



Vers de meilleurs soins en santé mentale

par la réalisation de circuits et de réseaux de soins



**Wetenschappelijk
onderzoek in het kader van
de hervorming van de
geestelijke gezondheidszorg
2013 – 2015:**

Presentatie van de
resultaten

**Recherche scientifique
dans le cadre de la
réforme des soins de
santé mentale 2013-2015:
Présentation des résultats.**



Naar een betere geestelijke gezondheidszorg

door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken



PROGRAMMA | PROGRAMME

9hr30 – 9hr45

Introductie door **dhr. Harmen Lecok**, adviseur kabinet Minister van Volksgezondheid Maggie De Block

Introduction par **mr. Harmen Lecok**, adviseur kabinet Ministre de la Santé Publique Maggie De Block

9hr45 – 10hr30

Onderzoeksgroep V.U.B.: **prof. dr. Mark Leys**

Equipe de recherche V.U.B.: **prof. dr. Mark Leys**

10hr30 – 10hr50

PAUZE | PAUSE

10hr50 – 11hr35

Onderzoeksgroep KU Leuven.: **prof. dr. Chantal Van Audenhove**

Equipe de recherche V.U.B.: **prof. dr. Chantal Van Audenhove**

11hr35 – 12hr20

Onderzoeksgroep KU Leuven.: **dr. Pablo Nicaise**

Equipe de recherche V.U.B.: **dr. Pablo Nicaise**

12u20 – 12u30

Slotbeschouwing door **dhr. Bernard Jacob**, nationaal coördinator van de hervorming geestelijke gezondheidszorg.

Clôture par **Mr. Bernard Jacob**, coordonnateur fédéral de la réforme des soins en santé mentale.



Couverture géographique

Géographie

- Ensemble de la Belgique
 - Les décisions/orientations prises par les autorités fin 2015 engendrent des tensions
- Couverture géographique et contexte local
 - Diversité des secteurs, diversité des découpages géographiques
- Couverture interne des zones géographiques
 - Les zones concernées par les réseaux ne sont pas toujours couvertes de manière équivalente (Cf. fonctions)
 - La liste des barrières et des facteurs facilitateurs a été dressée principalement au niveau de chaque fonction, mais pas au niveau du réseau dans son ensemble
- Les transferts et la collaboration entre réseaux, c'est-à-dire entre zones couvertes
 - Reste un point délicat

Mise en oeuvre des réseaux

Deux éléments de contenu

- La question de ce qui fait le réseau
 - et de sa gouvernance
- Le programme des autorités
 - et la direction des autorités

- La couverture géographique a une influence sur le réseau

Constatations

- La composition des réseaux évolue
 - Nombre de partenaires et types de secteurs
 - Différentes approches quant à la manière dont les acteurs locaux sont impliqués
 - L'intérêt pour le "mapping" des acteurs concernés progresse lentement
- Depuis 2014:
 - L'intégration des soins pour problèmes d'assuétudes et en matière d'"internement" engendrent de nouveaux défis
- Les équipes mobiles sont considérées comme un nouveau type de partenaire

Mise en oeuvre des réseaux

- Les réseaux de collaboration n'ont pas été d'emblée mis en oeuvre en tant qu'ensemble
 - Priorité à la fonction 2 au démarrage
 - Pragmatisme et l'argument des ressources
 - Après 2015, mise en oeuvre progressive des autres fonctions
- Pragmatisme = priorité aux activités au sein des fonctions, moindre intérêt pour les activités "inter-fonctions"
 - A partir de 2015 toutefois, certains réseaux se tournent vers ces activités (voir "gouvernance")
- Au sein des réseaux, apparition de "sous-réseaux"
 - Par fonction
 - Selon des sous-régions (voir infra)
 - En fonction de "cliques", au sein ou entre secteurs

Implication et leadership

- L'implication (*involvement*) et l'engagement (*commitment*) des partenaires varie et peut évoluer
 - tant au niveau des activités du réseau dans son ensemble
 - qu'au niveau des activités de fonction.
- Investir dans le temps ! En lien avec les réalisations
 - Risque de moindre implication des acteurs au cours du temps
- Acteurs moteurs et leadership

Confiance et valeur ajoutée

- Mise en commun des attentes diverses des partenaires = encore du chemin à faire
 - valeur ajoutée du réseau en tant qu'organisation propre
 - en comparaison avec d'autres organisations
 - Conflits d'intérêts
 - Représentations de la valeur ajoutée du réseau en tant qu'ensemble.
 - (le nombre d'utilisateurs, la manière dont les soins sont délivrés, l'innovation dont le réseau est porteur)

GOUVERNANCE DE RÉSEAU

Constatations

- La vision du “faire-ensemble” varie entre les 19 projets
- Dans de nombreux cas il manque une **vision** explicite et partagée qui doit se traduire dans une **stratégie de réseau**
 - Les modalités d’action se limitent souvent à “donner forme” aux lignes directrices générales du programme de réforme et à la direction proposée par les autorités en cours de processus (voir aussi infra, à propos des attentes)

Gouvernance des réseaux

- Le modèle de gouvernance (rôle et contenu des différents organes)
 - Le modèle de gouvernance a seulement été travaillé à partir de 2015 (surtout sous l'impulsion d'incitants externes et suite au coaching)
 - Il y a eu peu de réflexions proactives à propos de la mise en place d'une gouvernance plus "efficace"
 - Rôles des organes de gouvernance
 - Responsabilité des organes de gouvernance
 - Le rôle du "coordinateur"
- Gouvernance :
 - Des tensions et des conflits d'intérêt existent
 - entre partenaires d'un même secteur (Cf. SPHG et Hôpitaux Psychiatriques)
 - ou entre secteurs (Cf. les "ressources de l'hôpital")
 - La direction stratégique et la gouvernance opérationnelle menacent de se dissoudre
 - Expérimentation de prises de décisions inefficaces et de tensions en essayant de sauvegarder la participation de tous les partenaires
 - Les réseaux ont besoin de plus de soutien et de compétence à ce propos

LE CADRE DONNÉ PAR LES AUTORITÉS

Le programme

- Positions paradoxales vis-à-vis des autorités
 - Au début, positionnement attentiste, voire défensif, face à la réforme
 - l'espace laissé par l'approche "bottom-up" du programme a été appréhendé avec prudence
 - Le Guide a été considéré comme "trop large", "trop ouvert" pour la mise en pratique des activités de réseau
 - Il a été demandé d'approfondir et de concrétiser le cadre-même, sur base des expériences (et du soutien de la recherche scientifique)
 - Le gel de lits au démarrage devait être appréhendé en tenant compte des besoins au niveau territorial (une vision de santé publique)

Directives des autorités

- Les orientations du programme, telles que transmises au jour le jour par les autorités, ont été *perçues* comme inconsistantes par de nombreux réseaux
 - L'effet des “bruits de couloir” sur les choix des autorités
 - L'impact des mesures sur les fusions obligées de réseaux
- Des initiatives qui ont été approuvées dans un réseaux ont été rejetées dans d'autres réseaux
 - (Cf. un point d'accès central, différences dans l'organisation des équipes mobiles,...)

Constatactions : impact

- Il a été rapporté que
 - La Belgique est en voie de “structuraliser” la réforme en matière de collaboration multisectorielle (il ne s’agira plus de “projets” ou d’expérimentations)
 - Les secteurs et les acteurs apprennent à (mieux) se connaître
 - Des activités concrètes rendent la réforme moins “abstraite” sur le terrain
 - La réforme commence à avoir une influence sur les travail interne des partenaires des réseaux
 - Les partenaires des réseaux commencent à poser des questions quant à leur positionnement futur et leur rôle dans ce nouveau champ d’action,
 - ...

“lessons learned”

- Mieux spécifier le “type” de réseau visé par la réforme (Cf. réseau en tant qu’ensemble, réseau mandaté?).
- L’“attitude” des réseaux vis-à-vis des autorités vs la “mission” des réseaux qui est attendue de la part des autorités
 - Attention maintenue vis-à-vis des apparentes “orientations contradictoires” de la part des autorités
- Tentatives d’améliorations visant à un rapprochement face à
 - la complexité institutionnelle de la Belgique
 - les différents cadres de règles pour l’utilisation des ressources entre secteurs
 - les contextes locaux (et l’offre de service existante)
- Mettre d’avantage l’accent sur la vision de santé publique du programme, en fonction des besoins régionaux ou nationaux
 - Le choix et la définition d’une approche “bottom up” au plan régional a peut-être conduit, au cours de la phase précédente, à des difficultés et des différences quant au rôle et à la place des réseaux
 - Les tâches et le rôle du réseau (Cf. 1 réseau par territoire ou plus ?)
- Une réforme structurelle demande du temps pour que les visions, les cultures, les offres, s’adaptent les unes aux autres, MAIS... il faut aussi éviter un processus trop passif
- La construction du réseau “en tant qu’ensemble” mérite beaucoup plus d’attention (depuis le début, et en continu)
 - Une approche uniquement pragmatique comporte des risques
 - La question du financement des réseaux
- Des compétences plus spécifiquement orientées sur la “gestion des réseaux” doivent être encore développées

Merci pour votre attention !

