



## 10 années de réforme des soins en santé mentale en Belgique: un processus en constante évolution

*Rapport – Avril 2021*

# Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>3</b>
I - Périmètre de l'analyse : rappel	4
II - Démarche	5
<b>Section 1 - Analyse thématique</b>	<b>6</b>
0. Le cadre	7
1. L'Intersectorialité	10
2. La collaboration et la transversalité	21
3. La sensibilisation - l'information - la communication	28
4. La participation des usagers et des proches	33
5. La vision du rétablissement, l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins	39
6. L'évaluation	47
<b>Section 2 - Synthèse par objectif</b>	<b>51</b>
0. Le cadre	52
1. Objectif 1 : Encourager le travail en réseau, la participation et l'intersectorialité	53
2. Objectif 2 : Amener un changement culturel au sein de l'ensemble des acteurs de la Réforme	56
3. Objectif 3 : Améliorer le suivi des usagers, l'accessibilité et la qualité, et la continuité des soins	58
<b>Section 3 - Vue d'ensemble et note de synthèse</b>	<b>60</b>
0. Introduction	61
1. Vue d'ensemble	62
2. Mesure de la perception des panels de l'évolution du processus selon les objectifs de la Réforme	63
3. Note de synthèse	64

# Introduction



# Introduction

## II – DEMARCHE

- L'analyse a été menée grâce à un travail collaboratif de l'Experteam du SPF Santé publique qui nous a accompagné sur le plan méthodologique tout en souhaitant rester totalement neutre et donc externe à l'analyse elle-même
- Notre démarche s'est déroulée en plusieurs étapes :
  - 1<sup>ère</sup> étape : cadrage
  - 2<sup>ème</sup> étape : analyse documentaire
  - 3<sup>ème</sup> étape : conduite de panels d'experts
  - 4<sup>ème</sup> étape : consolidation et feed-back
- 1<sup>ère</sup> étape : cadrage
  - Validation des objectifs de la Réforme
  - Fixation d'une liste de questions à se poser pour analyser si les objectifs de la Réforme ont été atteints
  - Fixation des thématiques d'analyse, des indicateurs et de leur mode de récolte
- 2<sup>ème</sup> étape : analyse documentaire
  - Input : rapports d'activités 2019, lettres de feed-back des visites réalisées en 2019, questionnaires complémentaires adressés aux coordinateurs des réseaux, documentation diverse fournie par l'Experteam. Nous avons en effet choisi de « photographier » les réseaux sur l'année 2019 dans la mesure où les données plus récentes ne permettaient pas de traiter de manière homogène et fiable l'évolution des réseaux depuis la mise en place effective de la Réforme et des réseaux eux-mêmes notamment en raison de la période particulière COVID de 2020-2021
  - Output : par thématique, identification des constats/tendances dégagés au travers de la lecture des différents indicateurs en vue d'alimenter le débat des panels d'experts
- 3<sup>ème</sup> étape : conduite de panels d'experts issus des réseaux et identifiés par eux
  - Du 17 au 26 mars 2021 (12 panels : 6 NL et 6 FR) + feed-back aux coordinateurs les 20 et 21 avril 2021 (4 panels : 2 NL et 2 FR)
  - Thématiques :
    1. Organisation du réseau : intersectorialité et évaluation
    2. Organisation du travail de terrain : Intersectorialité, évaluation et couverture géographique des équipes mobiles (EM)
    3. Communication-information-sensibilisation : communication-information-sensibilisation et évaluation
    4. Participation de l'Usager : participation des usagers et des familles/proches
    5. Collaborations : collaborations entre réseaux et collaboration spécifique public-cible 16-23 ans
    6. Vision du rétablissement
  - Input : constats/tendances observés au travers de l'analyse documentaire
  - Output : réactions face à ces constats, justifications éventuelles des différences observées, leviers et obstacles dans le processus de construction des réseaux sur les thématiques abordées
- 4<sup>ème</sup> étape : consolidation et feed-back
  - Consolidation des données issues des panels 1 à 12 et échange avec les coordinateurs de réseaux (panels 13 à 16)
  - Feed-back et rapport auprès de l'Experteam

# Section 1. Analyse thématique

# Section 1. Analyse thématique

## 0. Le cadre

Cette section du rapport comprend 2 parties

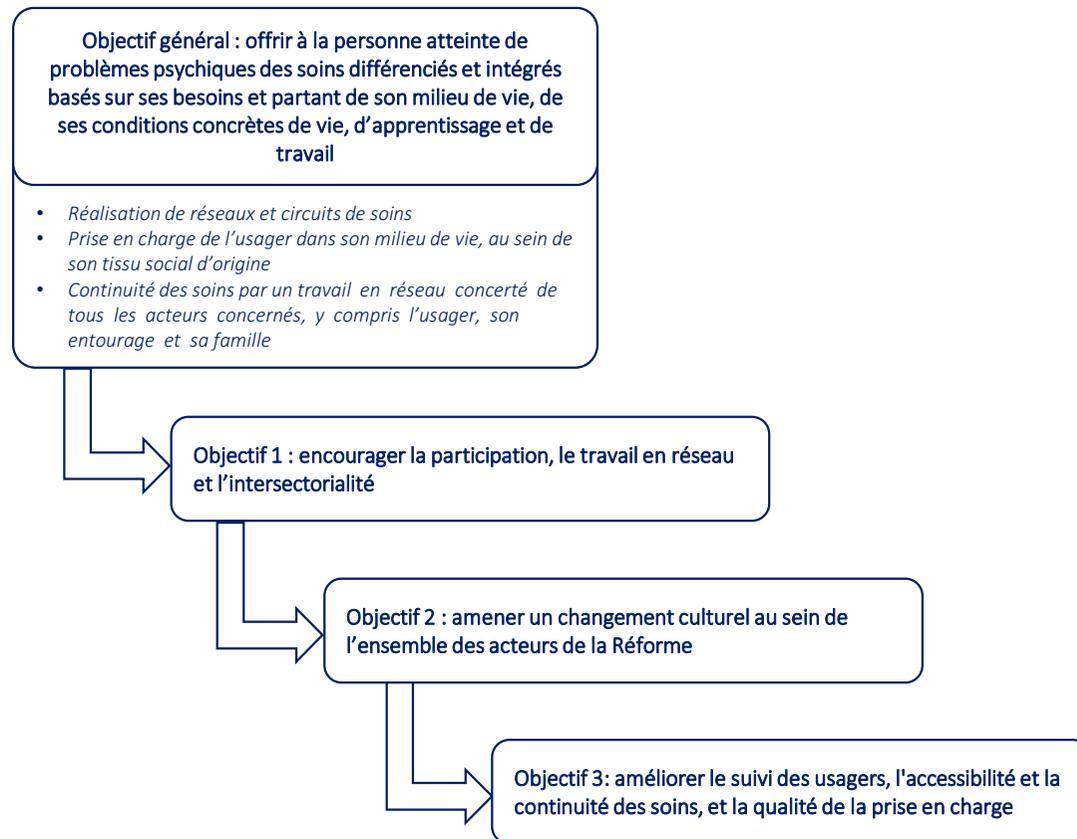
### 1. Le cadre de l'analyse thématique

- Une présentation des objectifs de la Réforme telle que validée par l'Experteam
- La liste des questions à se poser pour voir si les objectifs ont été atteints
- La liste des thématiques analysées dans la seconde partie de cette section

### 2. L'analyse des thématiques

1. Intersectorialité
2. Collaboration/Transversalité
3. Sensibilisation-Information-Communication
4. Participation des usagers et des familles
5. Vision du rétablissement, Accessibilité, Qualité et Continuité des soins
6. Evaluation

