubles du sommeil.

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

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

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

Ensuite, **l'inclusion** qui peut être décrite comme la réadaptation et la réhabilitation dans le cadre d'une indispensable collaboration avec les secteurs de l'enseignement, de la culture, du travail, du logement social...

L'inclusion ne concerne donc pas que les secteurs de la santé mentale, mais l'ensemble des professionnels qui interviennent.

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

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

Enfin, la **consolidation** qui est une régularisation des différents projets pilotes participants, tant aux niveaux fédéral, que communautaire et régional, dans le concept de globalisation des soins en santé mentale.

L'idée étant de pouvoir structurer l'offre de soins globale et en réseau.

Implémentation locale, un modèle de travail en réseau

La vision de la Réforme s'inspire de l'approche globale et intégrée qui définit toutes les fonctions dans le cadre des soins en santé mentale et ce, au départ d'un modèle intégré. L'organisation actuelle des soins en santé mentale doit progressivement évoluer et faire place à un réseau de services alternatifs répartis sur le territoire.

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

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

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

La Réforme des soins en santé mentale vient modifier profondément le paysage et la philosophie de prise en charge des usagers présentant une problématique de santé mentale et/ou psychiatrique, en orientant les pratiques vers une vision se centrant sur une prise en charge communautaire et vers le rétablissement, et ce, en transformant l'offre hospitalière -qui apparaît comme une des plus fournies en Europe en termes de lits/habitant- en soins au plus près du quotidien et du cadre de vie de l'utilisateur.

Cette philosophie implique une prise en compte de tous les intervenants qui formalisent un travail en réseau, où la concertation est une des bases du travail. La finalité est le maintien des personnes au

sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés.

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

Le modèle mis en place (Guide, 2010 - www.psy107.be) a comme originalité et spécificité d'associer, au sein d'une **vision globale et intégrée**, l'ensemble du dispositif en intégrant les ressources des institutions hospitalières et des services développés dans la communauté, qu'elles soient en lien avec la santé mentale ou non.

Sur une zone déterminée, l'ensemble des intervenants présents ont à créer des stratégies pour répondre à l'ensemble des besoins en santé mentale de la population de ce territoire. Le réseau ainsi construit est multidisciplinaire et basé sur des modalités d'intervention flexibles.

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

Le manuel des pratiques innovantes dans les soins en santé mentale

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

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

Les **objectifs** sont les suivants :

- Servir de support aux coordinateurs de réseau, aux membres des comités de réseau et des comités de fonction; faciliter la diffusion.
- Constituer un moyen de communication, vers l'ensemble des acteurs: usagers, proches, professionnels, tant en interne qu'en externe, liés à la Réforme des soins en santé mentale en Belgique.
- Constituer un répertoire en lien avec le programme de formation.
- Permettre d'avoir une vision actualisée de la réorganisation des soins en santé mentale en Belgique

au niveau international (OMS, Union européenne, ...), vision basée sur l'approche communautaire et les besoins des usagers.

- Renforcer l'importance de la collaboration entre les différents secteurs des diverses compétences (fédérales, communautaires et régionales).

APPROCHE GLOBALE ET INTEGREE.

- Mettre en avant le caractère évolutif de la Réforme des soins en santé mentale.
- Donner une plus-value aux argumentations des évaluations qualitatives des projets.
- Mettre en avant les aspects positifs de la Réforme, par des exemples concrets du terrain (bottom-up).
- Etablir le lien avec les recommandations du projet « Participation des usagers et des proches ».
- Etablir le lien, en termes de pratiques innovantes, avec la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents.

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

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

Pratiques innovantes

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

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

Les pratiques sélectionnées ont pour but d'inspirer, et non d'imposer.

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

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

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

C'est pourquoi, dans ce manuel, nous souhaitons présenter un éventail d'initiatives intéressantes et inspirantes. Un inventaire des pratiques innovantes existant dans notre pays peut contribuer au

changement dans les soins en santé mentale et à l'amélioration de la qualité des soins pour les personnes présentant une vulnérabilité psychique.

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

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

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

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

1. Les pratiques innovantes sont novatrices et avant-gardistes. La pratique apporte des solutions nouvelles et créatives. À ce niveau, il faut souligner qu'un certain nombre des initiatives décrites dans ce manuel ne sont pas nécessairement "nouvelles", car elles ont, déjà été utilisées à l'étranger et ont même, déjà, parfois fait l'objet d'une évaluation scientifique. Le caractère innovant et avant-gardiste est dès lors en corrélation avec la mise en œuvre de ces interventions ou de ces modèles dans le contexte des soins en santé (mentale) en Belgique.
2. Les pratiques innovantes sont fondées sur un degré élevé de consensus avec la littérature existante et l'expertise actuelle au niveau des soins. Les pratiques innovantes peuvent, mais ce n'est pas toujours le cas, être scientifiquement prouvées.
3. Les pratiques innovantes présentent une méthodologie convaincante et sont applicables dans la pratique. Elles peuvent être aisément explicitées.
4. Les pratiques innovantes sont facilement et durablement transférables. Elles sont souvent dépendantes du contexte dans lequel elles ont été développées, ce qui rend le transfert de cette pratique dans un autre environnement peu évidente et difficile. Voilà pourquoi, dans cet ouvrage, il est toujours indiqué dans quelle(s) institution(s) et dans quel contexte la pratique décrite a été développée, afin que les personnes intéressées puissent y avoir accès. Bien entendu, nous ne citons pas, dans ce manuel, toutes les structures ni tous les réseaux où la pratique est implémentée, mais, nous avons réalisé une sélection d'une ou plusieurs structures qui travaillent activement, avec succès selon cette approche. Les institutions et associations devront déterminer elles-mêmes si la méthodologie peut s'inscrire dans leur contexte et selon leurs besoins, la méthodologie pourra être adaptée, si nécessaire. Une pratique innovante sera donc évaluée et ajustée en fonction des éventuels utilisateurs et son application doit être considérée comme un processus en continu.
5. Les pratiques innovantes se basent sur l'expérience acquise et sur les preuves scientifiques (limitées), elles peuvent déboucher sur une amélioration significative et perceptible de la qualité des soins et de la qualité de vie des usagers. La pratique conduit à des résultats significatifs et désirés.