PROGRAMMA | PROGRAMME

9hr30 – 9hr45

Introductie door **dhr. Harmen Lecok**, adviseur kabinet Minister van Volksgezondheid Maggie De Block

Introduction par **mr. Harmen Lecok**, adviseur kabinet Ministre de la Santé Publique Maggie De Block

9hr45 – 10hr30

Onderzoeksgroep V.U.B.: **prof. dr. Mark Leys**

Equipe de recherche V.U.B.: **prof. dr. Mark Leys**

10hr30 – 10hr50

PAUZE | PAUSE

10hr50 – 11hr35

Onderzoeksgroep KU Leuven.: **prof. dr. Chantal Van Audenhove**

Equipe de recherche V.U.B.: **prof. dr. Chantal Van Audenhove**

11hr35 – 12hr20

Onderzoeksgroep KU Leuven.: **dr. Pablo Nicaise**

Equipe de recherche V.U.B.: **dr. Pablo Nicaise**

12u20 – 12u30

Slotbeschouwing door **dhr. Bernard Jacob**, nationaal coördinator van de hervorming geestelijke gezondheidszorg.

Clôture par **Mr. Bernard Jacob**, coordonnateur fédéral de la réforme des soins en santé mentale.





KU LEUVEN

L U C A S



Rercherche Article 107

Eva Helmer, Bram Vermeulen,
Dr Joke Vanderhaegen,
Prof dr Chantal Van Audenhove

Janvier 2016

- 1. Soins orientés vers le rétablissement au sein des services**
- 2. Du point de vue des usagers**
- 3. Du point de vue des soignants**
- 4. Du point de vue des aidants proches**



1 Soins orientés vers le rétablissement

- **Echantillonnage:**
 - Institutions de longs séjours et équipes mobiles 2b
 - 2013 (étude de faisabilité): ROPI dans 7 institutions de longs séjours (1ère phase)
 - 2014: repassation du ROPI dans 7 institutions: évolution en termes de soins orientés vers le rétablissement ?
 - **2015:** ROPI dans 9 institutions de longs séjours (2ème phase) et 6 équipes mobiles 2B

Collecte de données: partie services (ROPI)

- **Recovery Oriented Practices Index (ROPI):** Cartographie dans quelle mesure une équipe utilise le rétablissement comme principe directeur
- Interview avec des gestionnaires, superviseurs, soignants et patients
- Analyse et revue des plans d'accompagnement et des documents relatifs à l'orientation des services
- Charge de travail: 1 jour, 2 employés
- Rédaction du rapport et recommandations: 4 jours
- 9 ROPI x 5 = 45 jours de travail
- Extra: formation de 2 collaborateurs francophones pour la passation des ROPI dans les projets francophones



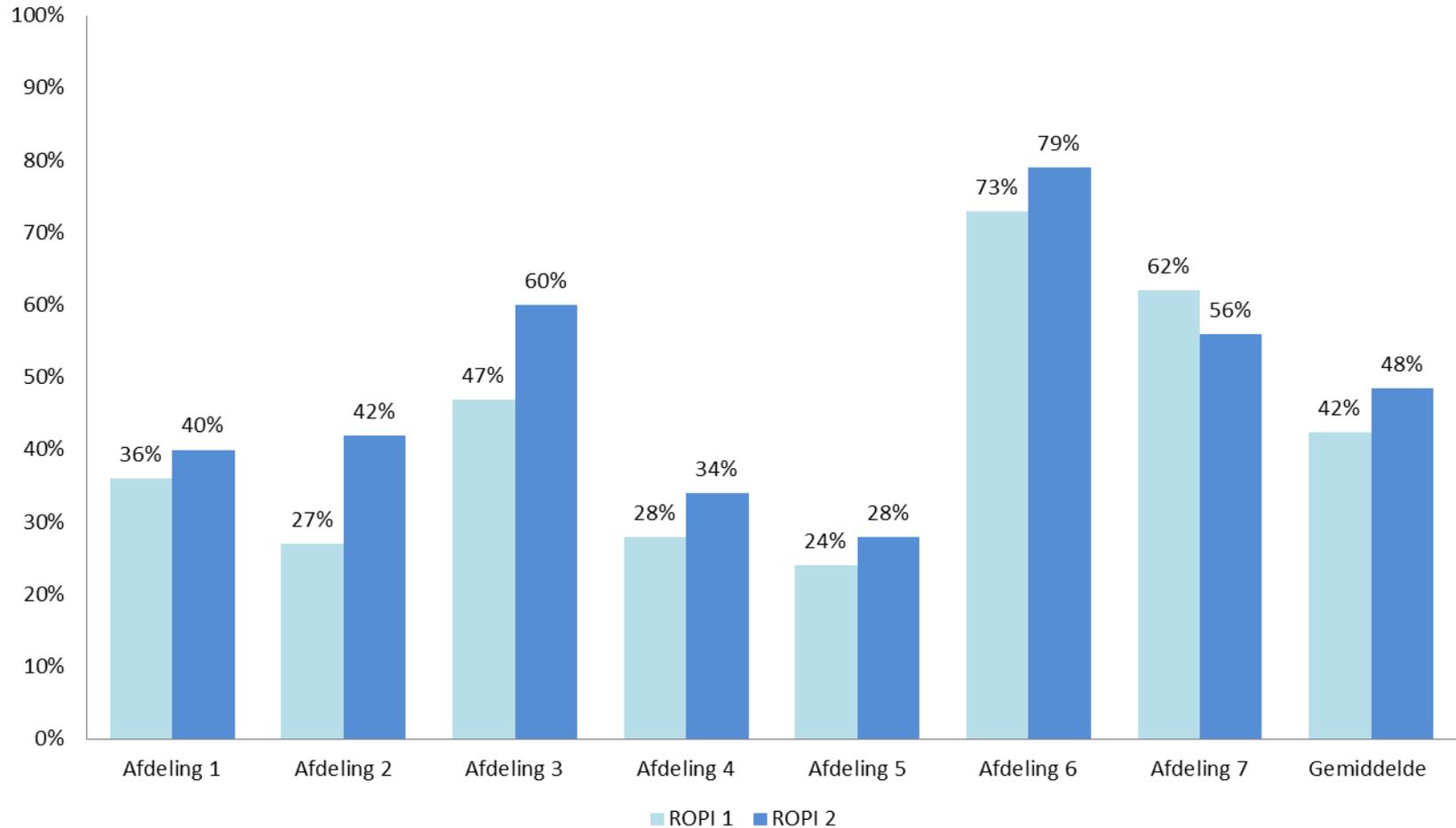
Résultats de recherche: parties usagers (ROPI)

- Score de 8 dimensions:
 - (1) Répondre aux besoins de santé de base
 - (2) Large gamme de services
 - (3) Contacts sociaux et participation
 - (4) Possibilité de co-décision et participation
 - (5) Soins basés sur les capacités du patient
 - (6) Soins orientés sur le patient et possibilités de choix
 - (7) Auto-détermination des patients
 - (8) Focus sur la capacité de rétablissement et l'expérience

Partie services: résultats relatifs aux soins orientés vers le rétablissement : ROPI 2014