### Les objectifs de la Réforme



# Section 1. Analyse thématique

## 0. Le cadre

### Les questions à se poser pour apprécier l'atteinte des objectifs

Objectif 1 : Encourager la participation, le travail en réseau et l'intersectorialité	Objectif 2 : Amener un changement culturel au sein de l'ensemble des acteurs de la Réforme	Objectif 3: Améliorer le suivi des usagers, l'accessibilité et la continuité des soins, et la qualité de la prise en charge
<ul style="list-style-type: none"><li>• Quelles fonctions et programmes ont-ils effectivement fait l'objet d'un travail en réseau? A travers quels types d'actions précis (programme de soins...)?</li><li>• Dans quelle mesure la première ligne est-elle davantage intégrée dans cette complémentarité d'aide et de soins autour des besoins des usagers?</li><li>• Quelles ont été les pratiques innovantes?</li><li>• Dans quelle mesure a-t-on évolué vers plus de dialogue, de coordination, de coopération et à quel niveau (partenaires, réseaux, pouvoirs...)?</li><li>• Dans quelle mesure de réelles collaborations intersectorielles ont-elles été mises en place?</li><li>• La participation des usagers et des proches est-elle implémentée et fait elle partie de la culture locale? Comment en témoigner ?</li><li>• Quel bilan peut-on faire de la participation effective des adultes/enfants et adolescents dans le cadre du dispositif mis en place?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dans quelle mesure la Réforme a-elle induit une évolution/un changement culturel dans la prise en charge globale et intégrée des bénéficiaires?<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>De la psychiatrie au concept de santé mentale</i></li><li>• <i>De la vision bio/médico psychosociale à la socialisation des soins</i></li><li>• <i>De l'évolution du rôle du psychiatre et des autres acteurs qui doivent considérer l'usager et son entourage sous un autre angle (méthodologie de l'interview).</i></li><li>• <i>Concernant les troubles psychiatriques graves : évolution du modèle médical vers un modèle orienté vers le développement et le rétablissement</i></li></ul></li><li>• Quelle a été l'évolution des pratiques et dans quel domaine? Au niveau des fonctions et des programmes ?</li><li>• Dans quelle mesure la mise en réseau, les circuits de soins et/ou l'intersectorialité ont-ils augmenté la prise de conscience de la spécificité et de l'expertise de chaque acteur dans l'amélioration de l'aide intégrée et non-segmentée de l'aide et des soins à la population?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• (Dans quelle mesure) l'aide et les soins sont-ils plus intégrés pour les bénéficiaires qu'il y a dix ans ? Comment en mesure-t-on la qualité et son évolution?</li><li>• Dans quelle mesure la participation des usagers et proches a-t-elle impacté l'organisation des soins au niveau macro (autorités) et méso (les services)?</li><li>• Dans quelle mesure les réseaux et circuits de soins ont-ils permis une réponse davantage centrée sur les besoins des bénéficiaires et de leur entourage (avec une vision globale)?</li><li>• La participation des usagers et des proches est-elle implémentée et fait elle partie de la culture locale? Comment en témoigner ?</li><li>• Quel bilan peut-on faire de la participation effective des adultes/enfants et adolescents dans le cadre du dispositif mis en place?</li></ul>

# Section 1. Analyse thématique

## 0. Le cadre

### Les thématiques identifiées

- Au départ des questions, il a été choisi d'identifier des thématiques permettant au travers de l'analyse documentaire, et des échanges intervenus au sein des panels dans la mesure du possible, de répondre aux questions posées
- Ces thématiques sont les suivantes :
  1. L'intersectorialité
  2. La collaboration et la transversalité
  3. La sensibilisation, l'information et la communication
  4. La participation des usagers et des proches
  5. La vision du rétablissement, l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins
  6. L'évaluation
- Dans cette section, nous analyserons chaque thématique en identifiant, pour chacune d'elles :
  - les constats réalisés au travers de l'analyse documentaire et après confrontation avec les panels d'experts. Les réactions des panels sont mentionnées en bleu dans chaque thématique
  - Les leviers et les obstacles rencontrés dans la construction des réseaux au sujet de la thématique traitée (selon les panels)
  - L'appréciation finale partagée par le panel. Pour la plupart des questions, il a été demandé aux panels de fournir une appréciation selon une échelle de 1 à 4 comme suit :  
faiblement/sensiblement/considérablement/énormément   
Le niveau donné par le panel est identifié dans chaque thématique par le schéma suivant  (dans cet exemple, la réponse donnée par le panel est « considérablement »)
- Les pistes d'amélioration de la construction des réseaux exprimées par les panels

## Section 1 – Analyse thématique

### 1. L'intersectorialité

# Section 1. Analyse thématique

## 1. L'intersectorialité

### 1. Introduction

L'intersectorialité est essentielle pour aller au-delà de la visée curative et prendre ainsi en compte l'utilisateur dans son ensemble, intégrant bien-être et environnement au travers d'une vision holistique des soins. Nous avons examiné l'intersectorialité d'abord de manière générale et, ensuite pour les réseaux E&A; nous avons affiné l'analyse, l'intersectorialité étant perçue comme moins avancée que dans les réseaux Adultes. Nous avons ainsi analysé le poids moyen de chaque sphère et de leurs acteurs dans les organes et dans le fonctionnement des réseaux E&A. Pour compléter l'analyse, nous avons examiné la régularité des contacts des coordinateurs avec les partenaires pour l'ensemble des réseaux Adultes et E&A

### 2. Les constats

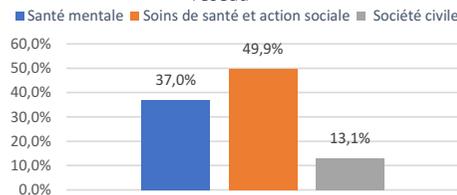
#### A. Constats généraux

- Il existe des niveaux d'intégration d'intersectorialité différents selon les réseaux; au niveau Adultes, l'évolution est positive dans la plupart des réseaux et les cinq fonctions sont présentes et développées au sein de tous les réseaux
- Selon les panels, depuis le début de la Réforme, beaucoup de progrès ont été réalisés dans l'ouverture aux partenaires de la santé mentale et des autres sphères. On note toutefois, une plus grande difficulté d'obtenir une participation représentative de certains partenaires comme les médecins généralistes et les écoles
- Les efforts pour organiser l'intersectorialité et le travail en réseau sont soulignés et il est nécessaire de les poursuivre et donc, de parler un langage commun
- Généralement, on note (du moins au niveau Adultes) une sur-représentation du secteur de la santé mentale
- Selon les panels, en effet, les soins en santé mentale (hôpitaux) sont très (sur)représentés. Ce ne serait pas une sous-représentation des autres secteurs, mais une sur-représentation des soins en santé mentale liée notamment au grand nombre d'hôpitaux psychiatriques, promoteurs des réseaux

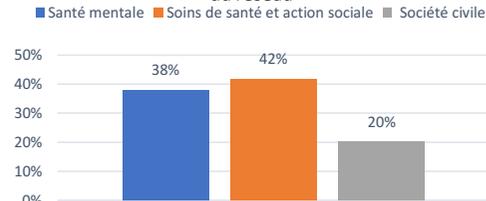
#### B. Réseaux E&A : composition des organes et des GT fonctionnels des réseaux

- Les diagrammes ci-dessous représentent le poids des partenaires des différentes sphères pour les réseaux E&A

Poids moyen de chaque sphère dans les GT fonctionnels du réseau\*



Poids moyen de chaque sphère dans les organes du réseau\*



- données recueillies de 7 réseaux sur 11 sur base des données déclaratives relatives aux groupes de travail et à leur composition

- La sphère soins de santé et action sociale est majoritaire dans les organes du réseau mais dans une moindre proportion que dans les groupes de travail
- La société civile est fortement sous-représentée et tend à l'être encore moins au niveau des GT fonctionnels
- Selon les panels, l'Autorité attacherait trop d'importance à la composition du comité du réseau, alors qu'il n'est pas représentatif de son fonctionnement
- Ils estiment que l'intersectorialité est essentielle pour représenter les autres pôles que les soins de santé mentale et pour viser, au-delà de la visée curative, le bien-être des usagers. Or, la santé mentale reste prédominante encore dans beaucoup de réseaux
- D'une manière générale, les partenariats existeraient sur le terrain mais peineraient à se concrétiser au niveau des GT et des organes du réseau

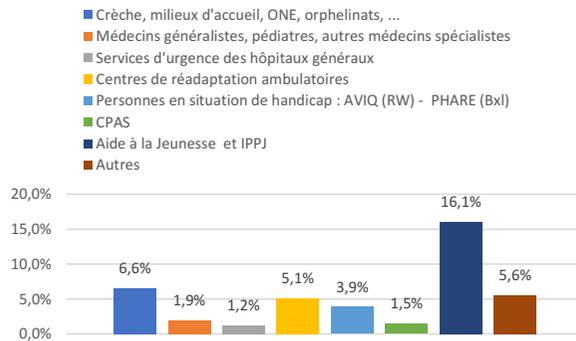
# Section 1. Analyse thématique

## 1. L'intersectorialité

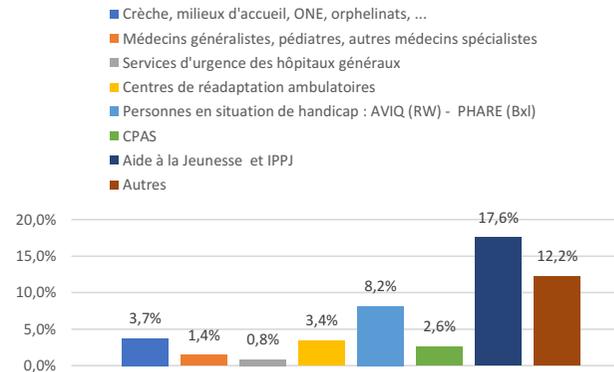
- Les diagrammes ci-dessous représentent le détail du poids des partenaires des différentes sphères pour ces mêmes réseaux E&A