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

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

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

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

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

Nous avons opté pour un outil modulaire.

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

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

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

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

Chaque module cible un élément particulier intégré dans la Réforme.

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

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

Sur base de ces fiches, un certain nombre de pratiques ont été sélectionnées et plus amplement développées selon un modèle plus complet.

Pour chaque thématique, nous avons, également, choisi des lecteurs faisant preuve d'expérience dans les matières traitées. Nous faisons appel à eux pour relire et commenter les éléments des différents modules.

Lors de la sélection, divers éléments sont intervenus en plus du contenu.

Un trait marquant, par exemple, a été que plusieurs pratiques évoquées se rapportaient aux mêmes thèmes actuels.

Dès lors, nous avons tenu compte de la répartition régionale.

Bien que l'on cite des pratiques émanant de divers projets, le nombre de fiches envoyées par réseau était différent. Au final, nous avons pu sélectionner diverses descriptions de pratiques issues de différents projets.

Certaines pratiques sont issues de la collaboration entre différents projets.

Dans le cadre de certaines thématiques, le comité d'écriture a souhaité regrouper des pratiques quelque peu convergentes qui avaient été, au départ, proposées de manière individuelle.

Pour chaque thématique, nous avons, également, fait appel à un certain nombre de "lecteurs" experts dans les domaines des différents modules. Avec le comité d'écriture et le comité de rédaction, ils constituent le comité rédactionnel du module concerné. Ces experts ont lu et évalué les divers éléments des modules, ainsi que certaines descriptions de pratiques.

Le comité d'écriture s'est, quant à lui, réuni régulièrement.

Le comité de rédaction lit tous les textes définitifs et décide, par consensus, de leur inclusion dans le manuel. Il veille également à l'unité du manuel tant, au niveau du concept, que de la forme. Il accorde une attention importante à éviter les répétitions, les doublons, ...

La version définitive du projet est constituée de deux volets : d'une part, le présent manuel et, d'autre part, le site web www.innopsy107.be, au sein duquel, figureront, à terme, des pratiques innovantes issues de tous les réseaux.

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

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

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

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

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

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

Celui-ci comprend :

1. Une introduction reprenant une description globale du contexte du projet/de la pratique innovante;
 - Un descriptif du réseau et de la région où la pratique est implémentée;
 - Une description précisant si la pratique innovante a un rôle sur l'ensemble du réseau tout entier ou plutôt sur une partie (sous-réseau régional, public cible,...) ;
2. Une brève description du contenu de l'initiative (mise en relation avec les fonctions du guide) ;
3. Une description des acteurs qui jouent un rôle actif dans le développement de la pratique visée (fonction, secteur, niveaux de fonction au sein des organisations) ;
4. Un aperçu des résultats concrets et du degré d'opérationnalité de l'initiative ;
 - Il ne s'agit pas seulement d'une explication de principe ou théorique;
 - Une analyse décrivant dans quelle mesure l'approche reste fidèle au plan et à la théorie initiale du travail en partenariat (vers où se sont orientées les réflexions par les expériences pratiques);
 - La pratique est-elle actuellement en phase de "projet pilote" ou est-elle déjà validée pour être élargie à l'ensemble du réseau?
 - Existe-t-il des enregistrements de données/des chiffres pour étayer la pratique? Quels seraient les bons indicateurs ?
5. Réalisation d'une conclusion : "qu'avons-nous appris ?"
 - Une liste des choses à faire et à ne pas faire sur base de l'expérience;
 - Quels sont les enseignements propres à cette pratique innovante, quels sont ceux utiles pour d'autres initiatives?
6. Une synthèse de l'initiative : en termes de présentation, d'équivalents temps plein, de partenariats nécessaires, de financement, de budget et de transférabilité de la pratique, ...
7. Des éventuelles références bibliographiques ;
8. Les coordonnées mentionnées permettent aux personnes intéressées d'obtenir de plus amples informations. Nous souhaitons ainsi stimuler les échanges sur les expériences existantes dans le cadre des projets de la Réforme des soins en santé mentale en Belgique.

Terminologie et qualité d'auteur

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

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

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

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

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

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

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