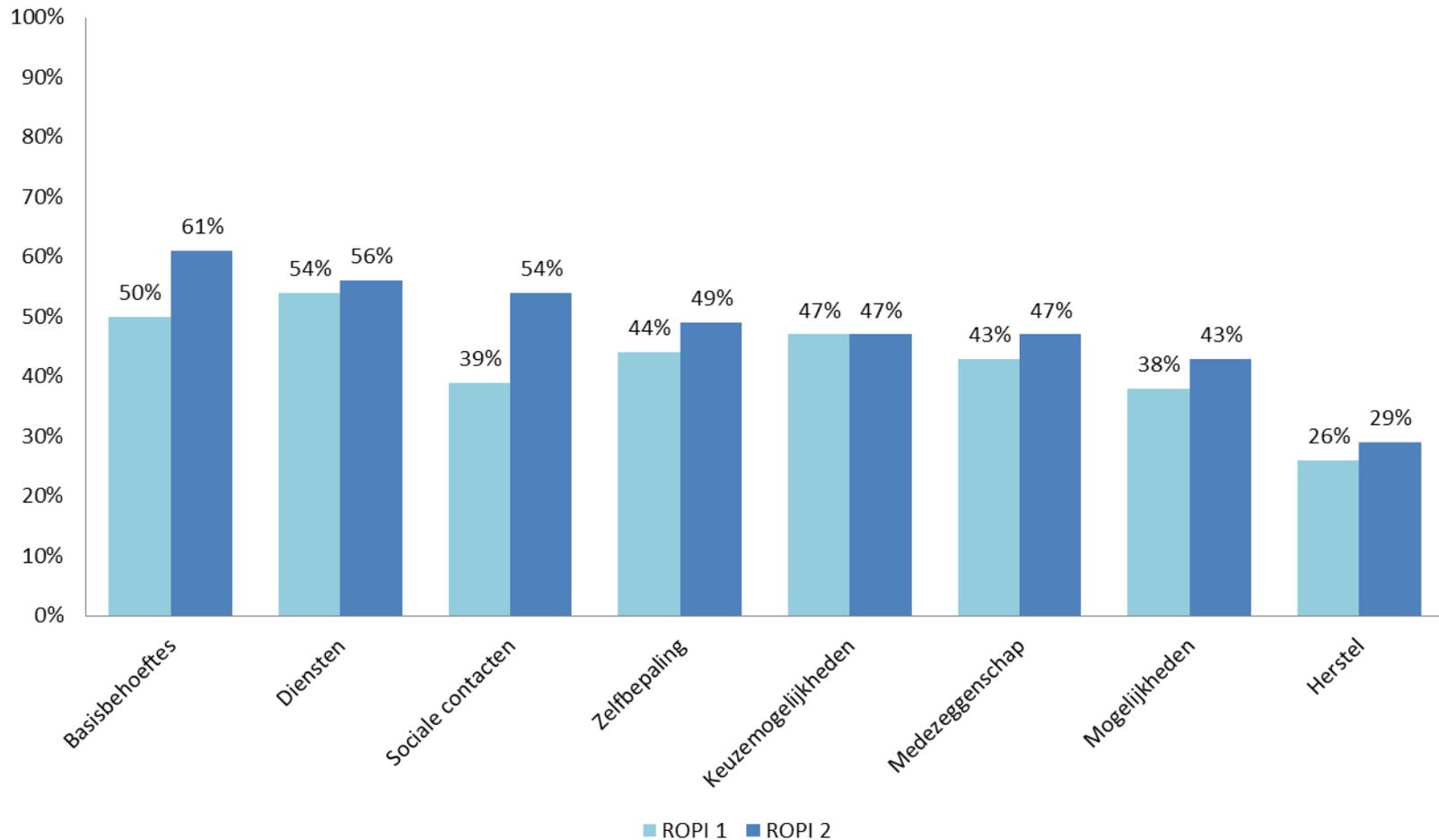
	Afd 1	Afd 2	Afd 3	Afd 4	Afd 5	Afd 6	Afd 7	Min	Max	Gem
Tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes (/15)	11	10	12	9	8	12	10	8	12	10
Vaststellen van zorgbehoeftes	4	3	4	2	2	4	4	2	4	3
Basale zorg	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4
Tijd en persoonlijke aandacht	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3
Breed aanbod van diensten (/10)	6	6	7	7	6	7	6	6	7	6
Breed aanbod van diensten	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3
Toegankelijkheid aanbod	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3
Sociale contacten en participatie (/20)	12	12	12	11	10	16	15	10	16	13
Bevordering netwerkcontacten	3	3	3	3	2	4	3	2	4	3
Betrokkenheid omgeving	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3
Maatschappelijke re-integratie	3	3	3	2	2	4	4	2	4	3
Stigmabestrijding	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3
Medezeggenschap en participatiemogelijkheden (/10)	4	5	7	3	4	10	6	3	10	6
Medezeggenschap	2	3	4	2	2	5	3	2	5	3
Participatie in behandel- en begeleidingsplan	2	2	3	1	2	5	3	1	5	3
Zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de cliënt (/15)	7	7	11	3	4	14	10	3	14	8
Vaststellen van wensen en kwaliteiten	3	3	4	1	2	4	4	1	4	3
Begeleidsdoelen gebaseerd op mogelijkheden	2	2	4	1	1	5	3	1	5	3
Begeleidsdoelen gebaseerd op rollen	2	2	3	1	1	5	3	1	5	2
Cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden (/10)	5	6	7	5	3	8	6	3	8	6
Visiedocumenten, jaarplannen en brochures	2	3	3	1	1	4	3	1	4	2
Variatie in zorgverlening	3	3	4	4	2	4	3	2	4	3
Zelfbepaling van de cliënt (/25)	11	11	18	12	12	22	17	11	22	15
Cliënt in regie	2	3	3	3	1	3	3	1	3	3
Ziektemanagement (illness management)	3	2	3	4	4	4	3	2	4	3
Financieel beheer	2	2	3	2	3	5	4	2	5	3
Terugdringen van dwangmaatregelen	3	3	4	2	3	5	5	2	5	4
Zelfbepaling in crisissituaties	1	1	5	1	1	5	2	1	5	2
Focus op herstel en ervaringsdeskundigheid (/25)	7	11	12	7	7	18	13	7	18	11
Visie op herstel	1	1	2	1	1	4	3	1	4	2
Ondersteuning persoonlijk herstelproces	2	4	4	3	3	5	3	2	5	3
Inzet van ervaringsdeskundigen	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1
Deskundigheidsbevordering	2	2	4	1	1	4	4	1	4	3
Herstelwerkgroepen en lotgenotencontact	1	3	1	1	1	3	2	1	3	2

Résultats des soins orientés vers le rétablissement : Evolution 2013-2014 dans les institutions de longs séjours



Vrije
Universiteit
Brussel

Résultats des soins orientés vers le rétablissement : évolution 2013-2014 dans les institutions de longs séjours



Résultats soins orientés vers le rétablissement : institutions de longs séjours 2015

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	MIN	MAX	GEM
Tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes (/15)	10	10	10	9	13	11	10	10	11	9	13	10
Vaststellen van zorgbehoeftes	3	2	3	3	5	3	3	3	4			
Basale zorg	4	4	3	3	4	4	4	4	4			
Tijd en persoonlijke aandacht	3	4	4	3	4	4	3	3	3			
Breed aanbod van diensten (/10)	6	5	6	5	9	6	7	6	7	5	9	6
Breed aanbod van diensten	4	3	4	3	5	3	3	4	4			
Toegankelijkheid aanbod	2	2	2	2	4	3	4	2	3			
Sociale contacten en participatie (/20)	8	8	12	11	13	11	9	8	13	8	13	10
Bevordering netwerkcontacten	2	2	3	3	4	2	2	2	3			
Betrokkenheid omgeving	2	3	4	3	3	3	2	4	3			
Maatschappelijke re-integratie	2	1	2	2	3	3	3	1	3			
Stigmabestrijding	2	2	3	3	3	3	2	1	4			
Medezeggenschap en participatiemogelijkheden (/10)	4	6	4	5	8	5	3	3	7	3	8	5
Medezeggenschap	2	4	3	3	4	3	2	1	4			
Participatie in behandel- en begeleidingsplan	2	2	1	2	4	2	1	2	3			
Zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de cliënt (/15)	6	5	5	4	9	5	5	4	6	4	9	5
Vaststellen van wensen en kwaliteiten	2	3	3	2	5	3	2	2	2			
Begeleidingsdoelen gebaseerd op mogelijkheden	2	1	1	1	2	1	1	1	2			
Begeleidingsdoelen gebaseerd op rollen	2	1	1	1	2	1	2	1	2			
Cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden (/10)	6	7	5	6	7	5	6	6	9	5	9	6
Visiedocumenten, jaarplannen en brochures	3	3	2	3	3	2	3	3	5			
Variatie in zorgverlening	3	4	3	3	4	3	3	3	4			
Zelfbepaling van de cliënt (/25)	13	11	14	14	20	11	11	9	14	9	20	13
Cliënt in regie	2	3	3	3	4	2	3	2	3			
Ziektemanagement (illness management)	2	1	3	3	5	3	2	3	3			
Financieel beheer	3	3	2	3	3	2	2	2	3			
Terugdringen van dwangmaatregelen	5	2	5	3	4	3	3	1	4			
Zelfbepaling in crisissituaties	1	2	1	2	4	1	1	1	1			
Focus op herstel en ervaringsdeskundigheid (/25)	9	7	10	11	15	9	9	7	11	7	15	10
Visie op herstel	1	1	1	2	4	1	1	1	3			
Ondersteuning persoonlijk herstelproces	2	3	4	4	4	4	3	3	3			
Inzet van ervaringsdeskundigen	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
Deskundigheidsbevordering	3	1	3	3	4	1	3	1	3			
Herstelwerkgroepen en lotgenotencontact	2	1	1	1	2	2	1	1	1			