### Soins de santé et Action sociale

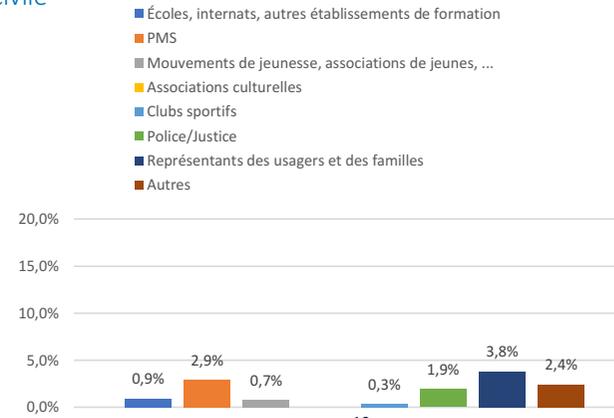
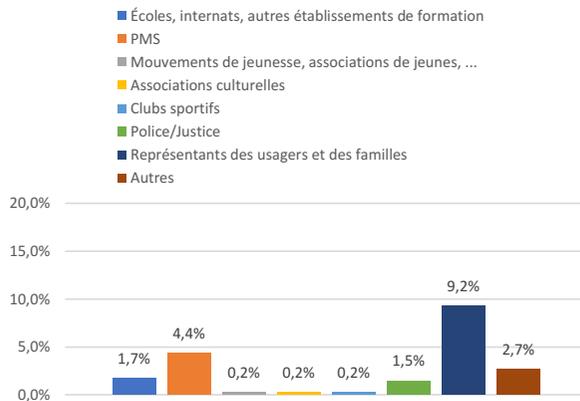
Poids moyen des partenaires de chaque sphère dans les organes du réseau



Poids moyen des partenaires de chaque sphère dans les GT fonctionnels du réseau



### Société civile

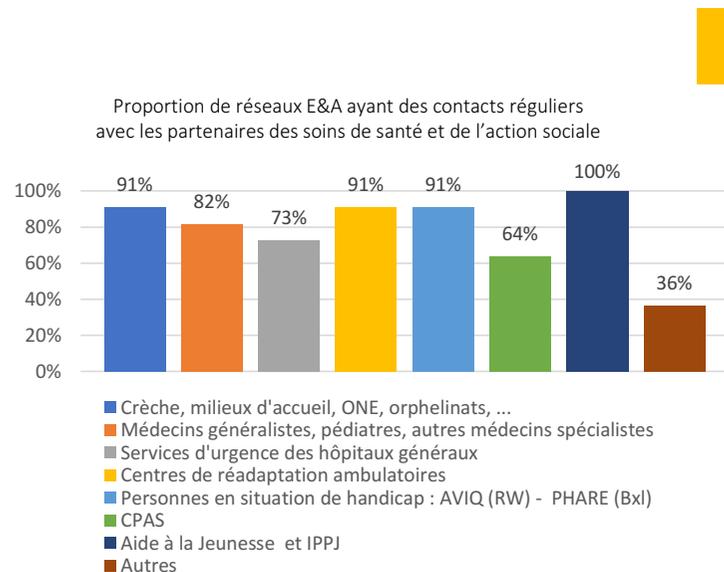


- Pour la sphère soins de santé et action sociale, l'aide à la jeunesse est le partenaire majoritaire des organes du réseau et des GT
- Selon les panels, dès le début, les EA ont collaboré avec les services d'aide à la jeunesse. En outre, les panels attirent l'attention sur le fait que si les partenaires de l'action sociale sont bien représentés, un représentant d'un (sous)secteur ne représente pas nécessairement formellement ce secteur (ex. médecins généralistes)
- Pour la sphère de la société civile, les représentants des usagers et des familles sont les partenaires les plus représentés dans les organes du réseau et des GT
- Selon les panels, les représentants des usagers et des familles dans les réseaux E&A ne sont pas aussi présents dans les organes du réseau que les constats ne le laissent entendre et n'atteignent pas encore le niveau des réseaux Adultes
- De manière globale, ces graphes tendent à démontrer une représentation plus importante des acteurs des secteurs impliqués dans la prise en charge des jeunes en difficulté (judiciarisés), une attention au public-cible double diagnostic et une bonne implication des milieux d'accueil et PMS. Par contre, la prise en compte du jeune dans son environnement familial, scolaire et dans celui lié aux loisirs serait encore insuffisante
- Les panels partagent les constats pour ce qui concerne les loisirs mais estiment par contre que les environnements familiaux et scolaires seraient dans les faits quand même bien pris en compte

## Section 1. Analyse thématique

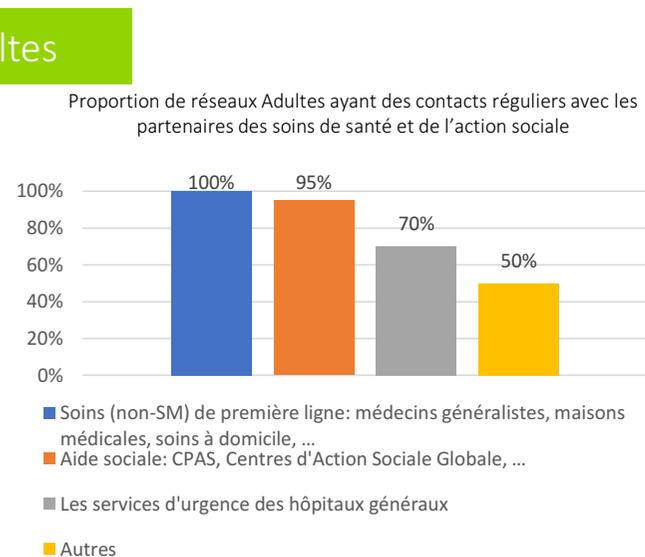
### 1. L'intersectorialité

#### C. Constats spécifiques: les contacts réguliers avec les partenaires des soins de santé et de l'action sociale



- La situation du jeune bénéficiaire en difficulté (judiciaire) retient l'attention de tous les réseaux
- Certains publics cibles semblent retenir une attention spécifique (Handicap – Double diagnostic)
- Les contacts avec les services d'urgence des hôpitaux généraux et les CPAS seraient plus difficiles à établir

- Selon les panels, les réseaux ont des contacts avec les hôpitaux généraux mais plutôt avec leurs services de liaison psychiatrique qu'avec leurs services d'urgence; le faible nombre de contacts avec les services d'urgence est considéré comme « bon » dans la mesure où les réseaux privilégient les soins spécialisés



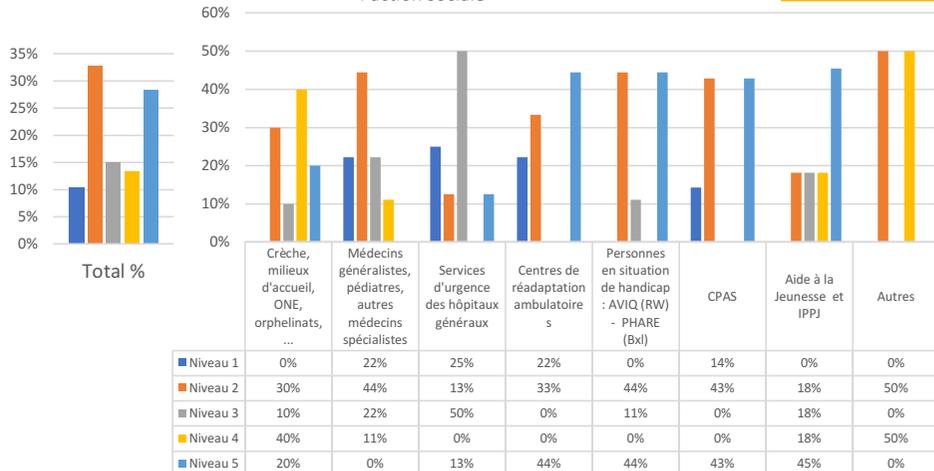
- Les réseaux, compte tenu du profil des usagers, se seraient en premier lieu focalisés sur la première ligne et l'action sociale
- L'implication des services d'urgence des hôpitaux Généraux reste en-deçà de celle des partenaires non hospitaliers

# Section 1. Analyse thématique

## 1. L'intersectorialité

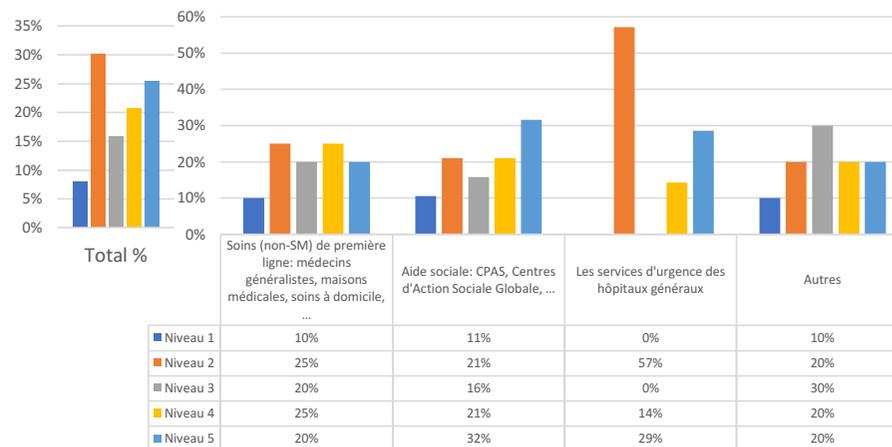
1. Les contacts organisés sont uniquement informatifs
2. Les contacts organisés sont essentiellement informatifs et organisés de manière ad hoc
3. Les contacts organisés sont essentiellement consultatifs et organisés de manière systématique
4. Les contacts organisés sont essentiellement consultatifs et ont mené à une démarche collaborative ad hoc
5. Les contacts sont collaboratifs et organisés de manière systématique