Résultats soins orientés vers le rétablissement : Equipes mobiles 2b

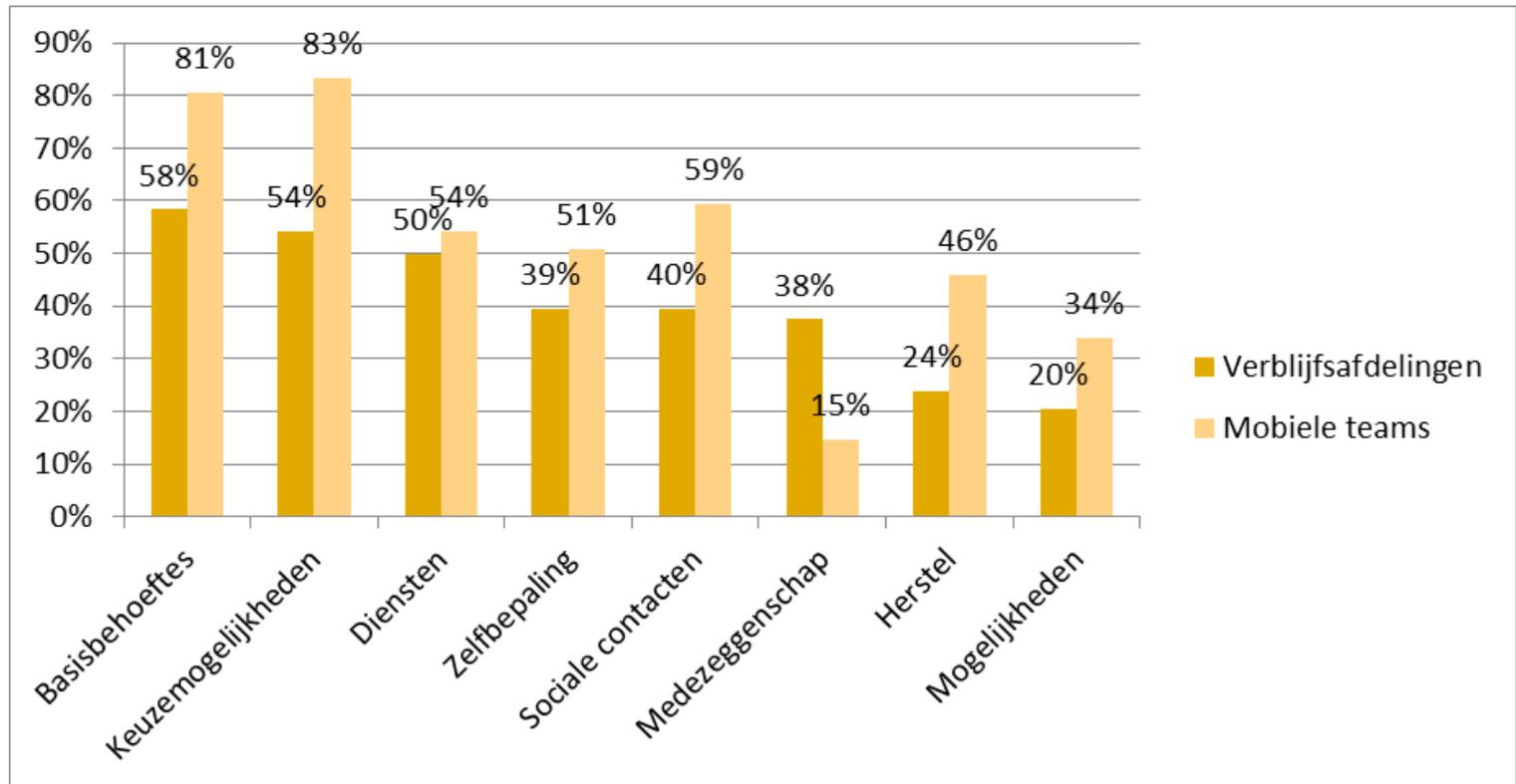
	A	B	C	D	E	F	Min	Max	Gem
Tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes (/15)	14	13	12	11	13	13	11	14	13
Vaststellen van zorgbehoeftes	5	5	3	4	4	4	3	5	4
Basale zorg	5	4	5	4	4	5	4	5	5
Tijd en persoonlijke aandacht	4	4	4	3	5	4	3	5	4
Breed aanbod van diensten (/10)	7	5	7	6	6	7	5	7	6
Breed aanbod van diensten	4	3	4	3	3	4	3	4	4
Toegankelijkheid aanbod	3	2	3	3	3	3	2	3	3
Sociale contacten en participatie (/20)	13	14	14	13	15	12	12	15	14
Bevordering netwerkcontacten	3	3	4	3	4	3	3	4	3
Betrokkenheid omgeving	3	3	2	2	3	3	2	3	3
Maatschappelijke re-integratie	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Stigmabestrijding	3	4	4	4	4	2	2	4	4
Medezeggenschap en participatiemogelijkheden (/10)	3	2	4	4	4	2	2	4	3
Medezeggenschap	1	1	1	1	2	1	1	2	1
Participatie in behandel- en begeleidingsplan	2	1	3	3	2	1	1	3	2
Zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de cliënt (/15)	8	7	9	7	7	4	4	9	7
Vaststellen van wensen en kwaliteiten	4	3	3	3	3	2	2	4	3
Begeleidingsdoelen gebaseerd op mogelijkheden	2	2	3	2	2	1	1	3	2
Begeleidingsdoelen gebaseerd op rollen	2	2	3	2	2	1	1	3	2
Cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden (/10)	9	10	9	8	9	7	7	10	9
Visiedocumenten, jaarplannen en brochures	4	5	4	3	4	2	2	5	4
Variatie in zorgverlening	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Zelfbepaling van de cliënt (/25)	17	14	13	14	12	15	12	17	14
Cliënt in regie	4	4	4	3	4	4	3	4	4
Ziektemanagement (illness management)	4	3	3	2	2	3	2	4	3
Financieel beheer	5	4	4	4	3	4	3	5	4
Zelfbepaling in crisissituaties	4	3	2	5	3	4	2	5	4
Focus op herstel en ervaringsdeskundigheid (/25)	12	15	12	10	22	14	10	22	14
Visie op herstel	2	1	2	3	3	2	1	3	2
Ondersteuning persoonlijk herstelproces	4	4	4	3	4	4	3	4	4
Inzet van ervaringsdeskundigen	1	4	1	1	5	1	1	5	2
Deskundigheidsbevordering	3	3	4	2	5	5	2	5	4
Herstelwerkgroepen en lotgenotencontact	2	3	1	1	5	2	1	5	2

Résultats soins orientés vers le rétablissement :

Comparaison institutions de longs séjours et équipes mobiles 2b

	Afdelingen			Mobiële teams		
	Min	Max	Gem	Min	Max	Gem
Tegemoet komen aan basale zorgbehoefes (/15)	9	13	10	11	14	13
Vaststellen van zorgbehoefes	2	5	3	3	5	4
Basale zorg	3	4	4	4	5	5
Tijd en persoonlijke aandacht	3	4	3	3	5	4
Breed aanbod van diensten (/10)	5	9	6	5	7	6
Breed aanbod van diensten	3	5	4	3	4	4
Toegankelijkheid aanbod	2	4	3	2	3	3
Sociale contacten en participatie (/20)	8	13	10	12	15	14
Bevordering netwerkcontacten	2	4	3	3	4	3
Betrokkenheid omgeving	2	4	3	2	3	3
Maatschappelijke re-integratie	1	3	2	4	4	4
Stigmabestrijding	1	4	3	2	4	4
Medezeggenschap en participatiemogelijkheden (/10)	3	8	5	2	4	3
Medezeggenschap	1	4	3	1	2	1
Participatie in behandel- en begeleidingsplan	1	4	2	1	3	2
Zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de cliënt (/15)	4	9	5	4	9	7
Vaststellen van wensen en kwaliteiten	2	5	3	2	4	3
Begeleidingsdoelen gebaseerd op mogelijkheden	1	2	1	1	3	2
Begeleidingsdoelen gebaseerd op rollen	1	2	1	1	3	2
Cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden (/10)	5	9	6	7	10	9
Visiedocumenten, jaarplannen en brochures	2	5	3	2	5	4
Variatie in zorgverlening	3	4	3	5	5	5
Zelfbepaling van de cliënt (/25)	9	20	13	12	17	14
Cliënt in regie	2	4	3	3	4	4
Ziektemanagement (illness management)	1	5	3	2	4	3
Financieel beheer	2	3	3	3	5	4
Terugdringen van dwangmaatregelen	1	5	3			
Zelfbepaling in crisissituaties	1	4	2	2	5	4
Focus op herstel en ervaringsdeskundigheid (/25)	7	15	10	10	22	14
Visie op herstel	1	4	2	1	3	2
Ondersteuning persoonlijk herstelproces	2	4	3	3	4	4
Inzet van ervaringsdeskundigen	1	1	1	1	5	2
Deskundigheidsbevordering	1	4	2	2	5	4
Herstellwerkgroepen en lotgenotencontact	1	2	1	1	5	2

Résultats des soins orientés vers le rétablissement : Comparaison institutions de longs séjours et équipes mobiles 2b



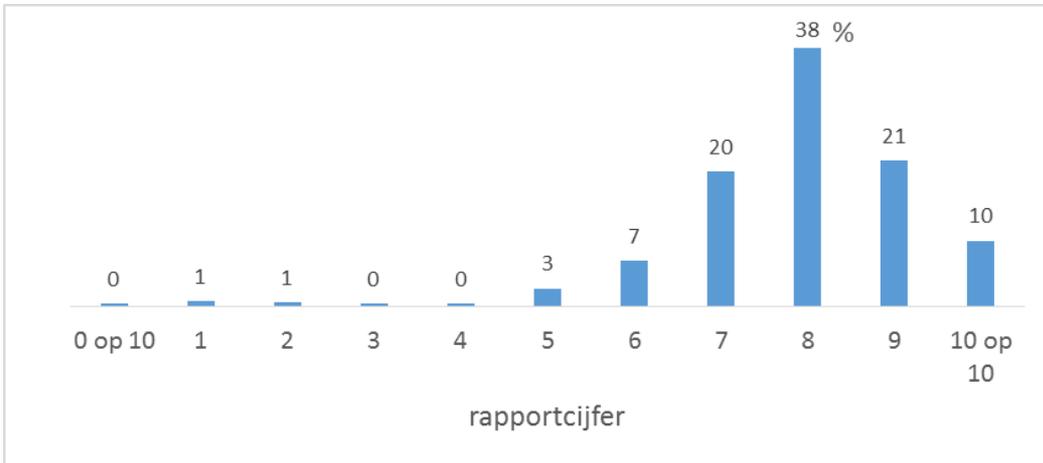


2. Point de vue des usagers

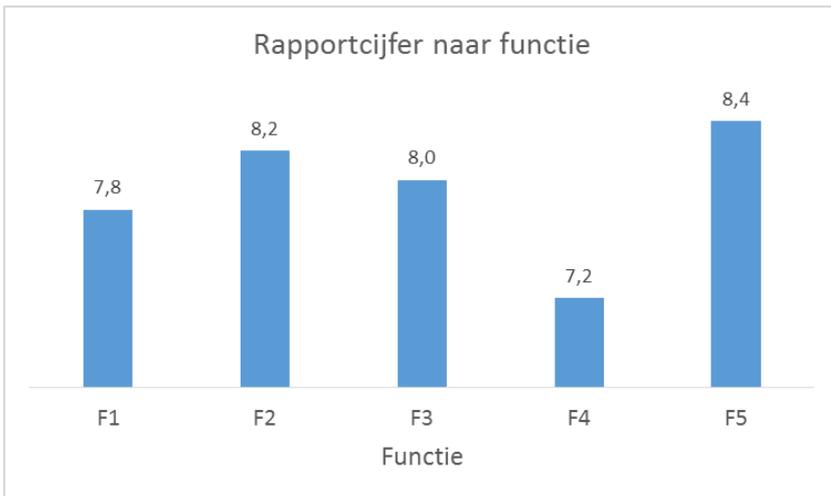
Thermomètre des soins de santé mentale mesuré chez 652 patients