Maturité des contacts réguliers des réseaux E&A avec les partenaires des soins de santé et de l'action sociale



## Adultes

Maturité des contacts réguliers des réseaux Adultes avec les partenaires des soins de santé et de l'action sociale

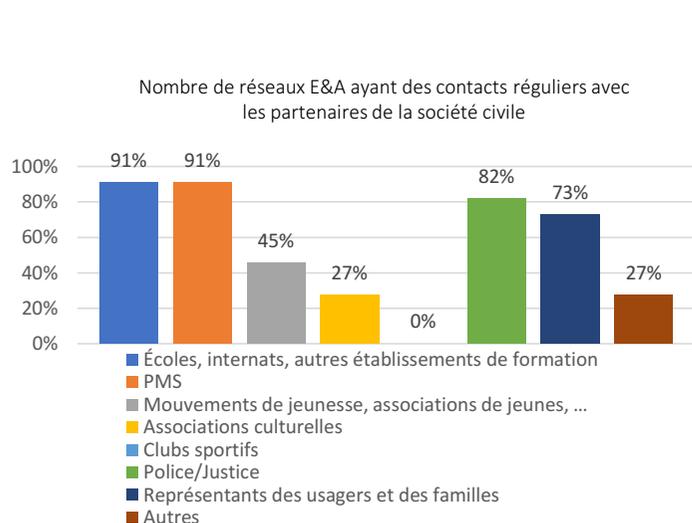


- On constate une assez grande hétérogénéité dans l'intensité des contacts réguliers des réseaux E&A avec les différents partenaires : les contacts les plus intensifs ont lieu avec l'Aide à la Jeunesse (5), les CRA (5), le Handicap (5) et les moins intensifs avec les médecins (2) et les services d'urgence des HG (3)
- Selon les panels, les relations avec les urgences sur le terrain sont considérées comme omniprésentes. Elles sont des envoyeurs fréquents vers les professionnels du réseau. En revanche, le suivi des urgences ne fonctionne pas aussi bien.
- Une attention particulière doit être portée aux E&A dont la prise en charge adaptée par un pédopsychiatre n'est pas souvent garantie
  - On constate 2 niveaux de maturité des contacts selon les partenaires : de type informatif et de type collaboratif
  - Selon les panels, les contacts systématiques impliquent beaucoup de travail, les réseaux privilégieraient donc les contacts informels/ad hoc
- Il existe une grande hétérogénéité au niveau de l'intensité des contacts réguliers des réseaux Adultes avec les différents partenaires. Les contacts restent principalement informatifs et ad hoc (2), et notamment avec les services d'urgence des hôpitaux généraux alors qu'ils ont tendance à être plus intensifs avec l'aide sociale (5), et même avec la 1ère ligne (4 et 5)
- Selon les panels, les contacts avec les urgences sont moins systématiques en raison de la nature du service des urgences. Toutefois, ces contacts sont généralement plus intensifs avec les équipes de crise

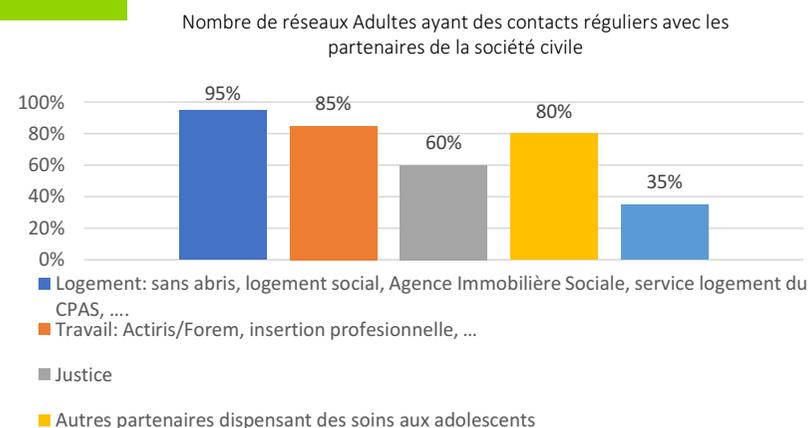
## Section 1. Analyse thématique

### 1. L'intersectorialité

#### C. Constats spécifiques : les contacts réguliers avec les partenaires de la société civile



- Les contacts sont plus importants avec les partenaires institutionnels liés au milieu scolaire et à la justice
- La voix des usagers et, plus particulièrement, celle des familles est entendue
- Selon les panels, le pourcentage de participation des représentants des familles et le pourcentage des représentants des usagers sont généralement très différents. Il y a moins de représentants des usagers
- La dimension socioculturelle du jeune semble moins retenir l'attention
- Selon les panels, il est difficile pour les entités sportives de trouver leur place dans les réseaux. Sur le terrain la collaboration se déroule bien, mais c'est individuel et fonctionnel pas macro/méso et structurel



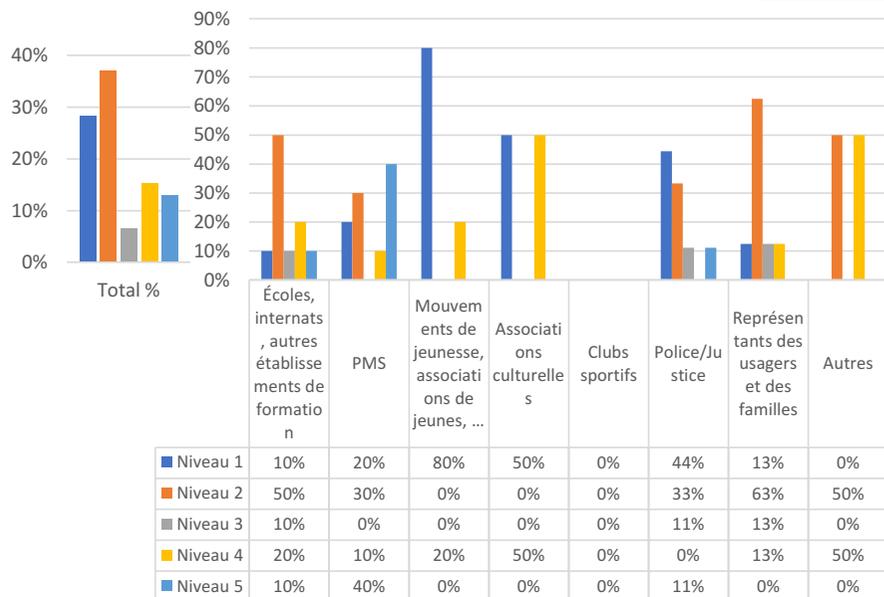
- Les contacts semblent plutôt orientés vers la réinsertion (Logement/Travail)
- Selon les panels, le nombre important de contacts réguliers avec le Travail et le Logement s'explique par le fait que ce sont des actions prioritaires de la réhabilitation
- Les contacts avec la justice seraient moins utiles ou plus difficiles à établir que chez les E&A compte tenu des publics cibles
- On constate une prise en considération importante du public charnière « 16-23 ans »
- Les panels regrettent cependant un manque de collaboration entre les réseaux Adultes et E&A pour ce public-cible spécifique. Certaines dimensions prises en charge par les E&A ne le sont pas chez les adultes et les dossiers des E&A ne sont pas repris par les adultes lors de la transition des usagers

# Section 1. Analyse thématique

## 1. L'intersectorialité

1. Les contacts organisés sont uniquement informatifs
2. Les contacts organisés sont essentiellement informatifs et organisés de manière ad hoc
3. Les contacts organisés sont essentiellement consultatifs et organisés de manière systématique
4. Les contacts organisés sont essentiellement consultatifs et ont mené à une démarche collaborative ad hoc
5. Les contacts sont collaboratifs et organisés de manière systématique

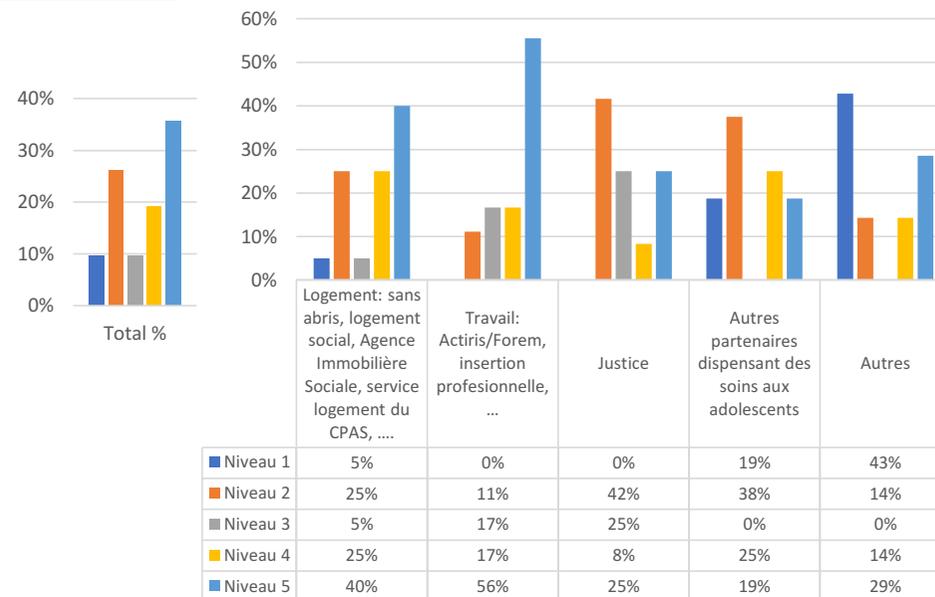
Maturité des contacts réguliers des réseaux E&A avec les partenaires de la société civile



E&A

Adultes

Maturité des contacts réguliers des réseaux Adultes avec les partenaires de la société civile



➤ Les contacts les plus intensifs ont lieu avec les PMS (5), les contacts avec les écoles, les mouvements de jeunesse, les représentants des usagers et la Police ou la Justice étant plutôt de nature informative (1 et 2)

➤ Il existe une certaine hétérogénéité au niveau de l'intensité des contacts réguliers des réseaux Adultes avec les différents partenaires de la société civile. Les contacts sont principalement intensifs (5) et informatifs (2) dans la majorité des cas avec une plus grande intensité avec le Travail (5) et le Logement (4 et 5)

- On constate 2 niveaux de maturité des contacts selon les partenaires : de type informatif et de type collaboratif
- Selon les panels, les contacts systématiques impliquent beaucoup de travail, les réseaux privilégieraient donc les contacts informels/ad hoc

# Section 1. Analyse thématique

## 1. L'intersectorialité

### 3. Les leviers et les obstacles à l'intersectorialité

#### A. Au niveau des organes des réseaux

##### ➤ Obstacles

- L'adhésion et la participation sont libres (pas d'obligation comme dans les structures à personnalité juridique ou en cas de mandat); l'absence de contrainte ne favorise donc pas la participation des partenaires aux organes et groupes de travail des réseaux
- L'organisation géographique des réseaux versus l'organisation locale des partenaires plus propice aux collaborations
- La présence de certains partenaires dans plusieurs réseaux (charge de travail)
- L'absence de vision commune des partenaires du réseau et la faible connaissance des objectifs des réseaux
- La vision différente des soins selon les secteurs (santé mentale versus non santé mentale)
- Les comités de réseau sont perçus comme trop stratégiques par la première ligne; la mobilisation se fait bien plus facilement au niveau des actions concrètes
- L'absence de représentants des Autorités dans les organes des réseaux
- La limitation de l'âge des groupes cibles des réseaux : problématique des 16-23 ans (la protection de la jeunesse concerne les jeunes jusque 25 ans)
- Des rivalités historiques et une logique concurrentielle entre partenaires
- L'organisation différente des secteurs (partenaires institutionnels versus partenaires non institutionnels) ou le manque d'intérêt (secteur hors santé mentale)
- La résistance au changement : l'intégration dans le réseau nécessite de modifier ses pratiques
- Le manque de temps et la surcharge de travail de certains partenaires
- La perception de certains acteurs de leur manque de légitimité à participer

##### ➤ Leviers actionnés

- La neutralité des coordinateurs et le rôle de facilitateur des agents de liaison des réseaux E&A, des responsables du programme Consultation et Liaison Intersectorielle (CLI) et des équipes mobiles
- La légitimation de la démarche : certains secteurs fonctionnaient déjà de manière intersectorielle (Aide à la jeunesse); certains partenaires hors santé mentale demandent le soutien des partenaires de la santé mentale
- Les contacts directs et individuels entre partenaires
- Le caractère pluridisciplinaire des équipes mobiles (santé mentale et hors santé mentale) et leurs relations avec la 1<sup>ère</sup> ligne
- La réalisation d'actions concrètes emportant la participation des acteurs (ex: réflexion sur la participation des usagers dans les hôpitaux généraux)
- La mise en place de collaborations structurelles, notamment pour les 16-23 ans; à titre d'exemple, des collaborations entre réseaux Adultes et enfants/adolescents permettent de s'accorder sur la prise en charge et le suivi des adolescents avant l'âge pivot

# Section 1. Analyse thématique

## 1. L'intersectorialité

### B. Au niveau du fonctionnement des réseaux (groupes de travail)

#### ➤ Obstacles

- Le nombre de partenaires compliquent la composition et le fonctionnement des groupes de travail
- Des différences de moyens selon les partenaires (en temps, en argent) ont une incidence sur la participation aux GT
- L'absence d'obligation à la participation
- La difficulté de représentation de (sous-)secteurs qui sont moins institutionnalisés/organisés (ex-les médecins généralistes) et le manque de légitimité à s'exprimer au nom d'un groupe
- Des partenaires parfois trop éloignés du terrain
- La taille des réseaux et la difficulté pour les partenaires d'organiser leur représentation: plus ils sont grands, plus il est difficile de mettre tous les acteurs autour de la table
- La distance géographique (cf. temps de mobilité)
- Le manque de moyens financiers et le manque de moyens de certains secteurs (logement, Fonction 3, ...)
- L'organisation différente des secteurs (partenaires institutionnels versus partenaires non institutionnels : les clubs de foot sont présents au niveau local, pas au niveau méso ou macro)
- Insuffisance de proactivité des acteurs dans les GT (pilotage par les coordinateurs de réseaux)
- La surcharge de travail de certains partenaires, l'existence de nombreux lieux de concertation avec les mêmes participants et le manque de motivation
- Les sujets abordés ne sont pas toujours assez concrets
- La spécificité/technicité du jargon utilisé

- Un sentiment exprimé de manque de reconnaissance par les Autorités de l'investissement consenti pour certains projets

#### ➤ Leviers actionnés

- L'intégration des différents acteurs dans les espaces de coordination existants pour avoir un travail en réseau, plutôt que créer de nouveaux GT
- Le travail collaboratif autour de projets, actions concrètes
- La communication individuelle et continue en saisissant notamment l'opportunité des contacts cliniques pour inciter les partenaires à rejoindre le réseau
- La mise en place d'actions de sensibilisation (ex- réunion garants Fonction 3 avec Forem)

# Section 1. Analyse thématique

## 1. L'intersectorialité

### 4. Appréciation finale

- Nous avons posé les **questions suivantes** aux panels en fin de session afin d'avoir leur sensibilité générale :

1. Dans quelle mesure l'intersectorialité a-t-elle évolué depuis la mise en place de la Réforme?

- Selon les panels, on constate une évolution considérable en la matière depuis la mise en place des réseaux 

2. Dans quelle mesure la première ligne est-elle davantage intégrée dans cette complémentarité d'aide et de soins autour des besoins des usagers?

- On constate une différence de perception selon les panels, les coordinateurs de réseaux pensent que cette évolution est plutôt considérable alors qu'elle serait moins importante selon les représentants du panel « terrain » 

3. Dans quelle mesure de réelles collaborations intersectorielles ont-elles été mises en place?

- Selon les panels, on constate une évolution sensible à considérable en la matière depuis la mise en place des réseaux dans la mesure où des améliorations doivent encore avoir lieu notamment au niveau de la première ligne pour laquelle la santé mentale ne serait pas encore suffisamment prise en compte 

4. Quelles fonctions et programmes ont-ils effectivement fait l'objet d'un travail en réseau? A travers quels types d'actions précis (programme de soins...)?

- Conformément à la Réforme, les réseaux ont axé leur travail sur l'ensemble des fonctions et programmes (sauf pour ce qui concerne les programmes inclusion/intégration et promotion/prévention de la nouvelle politique non encore réellement activés). Toutefois, les panels relèvent que certaines initiatives politiques contourneraient le travail en réseau 

5. Quelle a été l'évolution des pratiques et dans quel domaine? Au niveau des fonctions et des programmes ?

- L'évolution n'est pas encore perçue comme très positive. Penser et agir en termes de fonction et programme est un grand changement culturel parfois perçu comme une charge de travail supplémentaire. La crise sanitaire est néanmoins présentée comme une opportunité à saisir en ce qu'elle renforce le travail en réseau et favorise le dialogue et l'évolution vers des pratiques davantage centrées sur le rétablissement (et non exclusivement sur les soins) 

• En conclusion :

- Les réseaux, tant dans leur gouvernance que dans leur fonctionnement, évoluent favorablement dans la voie de l'intersectorialité avec toutefois un effort important à réaliser pour intégrer les partenaires de la société civile (et notamment les représentants des usagers et des proches ou encore le secteur de la petite enfance) et les partenaires de la première ligne. Les coordinateurs estiment en outre que le modèle de gouvernance devrait évoluer compte tenu de l'implication plus grande des partenaires par rapport au moment de la création des réseaux