	% oui
Avez-vous reçu une information complète sur les possibilités de traitement et d'accompagnement par les services ?	80
Avez-vous reçu suffisamment d'informations sur les méthodes de traitement ou d'accompagnement?	74
Etes-vous impliqués dans les décisions relatives au traitement ou à l'accompagnement dont vous bénéficiez ?	87
Avez-vous consenti à votre plan de traitement ou d'accompagnement?	93
A-t-on fait un plan de traitement ou d'accompagnement?	65 (30% ne sait pas)
Est-ce que vous iriez redemander de l'aide auprès de ce service ?	95

En moyenne, les usagers attribuent une note de 7,9 sur 10 au service



→ Les usagers attribuent rarement un note faible



→ Fonction 5 = note la plus élevée, fonction 4 (structures résidentielles) = note la plus faible



3. Point de vue des aidants proches

Echantillon de 467 soignants

- Moyenne de 54 ans
- 57% de femmes
- 7% ont une formation universitaire
- 45% travaillent, 30% pensionnés, 13% en incapacité de travail, 6% au chômage

- 9% sont affiliés à une association de familles

- Proche avec une fragilité mentale: 36% conjoint, 34% enfant, 13% frère/soeur, 9% autre, 8% père/mère

- 60% des aidants proches le sont depuis plus de 5 ans
- Moyenne de 5,8 heures d'aide fournie par jour
- 50% vivent avec la personne concernée

Thermomètre de la santé mentale auprès des soignants

Dimensions	Items	% Oui
Evaluation de l'implication	Avez-vous reçu suffisamment d'informations quant à l'approche du traitement ou de l'accompagnement de l'utilisateur ?	63
	Avez-vous suffisamment d'informations sur l'issue probable du traitement ou de l'accompagnement de l'utilisateur ?	55
	Avez-vous suffisamment d'informations sur la durée du traitement ou de l'accompagnement de l'utilisateur ?	57
	Etes-vous suffisamment impliqué dans le traitement ou l'accompagnement de l'utilisateur ?	58
	Est-ce qu'on a demandé votre opinion quant au traitement ou à l'accompagnement de l'utilisateur ?	48
Evaluation des soignants	Avez-vous suffisamment confiance en les compétences des soignants ?	91
	Est-ce que le soignant proche vous témoigne suffisamment de respect ?	93
Evaluation du soutien reçu	Avez-vous reçu suffisamment de soutien/recommandations pour prendre en charge les problèmes ou les plaintes de l'utilisateur ?	62
	Est-ce que ce soutien/recommandations vous a permis d'avoir une meilleure compréhension des problèmes ou des plaintes de l'utilisateur ?	66
	Est-ce que vous avez pu mieux faire face aux problèmes ou aux plaintes des utilisateurs grâce à ce soutien/recommandations ?	65
Evaluation de l'information et de la participation	Est-ce que vous trouvez que l'utilisateur a reçu une information complète quant aux possibilités de traitement et d'accompagnement par le service ?	89
	Est-ce que vous trouvez que l'utilisateur a reçu suffisamment d'informations quant à l'approche développée par le service ?	88
	Est-ce que vous trouvez que l'utilisateur a reçu suffisamment d'informations sur ce à quoi il/elle peut s'attendre comme résultat du traitement ?	81
	Est-ce que vous trouvez que l'utilisateur a suffisamment eu l'occasion de prendre part aux décisions concernant le traitement ?	82

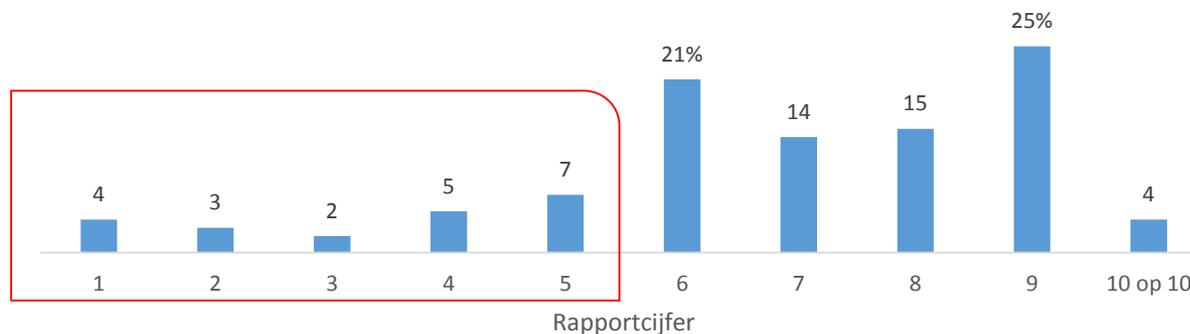
Les aidants proches apprécient les soignants, mais ne se sentent pas toujours impliqués

Score moyen sur 100

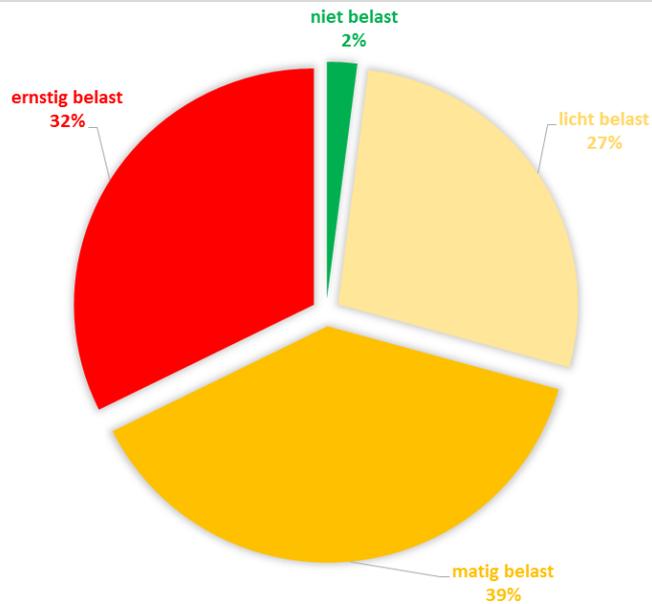
- Appréciation de leur implication **56**
- Appréciation des soignants **92**
- Appréciation du soutien/accompagnement reçu **64**
- Appréciation de l'information et de la participation **85**

Les aidants proches donnent une note de 6,8 sur 10, mais un groupe important est très insatisfait

Quelle note donneriez-vous à la façon dont le service vous a soutenu?

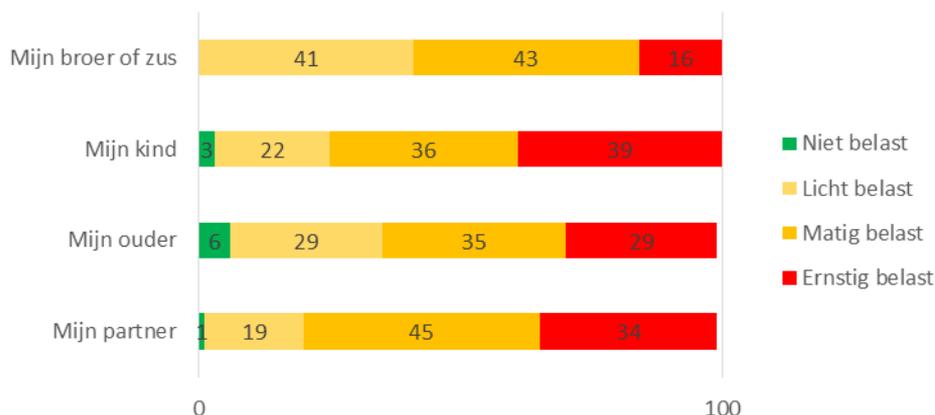


Dans l'échelle EDIZ-plus, il ressort qu'1/3^{de} est sérieusement responsable



➔ Seulement 2% des aidants proches perçoit une pression faible

Link tussen belasting en familieband



➔ Différentes façons de manier la vulnérabilité psychique chez l'enfant/ partenaire/ parent/frère ou soeur



4. Point de vue des soignants

Echantillon de 861 soignants

- 40 ans en moyenne
- 75% femmes
- 27% formation universitaire
- 13% a une fonction de gestion

<u>Fontion (%)</u>		<u>Types de services (%)</u>	
Infirmier(e) (psychiatrique)	36	Hopital général	10
Autres	19	Hopital psychiatrique	19
Psychologue/psychothérapeute	18	Urgences/Unité de crise	2
Travailleur social	18	Initiative d'habitations protégées	15
ergotherapeute	7	Maison de soins psychiatriques	1
psychiatre	3	SSM	11
		Service ambulatoire à domicile	41
		Soins à domicile	7
		Soins psy, à domicile	5
		Equipe mobile de crise	16
		Equipe mobile chronique	18
		Autres	18

- Moyenne de 12 ans d'expérience dans les soins de santé mentale, et 3 ans en dehors des soins de santé mentale
- Moyenne de 9 ans dans le poste actuel
- Moyenne de 24 heures/semaine en contact direct avec les patients

Echelle de satisfaction au travail

Mesure des aspects les plus importants de la satisfaction au travail via 3 dimensions :

1. Satisfaction intrinsèque: reflète les qualités intrinsèques de la fonction
2. Satisfaction organisationnelle: mesure de la satisfaction avec supervision et autres éléments organisationnels
3. Satisfaction par rapport à la rémunération et aux promotions: concerne le salaire, les avantages et les moyens pour avoir une promotion

Exemples de questions

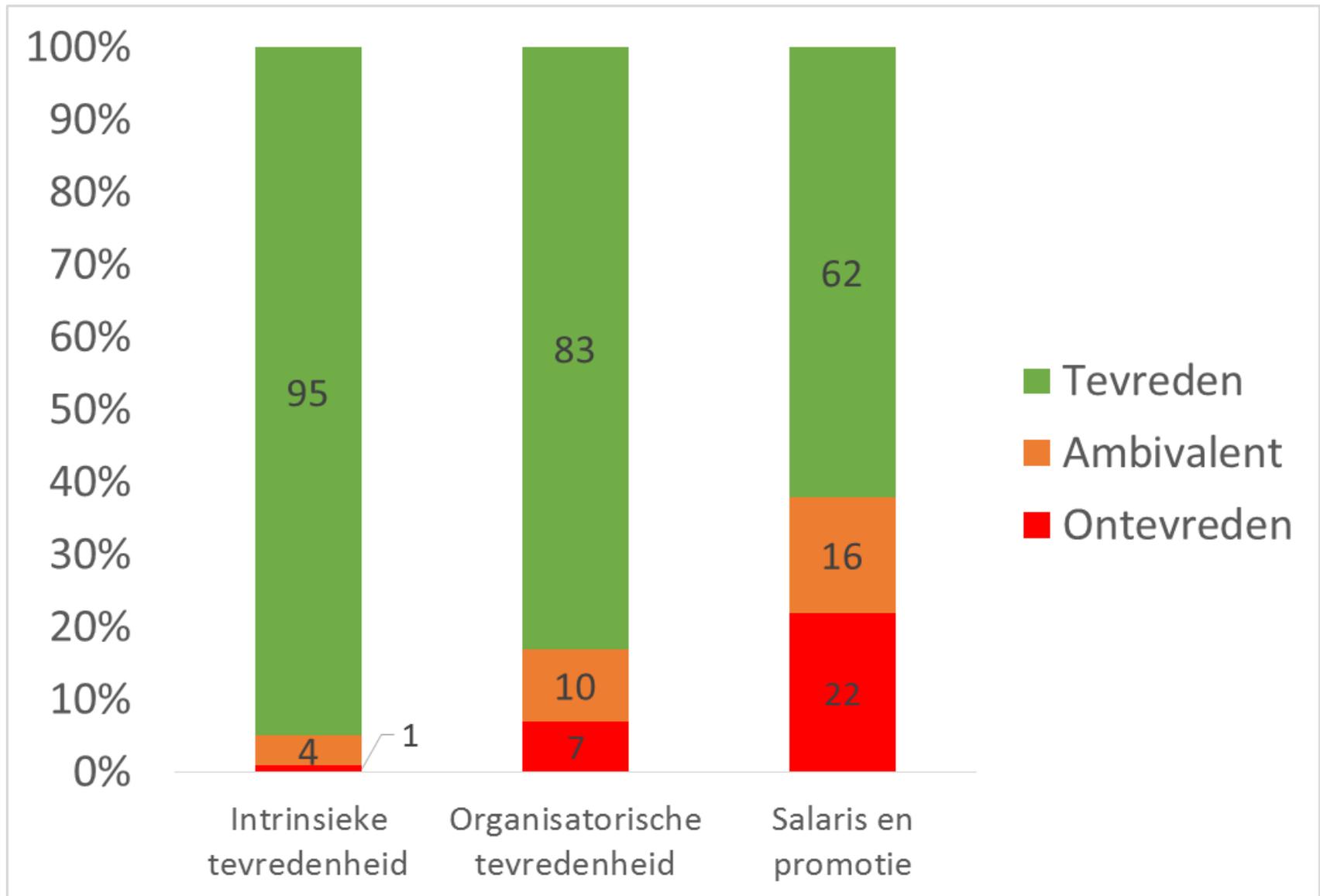
-Êtes-vous satisfait de votre travail avec vos patients ?

-Êtes-vous satisfait des moyens pour aider les gens ?

-Êtes-vous satisfait de la prise en charge spécialisée que vous avez eue?

95% satisfaction intrinsèque !

83% satisfaction organisationnelle, 62% satisfaction salariale et promotionnelle



UBOS (Traduction du Maslach Burnout Inventory)

Un gold-standard pour mesurer le bien-être au travail via 3 dimensions:

1. Epuisement émotionnel: concerne le sentiment d'être totalement "surmené" ou «vide» en raison des efforts qui ont été menées au travail, notamment en contact avec d'autres personnes
2. Dépersonnalisation: concerne l'impersonnalisation, l'indifférence, le négativisme et le cynisme à l'égard des collègues avec qui on travaille au quotidien
3. Compétences personnelles: mesure par rapport aux gens qui trouvent qu'il y a un manque dans leur travail, lorsqu'il n'y a pas de résultats positifs et que le travail n'offre rien de satisfaisant

Exemple de questions

- *Je me sens épuisé par mon travail.*
- *J'ai le sentiment que j'influence la vie des autres de manière positive par mon travail*
- *J'ai le sentiment que les patients me reprochent leurs problèmes*



Les risques de Burn-out ne sont pas toujours aussi important sur tous les projets!

Sur une échelle de 0 à 6, les scores moyens des soignants sont

- 1,4 pour l'épuisement émotionnel
- 0,7 pour la dépersonnalisation
- 4,2 pour les compétences personnelles

... mais attention aux moyennes car le bien être et la satisfaction au travail ne sont pas aussi élevés dans les autres projets !

		Mean	project																	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15	16	17	18	
JSS	Intrins tevred (7-77)	59	59	58	59	59	59	58	56	61	61	60	58	58	61	58	60	59	61	
	Organ tevred (5-55)	40	40	39	40	39	39	40	34	41	41	39	39	41	42	42	39	40	40	
	Salaris en prom (2-22)	13	14	13	14	13	14	14	12	14	13	14	13	13	13	11	12	13	14	
UBOS	Emo uitputting (0-6)	1,4	1,3	1,6	1,4	1,5	1,3	1,4	1,7	1,2	1,3	1,5	1,4	1,5	1,3	1,3	1,6	1,7	1,8	
	Depersonalisatie (0-6)	0,7	0,7	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7	1,0	0,6	0,6	0,8	0,7	0,9	0,6	0,6	0,8	0,7	0,7	
	Pers bekwaamh (0-6)	4,2	4,3	4,1	4,2	4,1	4,0	4,1	3,9	4,3	4,0	4,1	4,3	4,1	4,4	4,4	4,4	4,2	4,6	

Reconnaître les facteurs de **protection** et de **risque** liés à la satisfaction au travail et au burn-out

	Jobtevredenheid			UBOS		
	Intrinsieke tevredenheid	Organisatie tevredenheid	Salaris en promotie	Emotionele uitputting	Depersonalisatie	Persoonlijke bekwaamheid
Geslacht (1=vrouw)					0,20	
Leeftijd	0,11					
Leidinggevende functie (1=ja)		-0,13		0,18		
Functie F1a (1=ja)		-0,12				
Functie F1b (1=ja)			-0,11			
Functie F2a (1=ja)						
Functie F2b (1=ja)	0,15	0,13				
Functie F3 (1=ja)	0,11	0,14			-0,12	
Functie F4a (1=ja)						
Functie F4b (1=ja)	-0,13	-0,10				
Functie F5 (1=ja)						0,10
Jaar in huidige functie						
Uren p/w in contact met patiënten	0,15					0,11
Contact met zorgmijders (1=ja)	-0,08	-0,08			0,08	
N	454	452	454	445	454	437
R ²	9%	9%	1%	3%	7%	2%

Multipelle lineaire regressie met forward selection, weergave van gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten indien $p < 0,05$. Rode kleur is indicatie voor risicofactor, een groene kleur voor beschermende factor.



Conclusions et recommandations

Une histoire avec trois différentes visions? Ou trois mêmes visions?



→ La satisfaction des usagers = la satisfaction des aidants proches = la satisfaction des soignants?

- Le choix du patient comme principe directeur de la prise en charge
- Accent sur la continuité des soins
- Travailler avec des instruments de mesure standardisés pour fixer systématiquement les besoins en soins de santé
- Mettre en place une orientation contrôlée par la patient et/ou plans de traitements
- Mettre en place des recommandations pour les patients et des enquêtes de satisfaction

Recommandation pour les soins

- Augmenter l'implication des membres de la famille, fournir de l'information suffisante et compréhensible
- Favoriser les groupes d'entraide et le rétablissement
- Travailler avec des experts d'expérience
- Adopter une vision autour du rétablissement et de l'expérience des usagers
- Echanger les bonnes pratiques des soins orientés sur le rétablissement

- Les initiatives de la réforme qui ont soutenu la transformation des soins de santé mentale
- Enregistrement de données et système de monitoring (interRAI Community Mental Health)

PROGRAMMA | PROGRAMME

9hr30 – 9hr45

Introductie door **dhr. Harmen Lecok**, adviseur kabinet Minister van Volksgezondheid Maggie De Block

Introduction par **mr. Harmen Lecok**, adviseur kabinet Ministre de la Santé Publique Maggie De Block

9hr45 – 10hr30

Onderzoeksgroep V.U.B.: **prof. dr. Mark Leys**

Equipe de recherche V.U.B.: **prof. dr. Mark Leys**

10hr30 – 10hr50

PAUZE | PAUSE

10hr50 – 11hr35

Onderzoeksgroep KU Leuven.: **prof. dr. Chantal Van Audenhove**

Equipe de recherche V.U.B.: **prof. dr. Chantal Van Audenhove**

11hr35 – 12hr20

Onderzoeksgroep KU Leuven.: **dr. Pablo Nicaise**

Equipe de recherche V.U.B.: **dr. Pablo Nicaise**

12u20 – 12u30

Slotbeschouwing door **dhr. Bernard Jacob**, nationaal coördinator van de hervorming geestelijke gezondheidszorg.

Clôture par **Mr. Bernard Jacob**, coordinateur fédéral de la réforme des soins en santé mentale.