- Une réflexion en profondeur mériterait sans doute d'être menée, y compris sur la gouvernance même des réseaux, afin de garder un équilibre au sein du réseau entre les actions concrètes (de terrain) et les actions méso/macro qui structurent le réseau. A cet égard, afin d'asseoir la légitimité des réseaux, les coordinateurs réclament plus de cohérence de la part des Autorités et d'autonomie (L'Autorité fixe le cadre, les réseaux mettent en œuvre). Le constat majeur est que les partenariats existent sur le terrain mais peinent à se concrétiser au niveau des groupes de travail et des organes des réseaux. La formalisation d'accords de collaboration reste difficile à ce stade

• De la discussion avec les panels, nous pouvons déduire les suggestions suivantes :

- Une réflexion commune mériterait d'être menée sur:
  - la philosophie des réseaux, la vision du rétablissement, le sens, etc. et des prestations à y dispenser dans une optique de complémentarité des prestataires
  - la représentation des partenaires au sein du comité du réseau : elle ne serait peut-être pas nécessaire et pourrait être remplacée par un rôle plus actif des acteurs dans la pratique
  - le niveau de fonctionnement des réseaux : le niveau sectoriel ne serait sans doute pas toujours opportun, l'un des principaux partenaires est l'utilisateur et le contexte lui-même; impliquer le bénéficiaire au niveau méso-macro est un défi et se produit trop rarement
  - la gouvernance des réseaux

# Section 1. Analyse thématique

## 1. L'intersectorialité

- Et **divers leviers** suggérés par les panels pourraient être actionnés

- Au niveau des Autorités

- Un soutien proactif et coordonné de la Réforme par les Autorités de chaque partenaire est demandé. Plus de dialogue est nécessaire entre le Fédéral et les réseaux (les demandes des Autorités interfèrent parfois avec les plans stratégiques des réseaux)
- Renforcer le dialogue et développer la cohérence entre Fédéral et Entités fédérées
- Inciter les Autorités subsidiantes, lorsqu'elles octroient un subside à un partenaire, à les inviter à prendre contact avec le réseau

- En matière de communication

- Développer davantage la communication sur ce que l'on fait (et pas sur ce que l'on est)
- Favoriser la rencontre entre partenaires via :
  - ✓ La participation des partenaires dans les organes d'autres partenaires (ex-participation de la santé mentale aux conseils de prévention de l'aide à la jeunesse)
  - ✓ Des initiatives spécifiques telles que des rendez-vous entre secteurs « rdv vous en terrain connu/terre inconnue »

- Du point de vue organisationnel

- Rendre le réseau et son pilotage plus pratique (expérimenter des modèles au niveau des institutions pour susciter l'adhésion)
- Permettre aux réseaux de se déplacer vers les partenaires et non l'inverse
- Être à l'écoute des besoins des partenaires pour favoriser le sentiment d'appartenance au réseau
- Valoriser la participation (financière/par la pérennisation de certains projets pilotes, ...)
- Repenser le travail en réseau en développant des nouvelles approches de collaboration (versus la multiplication de réunions et plateformes de concertation), en travaillant sur des thèmes ou des projets concrets ou en impliquant les acteurs à d'autres niveaux que celui du réseau
- Intégrer les partenaires encore absents au niveau local plutôt que global via des projets pilotes par exemple (politique du « petit pas »)
- Mettre en place une représentation d'un groupe de parents proches plutôt que d'une personne pour représenter les proches (l'effet de groupe pourrait être un bon vecteur de motivation à participer au GT)
- Profiter de la période post-covid pour développer les relations avec les partenaires de la prévention
- Rechercher la participation des médecins généralistes en effectuant des actions auprès des cercles de médecine générale (mais cela reste difficile)

## Section 1 – Analyse thématique

### 2. La collaboration et la transversalité

# Section 1. Analyse thématique

## 2. La collaboration et la transversalité

### 1. Introduction

Cette thématique aborde la question de la collaboration au sens large. Nous avons souhaité distinguer 2 notions en ce qu'elles recouvrent 2 concepts différents mais complémentaires:

- la collaboration: elle concerne les synergies mises en place entre réseaux visant à la fois à partager les bonnes pratiques mais aussi à réfléchir et travailler ensemble sur une meilleure offre d'aide et de soins aux bénéficiaires en termes de couverture géographique (collaborations entre réseaux de mêmes publics-cibles) ou de couverture de publics-cibles spécifiques (collaborations entre réseaux E&A et A pour les 16-23 ans)
- La transversalité : elle concerne les collaborations entre partenaires d'un même réseau pour développer l'offre ou encore pour favoriser une approche holistique du bénéficiaire tout en intégrant la spécificité des acteurs. On touche ici étroitement à notion d'intersectorialité; c'est pourquoi, certains éléments de cette thématique doivent être lus en parallèle avec ceux de la thématique « intersectorialité »

### 2. Les constats

#### A. Collaborations générales

##### ▪ Constats communs à l'ensemble des réseaux

- Cette Réforme fait suite à de nombreuses réformes initiées dans le secteur de la santé mentale dans les années 70. Il y a du positif dans la Réforme car, grâce aux réseaux, plus de patients ont accès aux soins. Cependant, la « déshospitalisation » ne doit pas vouloir dire désinstitutionalisation. Selon les panels, des collaborations seraient déjà nées avant la Réforme sous forme de projets pilotes
- Les contacts entre réseaux Adultes d'une part et Enfants et Adolescents d'autre part ont principalement lieu de manière structurelle et de manière formalisée soit par une convention, soit par une participation aux travaux de(s) l'autre(s) réseau(x)
  - 75% des réseaux Adultes ont des collaborations formalisées
  - 80% des réseaux E&A ont des collaborations formalisées
  - Selon les panels, la collaboration au niveau infanto-juvénile est très compliquée car les partenaires dépendent d'Autorités différentes
- Les collaborations sont organisées de manière régulière ou ad hoc et portent soit sur un thème particulier (double diagnostic, assuétudes, psychologues de 1<sup>ère</sup> ligne, ...), soit sont de portée générale. Certains réseaux Adultes organisent une concertation au niveau des fonctions
- Les réunions se déroulent généralement entre réseaux limitrophes (sauf réunions SPF)
- Selon les panels, le fonctionnement provincial des réseaux conduit à une pensée autocentrée et donc, in fine à une forme de cloisonnement
- L'ensemble des réseaux entretiennent des contacts informels en plus des contacts structurels/réguliers

# Section 1. Analyse thématique

## 2. La collaboration et la transversalité

### 2. Les constats

#### A. Collaborations générales (suite)

##### ▪ Entre les réseaux du même public-cible

- Réunions SPF : réunions des coordinateurs de réseaux, participation à des formations et interventions, ... (par rôle linguistique) + Pour E&A : 4x/an, contacts entre les réseaux NL & FR
- Pour ce qui concerne les réseaux E&A, les responsables CLI (Consultation et Liaison intersectorielle) se rencontrent également 4x/an pour se soutenir et échanger sur les pratiques innovantes
- Les équipes mobiles se rencontrent également en dehors du cadre du SPF, principalement via les chefs d'équipe, dans le but de collaborer, de s'unir pour déposer des propositions critiques

##### ▪ Entre réseaux Adultes et réseaux E&A

- Tous les réseaux Adultes et E&A ont des contacts réguliers et/ou des collaborations avec des réseaux de l'autre public-cible
- Selon les panels, les collaborations entre les réseaux A et les réseaux E&A se développent au niveau du terrain mais pas dans les organes des réseaux (absence de collaboration formelle au profit de collaborations cliniques et donc ad hoc)
- Ces contacts se déroulent principalement au niveau provincial / entre réseaux voisins
- Certains réseaux sont formellement représentés au sein des organes d'autres réseaux de la même zone géographique, d'autres ont des agents de liaison qui nouent des relations entre les réseaux
- Selon les panels, les agents de liaison des réseaux E&A sont généralement répartis en thématiques (ex – enseignement). Ils facilitent la mise en place de contacts avec les différents acteurs et également d'autres réseaux

#### B. Collaboration spécifique public-cible 16-23 ans

- La continuité des soins pour le public-cible 16-23 ans est particulièrement problématique. Aujourd'hui, lorsque le jeune bascule vers les adultes, il faut « tout reprendre à zéro »
- Les réseaux organisent des réunions qui portent sur la continuité des soins. Même si des pratiques cliniques existent, ces collaborations ne seraient pas généralisées et ne seraient pas structurelles
  - Les panels partagent ce constat : s'il y a collaboration, elle n'est cependant pas formelle
  - Selon les panels, la surcharge de travail due notamment à la crise sanitaire a entraîné la cessation ou à la diminution des groupes de travail communs entre pédopsychiatres et psychiatres Adultes
- 80% des réseaux Adultes ont des *contacts réguliers* avec les autres partenaires dispensant des soins aux adolescents et 6 réseaux/31 citent de manière explicite avoir des *collaborations* avec d'autres réseaux
- Selon les panels il n'y a pas d'unité de soins hospitalière spécifique aux jeunes adultes