Recherche « Vers de meilleurs soins en santé mentale » - 2015

Equipe IRSS – UCL

Dr. Pablo Nicaise, Adeline Grard,
Hugo Zanelli, Pr. Vincent Lorant

Plan de la présentation

1. Rappel du contexte
2. Suivi longitudinal descriptif
3. Analyses transversales approfondies
 - La place des services sociaux
 - Structures de réseaux et effets
4. Éléments de conclusion

Rappel du contexte

Chronologie

- **2011-2013**: Etude de faisabilité
- **2014**: Etude longitudinale 1^{ère} vague de collecte de données
- **2015**: Etude longitudinale 2^{ème} vague de collecte de données
- **2016**: Analyses longitudinales → Mesure d'effet

Objectifs UCL

- (I) Suivi longitudinal des résultats intermédiaires de 2014 : usagers et services
- (II) Effets de la réforme sur la réinsertion sociale

Suivi longitudinal descriptif

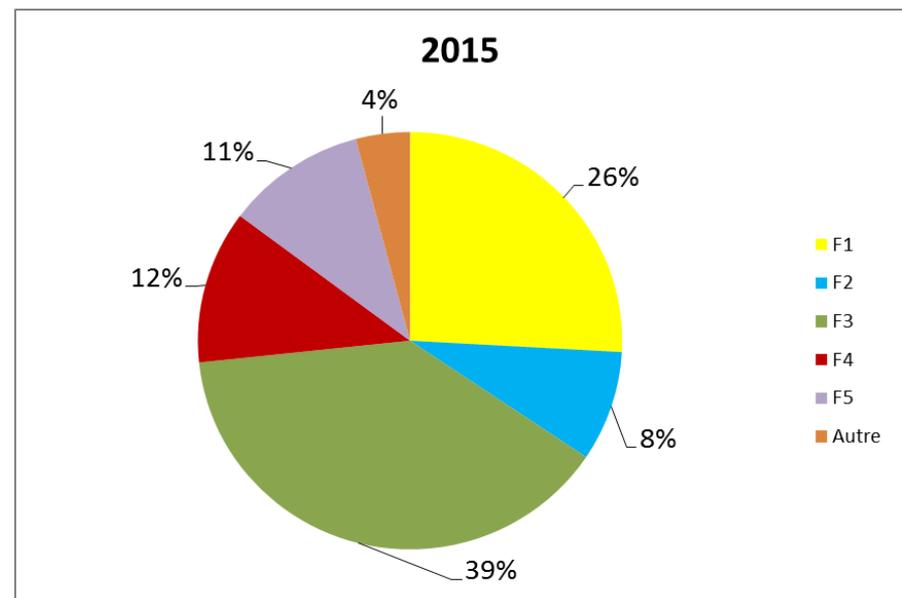
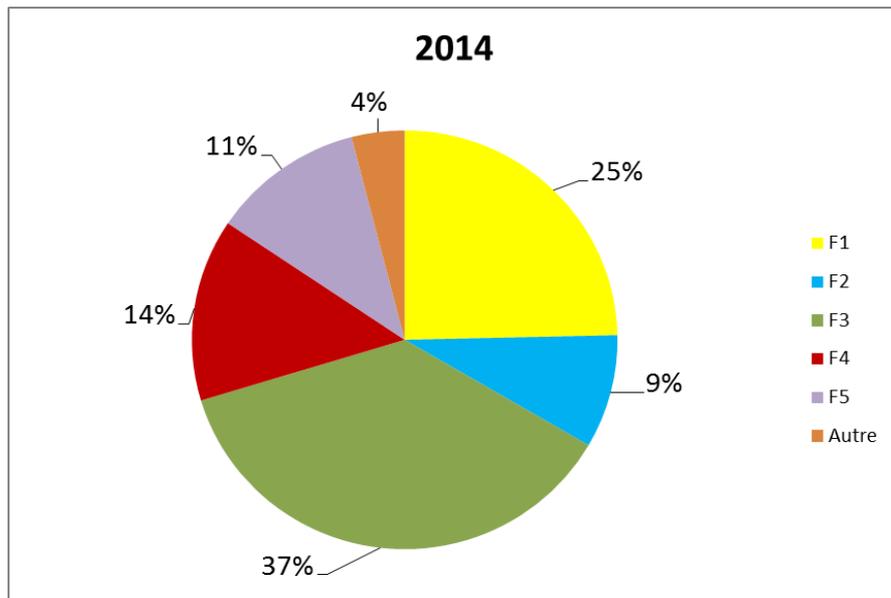
(I) Services

- Augmentation du nombre de services par réseau (+27%), mais diminution de la participation à l'enquête service en 2015 (-35%)
 - 2014 : 994 services, 523 participants
 - 2015 : 1267 services, 443 participants
- Augmentation du nombre de services de la fonction 1 et 3 : santé générale, santé mentale, PST et services sociaux ; ce sont aussi les services qui ont le moins participé
- Globalement : très peu de changements entre les deux vagues de données

Suivi longitudinal descriptif

(I) Services

- Hétérogénéité des réseaux est confirmée (taille et type de services)
- taille : de 21 à 186 services
- 11 réseaux plus grands, 2 réseaux plus petits



Suivi longitudinal descriptif

(I) Services : réinsertion professionnelle

Table 21. Activité des services en matière de réinsertion professionnelle (RP) selon le type de service et la fonction. Belgique, 2015, (N= 443 services).

	Accompagner la RP des usagers qui le souhaitent	Rediriger vers une structure RP	Avoir un spécialiste en emploi	Collaborer avec un spécialiste emploi d'un autre service
<i>Santé générale</i>	27.1	81.3	0.0	14.6
<i>Santé mentale ambulatoire</i>	33.9	96.4	8.9	17.9
<i>Equipes mobiles</i>	25.8	93.6	12.9	29.0
<i>dont EM2a</i>	17.7	94.1	17.7	11.8
<i>dont EM2b</i>	44.4	100	16.7	44.4
<i>dont Autres EM</i>	20.0	90	6.7	33.3
<i>Service psy.-socio-thérap</i>	68.1	89.4	51.1	36.2
<i>dont CRF Psy</i>	53.7	89.5	30.5	31.6
<i>Service social</i>	38.8	83.5	20.0	23.5
<i>Hôpital psychiatrique</i>	50.0	94.4	30.6	44.4
<i>Service psychiatrique HG</i>	30.4	100	4.4	8.7
<i>Habitations protégées</i>	48.1	94.2	21.2	28.9
<i>Maisons Soins Psychiatriques</i>	34.8	56.5	13.0	8.7
<i>Self-help</i>	0	75.0	0.0	25.0
<i>Administration-gestion</i>	0	66.7	0.0	0
<i>Autre</i>	0	100	0.0	100
Moyenne nationale	38.9	88.4	18.2	24.8

Suivi longitudinal descriptif

(II) Usagers

Taux de participation en forte diminution en 2015

- **Attendu : 80 patients par réseau = 1520 usagers**
- **2014 : 1078 (70,9%)**
- **2015 : 577 (38,0%)**
- **Concerne surtout les patients recrutés à l'hôpital**

Suivi longitudinal descriptif

(II) Usagers

Profil socio-démographique stable

Table 23. Indicateurs sociodémographiques de l'échantillon d'usagers (sexe, âge moyen, niveau d'éducation, nationalité, revenu moyen) : proportion ou moyenne, écart-type, Belgique, 2014 (n=1078 usagers) et 2015 (n=577 usagers).

	2014			2015		
	Proportion ou moyenne	Ecart-type	Valeurs manquantes	Proportion ou moyenne	Ecart-type	Valeurs manquantes
Sexe (% d'hommes)	48.6	.	42	50.6	.	14
Age moyen (années)	45.9	12,6	47	46.4	38,9	11
A fait des études supérieures (%)	21	.	58	23.19	.	34
Revenu moyen du ménage (classe) (euros)	1370.6	657.7	200	1325.5	638.5	87
Nationalité (% de belges)	95.5	.	49	90.0	.	0
Nationalité de la mère (% de belges)	85.9	.	60	80.8	.	0
Nationalité du père (% de belges)	85.8	.	53	79.4	.	0

Suivi longitudinal descriptif

(II) Usagers

Scores de continuité de soins (*Alberta*), de qualité de vie (*MANSA*), d'intégration sociale (*SIX*) et de fonctionnement psycho-social (*HoNOS*) stables

Table 25. Scores moyens de l'échantillon en matière de continuité des soins (ALBERTA), de qualité de vie (MANSA), d'intégration sociale (SIX) et de fonctionnement psycho-social (HoNOS) : moyenne, écart-type et données manquantes, Belgique, 2014 (n=1078 usagers) et 2015 (n= 577 usagers).