## Section 1. Analyse thématique

### 2. La collaboration et la transversalité

#### 3. Les leviers et les obstacles à la collaboration et à la transversalité

##### A. La transversalité: entre partenaires (au sein d'un réseau)

###### ➤ Obstacles

- Compte tenu de la philosophie de la Réforme, les équipes mobiles seraient encore « mal perçues » par les hôpitaux dans la mesure où elles seraient privilégiées en aval et en amont de l'hospitalisation, et réduiraient ainsi les durées de séjour des patients dans les hôpitaux
- Le fait que la majorité des employeurs des équipes mobiles soient les partenaires de la santé mentale créerait des tensions entre partenaires (statuts administratifs et péculiaires différents des membres des EM)
- Le financement des réseaux Adultes via le gel de lits générerait une tension entre les hôpitaux promoteurs et les autres partenaires
- Les modalités de rémunération des psychiatres dans les équipes mobiles diffèrent de celles des hôpitaux et d'autres partenaires des réseaux
- Les services de santé mentale peinent à recruter des psychiatres; ce qui générerait une psychiatrisation des prises en charge par le recours aux psychiatres hospitaliers
- Le manque d'harmonie entre les Autorités relevant de niveaux de pouvoir différents et l'absence d'incitant à la collaboration
- Le financement des acteurs d'un même programme dépend de niveaux de pouvoir différents sans implication de l'Autorité pour assurer la transversalité, selon les panels
- Le manque de clarté ressenti dans la définition des attentes, des objectifs en termes de collaboration
- L'insuffisance de l'offre, chaque partenaire gérant ses propres listes d'attente au détriment du réseau
- La faiblesse ressentie de l'ambulatoire par rapport au résidentiel

###### ➤ Leviers actionnés

- La demande de collaboration de la Fonction 5 avec les partenaires de la santé mentale: le secteur du logement souhaite une présence soignante dans les hébergements
- La forte demande de logement pour les patients double diagnostic, générant une collaboration accrue avec l'AViQ
- Le fonctionnement par petits objectifs au sein d'un plan global: mise en œuvre, application, fin, évaluation, permet de mettre en place des petits projets avec des changements effectifs, notamment au niveau de la Fonction 3. Ceci apporte une véritable plus-value et engendre un changement structurel
- La tenue de réunions intersectorielles sur des thématiques précises transversales comme le double diagnostic
- L'utilisation des équipes mobiles comme ressource pour créer du lien

# Section 1. Analyse thématique

## 2. La collaboration et la transversalité

### 3. Les leviers et les obstacles à la collaboration et à la transversalité

#### B. La collaboration: entre réseaux

##### ➤ Obstacles

- L'absence de cadre formel de collaboration entre réseaux E&A et réseaux A en termes de continuité et d'accessibilité des soins
- Le rôle du coordinateur de réseau diffère selon le réseau
- La répartition géographique et la taille de certains réseaux (cf. cartographie page 4)
- Les différences de prises en charge de certains publics cibles : les troubles de la personnalité (= troubles de l'attachement chez les EA) ne seraient pas reconnus chez les adultes, on les qualifierait donc « d'inaptes sociaux ». Ces « inaptes sociaux » ne seraient pas pris en charge par les EM Adultes; dès lors, les équipes mobiles des réseaux E&A seraient contraintes de les garder
- Le manque de moyens et les incohérences consécutifs à la régionalisation de certains secteurs génèreraient du travail en silo et un repli sur soi
- La participation des mêmes acteurs à un trop grand nombre de réunions
- Public-cible 16/23 ans :
  - ✓ la différence de profils – les jeunes nécessiteraient en général des soins moins aigus mais l'intervention de plus de prestataires (accumulation de symptômes)
  - ✓ la différence de modèles de prise en charge des réseaux E&A et A

##### ➤ Leviers actionnés

- Les initiatives personnelles/individuelles entre partenaires de différents réseaux
- Les réunions entre coordinateurs au sein du SPF
- Des objectifs/missions communs ont été convenus entre réseaux
- Public-cible 16-23 ans :
  - ✓ les collaborations cliniques entre équipes mobiles et équipes de crise (+ contacts avec la première ligne)
  - ✓ la coopération existante entre les soins de 1ère ligne et la santé mentale
  - ✓ l'implication des proches

## Section 1. Analyse thématique

### 2. La collaboration et la transversalité

#### 4. Appréciation finale



- Nous avons posé les **questions suivantes** aux panels en fin de session afin d'avoir leur sensibilité générale :

1. Dans quelle mesure les collaborations sur des projets communs entre les réseaux ont-elles évolué depuis la mise en place de la Réforme?

- Selon les panels, on constate une évolution faible à sensible en la matière depuis la mise en place des réseaux



2. Dans quelles mesure les collaborations entre réseaux ont-elles permis une meilleure réponse à la demande de suivi des usagers?

- Selon les panels, on constate une évolution sensible en la matière depuis la mise en place des réseaux



3. Dans quelles mesure les collaborations entre réseaux ont-elles permis un meilleur suivi de certains publics-cibles (double diagnostic, assuétudes, ...)?

- Selon les panels, on constate une évolution sensible à considérable en la matière depuis la mise en place des réseaux



4. Dans quelle mesure de réelles collaborations intersectorielles ont-elles été mises en place pour ce qui concerne le suivi du public –cible 16-23 ans depuis le début de la Réforme?

- Selon les panels, on constate une évolution faible à sensible en la matière depuis la mise en place des réseaux



5. Dans quelle mesure la collaboration entre les réseaux Adultes et les réseaux Enfants et Adolescents a-t-elle amélioré la (demande de) prise en charge du public 16-23 ans depuis le début de la Réforme?

- Selon les panels, on constate une évolution faible à sensible en la matière depuis la mise en place des réseaux



6. Dans quelle mesure a-t-on évolué vers plus de dialogue, de coordination, de coopération et à quel niveau (partenaires, réseaux, pouvoirs...)?

- Selon les panels :

- la collaboration existerait au niveau micro mais devrait être intensifiée au niveau méso, notamment entre les réseaux mais aussi au sein des réseaux où les acteurs hospitaliers et institutionnels conservent encore une prédominance
- au niveau macro, la perception de la coordination entre Autorités resterait aujourd'hui problématique



#### • En conclusion :

- Les réseaux sont conscients de la plus-value qu'apportent la collaboration et la transversalité

- Soit en termes de complémentarité de l'offre pour un même public-cible (Adultes ou E&A) ou pour un public-cible spécifique (16-23 ans).

A noter que, selon les panels, il existe d'autres tranches d'âge problématiques qui pourraient bénéficier de davantage de collaboration comme les personnes âgées et la petite enfance

- Soit en termes d'échanges et de bonnes pratiques pour améliorer leur efficacité en termes de gestion et de travail de terrain

- Les collaborations entre réseaux, par les synergies et l'échange entre pairs (ex- CLI, EM, ...), permettent d'ancrer les changements culturels résultant de la Réforme

- Les collaborations augmentent l'accessibilité des soins et donc la prise en charge précoce des usagers

- Toutefois, même si les collaborations semblent s'intensifier et se formaliser d'année en année, la mise en place de la Réforme n'aurait pas encore eu un effet considérable. En effet, un certain nombre d'obstacles structurels freinent ces collaborations :

- des motifs financiers
- le manque de cohérence des Autorités perçu par les panels
- la disparité géographique des réseaux
- les différences de moyens entre les réseaux Adultes et les réseaux Enfants et Adolescents (agents de liaison, CLI, ...)
- des motifs organisationnels: prédominance ressentie des hôpitaux promoteurs en raison des modalités de financement, et de la santé mentale car les employeurs des EM sont majoritairement des partenaires de la santé mentale
- le manque de disponibilité des acteurs

- Auxquels on peut certainement ajouter les obstacles identifiés dans la mise en place de l'intersectorialité

# Section 1. Analyse thématique

## 2. La collaboration et la transversalité

### 4. Appréciation finale

- Divers leviers suggérés par les panels pourraient néanmoins être actionnés

#### ➤ En matière de transversalité

- Impliquer les Autorités en vue d'aider les acteurs de la santé mentale dans leur mission de soutien aux acteurs de la 1ère ligne
- Favoriser le développement d'une approche de proximité plutôt que provinciale ou sur l'ensemble du territoire du réseau
- Utiliser chaque partenaire comme un levier (l'utilisateur entre dans le réseau par le biais d'un partenaire qui lui-même connaît l'ensemble du réseau)
- Initier des collaborations depuis le terrain : ex- établissement de plans de soins pour les patients suivis par des médecins généralistes uniquement
- Favoriser les échanges entre les partenaires de la santé mentale et ceux de la culture dans les réseaux Adultes afin d'assurer une continuité de l'aide et des soins pour les patients qui quittent les réseaux E&A vers les réseaux A

#### ➤ En matière de collaboration

- Favoriser l'échange entre personnes de réseaux différents exerçant les mêmes fonctions
- Développer le concept de transition pour faire en sorte que le jeune devienne l'acteur de sa propre prise en charge à l'âge adulte
- Développer des collaborations plus structurelles entre réseaux Adultes et réseaux E&A sur certains publics-cibles comme les 16-23 ans
- Innover au niveau des méthodes de collaboration et rationaliser les forums, lieux de discussion entre mêmes acteurs
- Développer une cohérence entre les Autorités
- Apporter un soutien financier complémentaire et adapté à la réalité des réseaux
- Harmoniser les moyens des réseaux A et E&A, dont octroyer des moyens aux réseaux Adultes pour créer des agents de liaison et/ou des interlocuteurs pour les CLI
- Mettre à disposition des réseaux un support informatique pour partager des fichiers avec les partenaires et les autres réseaux (SharePoint)