	2014			2015		
	Moyenne	Ecart-type	Valeurs manquantes	Moyenne	Ecart-type	Valeurs manquantes
Score Total de la continuité des soins ALBERTA (/155)	115.9	14.1	215	116.6	13.4	103
SCORE de la qualité de vie MANSA (/60)	32.8	10.3	142	33.0	9.9	90
Score d'intégration sociale SIX (/6)	3.2	1.4	146	3.2	1.2	60
Score de fonctionnement psycho-social HoNOS (/48)	12.2	6.5	175	13.4	8.3	54

Analyses transversales

(I) La place des services sociaux

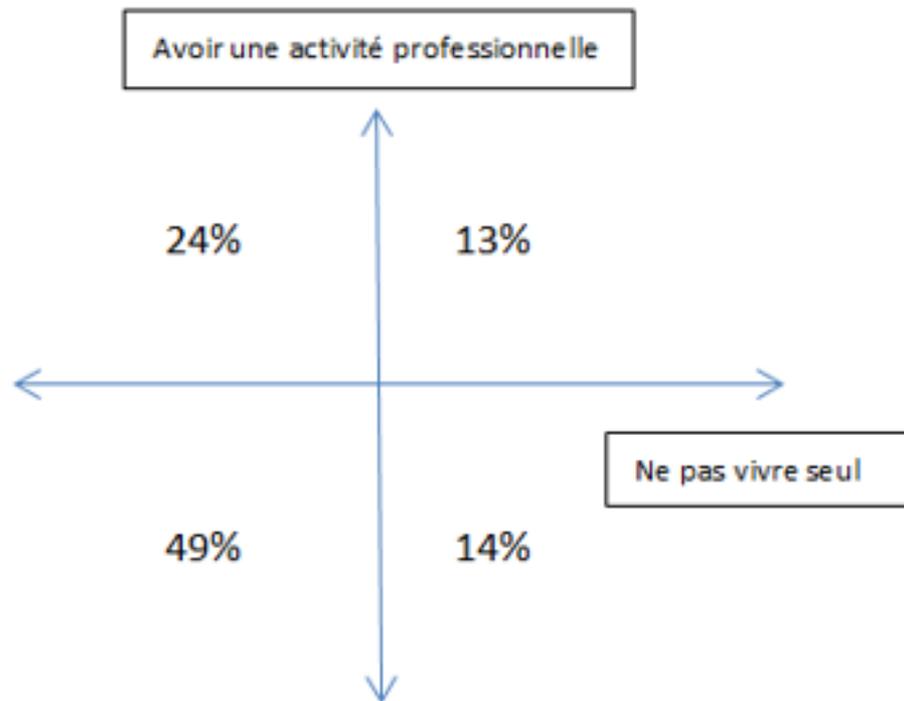
Background

- Dimensions de base de l'intégration sociale :
 - Emploi
 - Logement
 - Contacts sociaux
- Résultats 2014 :
 - Taille des ménages SMI = 1,3 (2,3 dans la population générale)
 - 32% des usagers ont vu un ami dans la semaine précédente
 - 36% ont une activité professionnelle (conventionnelle ou protégée)

Analyses transversales

(I) La place des services sociaux

Figure 1 Intégration sociale selon deux axes: Famille et Emploi



Analyses transversales

(I) La place des services sociaux

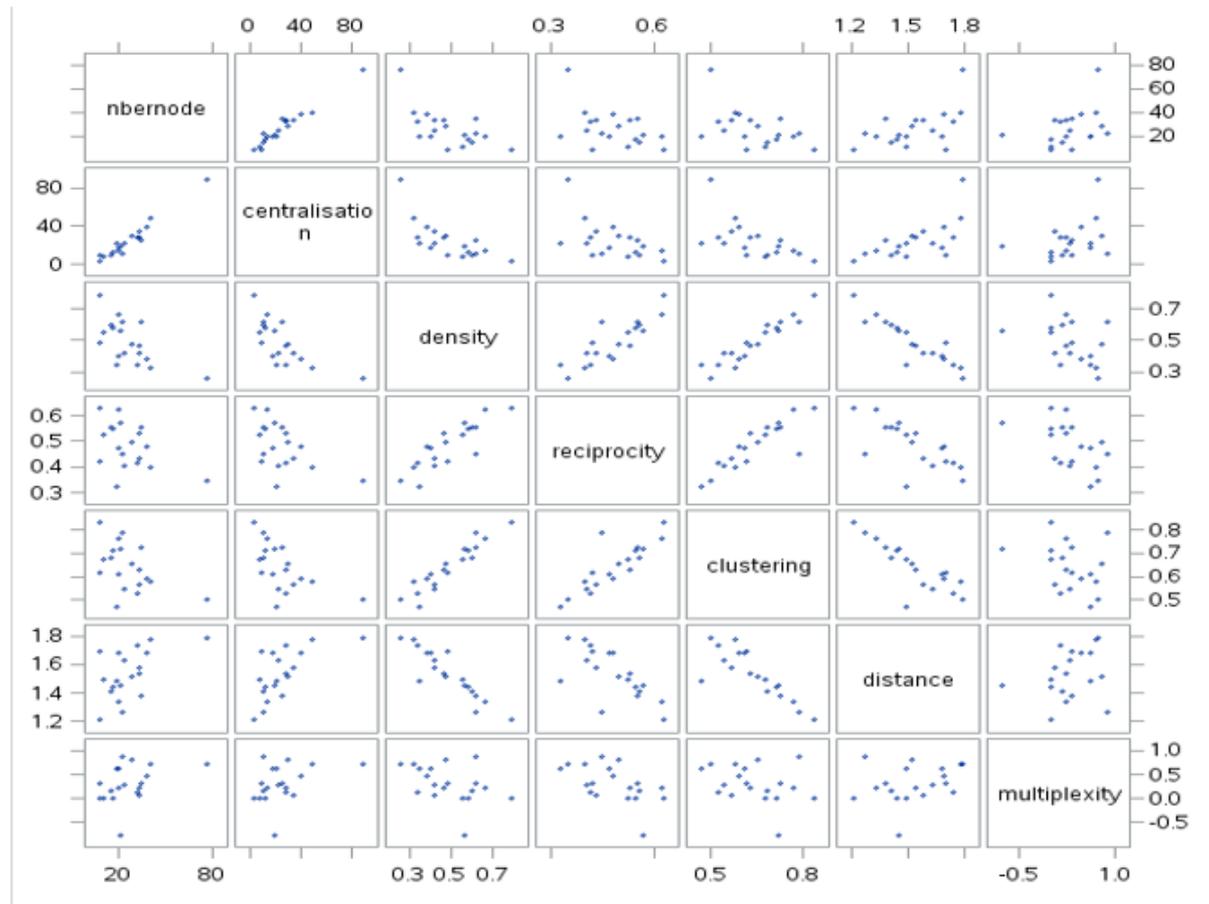
- Faible usage des services sociaux : 6 à 16% des usagers selon le type de service (Moyenne 1,5 service social/usagers)
- Les usagers dont l'intégration sociale est moyenne (SIX = [2,3]) sont ceux qui font le moins usage des services sociaux
- L'intégration sociale des patients est significativement plus élevée dans les réseaux où les services sociaux sont plus centraux (plus souvent cités)

Analyses transversales

(II) Structure des réseaux et effets

Figure 2a: Correlations between network structure variables – number of nodes, density, centralisation, reciprocity, clustering, distance, and multiplexity; study of Belgian mental health networks, 2014 (n=19)

Les variables structurelles des réseaux sont corrélées entre-elles et à la taille du réseau



Analyses transversales

(II) Structure des réseaux et effets

- Les grands réseaux sont moins denses, moins réciproques, plus centralisés, plus homophiles
- Les réseaux denses et réciproques sont plus petits mais offrent moins de diversité
- La structure des réseaux n'est **pas associée** significativement à la continuité des soins globale

Analyses transversales

(II) Structure des réseaux et effets

- Mais la **continuité de soins relationnelle** est associée modérément à la **centralisation** (plus grande taille, moindre densité, moins de réciprocité, plus d'homophilie)
- En particulier, la continuité de soins est plus élevée lorsque les **équipes mobiles** ont des liens avec un **petit nombre de types de services différents**
- En revanche, l'**intégration sociale** est associée à des **réseaux de plus petite taille**, plus denses et plus hétérophiles

Analyses transversales

(II) Structure des réseaux et effets

Conclusion intermédiaire

- La continuité de soins relationnelle et l'intégration sociale sont associées à des structures de réseaux contraires
- Les réseaux ont tendance à grandir = plus de centralité, moins de densité, moins de réciprocité, plus d'homophilie → Plus favorables à la continuité des soins relationnelle, mais moins à l'intégration sociale
- **Le réseau optimal pour les objectifs de la réforme n'existe pas!**

Éléments de conclusion

Réseaux de services

- Les réseaux ne sont pas encore stabilisés
- Le réseau optimal n'existe pas « naturellement »...
- Réfléchir à l'articulation des contacts entre services
- Nécessité de clarifier les choix en matière de structure de réseau
 - Hétérogénéité des réseaux
 - Objectifs
 - Place des services sociaux

Éléments de conclusion

Intégration sociale

- Développer des activités d'intégration sociale (ex. réinsertion professionnelle)
- Importance de la place des services sociaux : travailler la collaboration entre services sociaux et de santé mentale
 - Décalage entre le nombre de services sociaux et leur place dans la participation aux réseaux
 - Intégration sociale favorisée par des services sociaux plus centraux
- Eviter les réseaux trop grands

Merci pour votre attention !

PROGRAMMA | PROGRAMME

9hr30 – 9hr45

Introductie door **dhr. Harmen Lecok**, adviseur kabinet Minister van Volksgezondheid Maggie De Block

Introduction par **mr. Harmen Lecok**, adviseur kabinet Ministre de la Santé Publique Maggie De Block

9hr45 – 10hr30

Onderzoeksgroep V.U.B.: **prof. dr. Mark Leys**

Equipe de recherche V.U.B.: **prof. dr. Mark Leys**

10hr30 – 10hr50

PAUZE | PAUSE

10hr50 – 11hr35

Onderzoeksgroep KU Leuven.: **prof. dr. Chantal Van Audenhove**

Equipe de recherche V.U.B.: **prof. dr. Chantal Van Audenhove**

11hr35 – 12hr20

Onderzoeksgroep KU Leuven.: **dr. Pablo Nicaise**

Equipe de recherche V.U.B.: **dr. Pablo Nicaise**

12u20 – 12u30

Slotbeschouwing door **dhr. Bernard Jacob**, nationaal coördinator van de hervorming geestelijke gezondheidszorg.

Clôture par **Mr. Bernard Jacob**, coordinateur fédéral de la réforme des soins en santé mentale.