## Section 1 – Analyse thématique

### 3. La sensibilisation - L'information - La communication

## Section 1. Analyse thématique

### 3. La sensibilisation- l'information- la communication

#### 1. Introduction

La communication est un outil de sensibilisation des partenaires, vecteur de l'intersectorialité, de la collaboration et de la transversalité. Elle participe également au développement d'une identité des réseaux et d'une culture du travail en réseaux. Enfin, elle favorise l'accessibilité aux soins des usagers

#### 2. Les constats

##### A. Stratégie et constats généraux

- Tous les réseaux ont effectué des efforts importants afin de se faire connaître sur leur zone d'action : la plupart des réseaux disposent d'un site internet et la communication digitale (site web, réseaux sociaux, ...) est utilisée pour rendre l'offre visible et élargir et consolider l'impact du réseau
- Les réseaux ne disposeraient pas de plan de communication commun aux acteurs de réseau, ni des compétences et du temps suffisant en matière de communication
- La diversité des supports de communication (newsletter, sites web et réseaux sociaux) produirait des retours positifs. Cependant certains secteurs n'ont pas encore de site internet.
- Les outils de communication seraient importants mais leur diffusion serait faible
- Selon les panels, les informations disponibles sur les sites web ne correspondraient pas toujours à la réalité. Par exemple, l'accès à un service (ex - les équipes mobiles) est indiqué comme disponible alors qu'il ne l'est pas ou des services indiqués comme étant de proximité sont éloignés de plusieurs dizaines de kilomètres
- Les réseaux développent des actions de communication et de sensibilisation à plusieurs niveaux
  - entre réseaux voisins
    - Selon les panels, la communication inter-réseaux manquerait d'homogénéité.
  - sur l'offre d'aide et de soins mais sans rendre suffisamment visible la plus-value du réseau intégré
  - sur les réalisations issues d'un travail collectif
    - Les réseaux auraient plutôt tendance à communiquer sur ce qu'ils sont plutôt que sur ce qu'ils font

## Section 1. Analyse thématique

### 3. La sensibilisation- l'information- la communication

#### 2. Les constats

##### B. La communication doit être adaptée à ses destinataires

###### 1. Communication interne – Les partenaires du réseau

- La communication devrait comprendre **l'information** sur l'offre d'aide et de soins, la vision du réseau, sa couverture, l'intersectorialité, les objectifs de la Réforme
- Selon les panels, la communication serait de plus en plus utilisée pour diffuser l'information auprès des professionnels et des usagers et pour les sensibiliser au travail en réseau. Cependant les partenaires auraient une très faible connaissance des actions entreprises par leur réseau
- La première ligne aurait également un grand besoin d'information et de formation à l'égard des réseaux
- La communication devrait permettre de **sensibiliser** les partenaires (dont les pouvoirs locaux) à la santé mentale en générale, à la prise en charge holistique des usagers et leur apporter des réponses aux questions qu'ils se posent
- Selon les panels, il y aurait une absence d'espaces dans les réseaux ou leurs sites pour répondre à des questions; il n'y aurait pas non plus de site commun où on peut trouver rapidement des renseignements sur l'offre d'aide et de soins au niveau local et des réponses centralisées aux questions que l'on se pose

###### 2. Communication externe – Les usagers du réseau

- La communication devrait comprendre **l'information** sur l'offre d'aide et de soins et permettre de **sensibiliser** les usagers et proches aux soins de santé mentale au sens large
- Les réseaux auraient du mal à identifier comment communiquer envers les usagers
- Les usagers ne sont pas nécessairement au courant des réseaux, ils en prendraient connaissance indirectement, lors des contacts avec les professionnels

## Section 1. Analyse thématique

### 3. La sensibilisation- l'information- la communication

#### 3. Les leviers et les obstacles à une communication complète et ciblée

##### A. La communication en tant qu'outil de sensibilisation

###### ➤ Obstacles

- La communication a été initialement laissée de côté par les réseaux au profit de leur construction et ne serait aujourd'hui toujours pas une priorité
- En termes de moyens, tant au niveau des coordinateurs que des partenaires, on constate un manque de coopération entre les partenaires (manque de temps ou de motivation)
- Le nombre de partenaires accroît la difficulté pour construire, alimenter en information et entretenir la communication : vu le nombre conséquent d'acteurs, d'instances, la récolte de l'information est relevée comme un point sensible (faire parvenir la bonne information au bon public au bon moment est un véritable défi)
- La communication ne serait pas suffisamment financée au niveau fédéral

###### ➤ Leviers actionnés

- Favoriser la communication individuelle et saisir l'opportunité des contacts cliniques à cet effet
- Aborder le sujet de la communication au comité de réseau
- Communiquer autour de thèmes précis
- Inviter les acteurs à participer aux GT pour établir des contacts, aussi informels, entre pairs, entre secteurs et sensibiliser aux besoins des acteurs de la 1<sup>ère</sup> ligne
- Inviter les partenaires ou la coordination des réseaux dans les organes d'autres partenaires (ex – participation de la santé mentale aux conseils de prévention de l'aide à la jeunesse)
- Considérer les professionnels comme un relais entre le réseau et les usagers ou entre les partenaires du réseau (ex – médecins généralistes/psychologues de 1<sup>ère</sup> ligne)
- Confier un rôle complémentaire de sensibilisation aux équipes mobiles

- Grâce aux agents de liaison, développer des actions extérieures au réseau et des synergies entre réseaux

##### B. Les supports de communication

###### ➤ Obstacles

- Un manque de temps
- Un manque de moyens budgétaires
- Des compétences limitées (la communication n'est pas le métier premier des coordinateurs, et il n'y a pas de système ni de rôle prévu dans certains réseaux pour tenir le site à jour)
- Certains acteurs n'ont pas de site commun (ex – La Prévention)

###### ➤ Leviers actionnés

- Parmi les leviers utilisés, on peut citer : la création de sites communs à plusieurs réseaux, y compris Adultes et E&A et la mise en valeur de projets spécifiques

## Section 1. Analyse thématique

### 3. La sensibilisation- l'information- la communication

#### 4. Appréciation finale



- Nous avons posé les **questions suivantes** aux panels en fin de session afin d'avoir leur sensibilité générale :

1. *Comment évaluez-vous l'évolution de l'accessibilité de l'offre du point de vue de l'utilisateur au travers des actions de communication, d'information et de sensibilisation?*

- Selon les panels, on constate une évolution sensible en la matière depuis la mise en place des réseaux



2. *Dans quelle mesure la première ligne est-elle intégrée dans la stratégie de communication et de sensibilisation?*

- Selon les panels, on constate une évolution considérable en la matière depuis la mise en place des réseaux



3. *Dans quelle mesure a-t-on évolué vers plus de coordination et de coopération et à quel niveau (partenaires, réseaux, pouvoirs...) en ce qui concerne la communication au public et aux acteurs/partenaires (potentiels) du réseau?*

- Selon les panels, on constate une évolution considérable en la matière depuis la mise en place des réseaux mais avec une certaine réserve du point de vue de la coordination dont l'évolution serait plutôt sensible que considérable



#### • En conclusion :

- Si la communication n'était pas prioritaire au moment de la constitution des réseaux, on constate qu'elle a été de plus en plus prise en compte afin de diffuser l'information auprès des professionnels et des usagers mais aussi pour les sensibiliser au travail en réseau, favorisant ainsi collaboration, transversalité et intersectorialité. Elle est toutefois difficile à concrétiser en ce qu'elle demande du temps, de l'énergie et des moyens dont les réseaux estiment ne pas disposer en suffisance et ce d'autant que la communication est elle-même fragmentée entre Autorités (principalement durant cette période Covid).
- Pour y remédier, diverses **pratiques innovantes** ont été relevées et pourraient être généralisées
  - La mise en place d'une cellule intersectorielle de crise a permis aux centres de prévention (aide à la jeunesse) d'atteindre beaucoup de partenaires (création d'un recueil des services)
  - La création de rendez-vous entre secteurs « rdv vous en terrain connu/terre inconnu » qui ne se seraient pas rencontrés en dehors
  - L'accessibilité aux publics fragilisés et leur environnement proche de cartes interactives, d'outils online et de lettres d'information adaptées à l'actualité (Covid)

- Et **divers leviers** suggérés par les panels pourraient être actionnés
  - Communiquer sur ce que l'on fait et pas sur ce que l'on est
  - Etablir un plan de communication
    - commun aux acteurs du réseau
    - intégrant l'approche par public-cible et utilisant plusieurs canaux de communication adaptés à ces publics cibles (digitaux, papier, présence physique, ...) en veillant à la mise à jour et à l'interactivité des sites internet
    - orienté également vers le grand public (pour toucher davantage aussi les partenaires de la société civile)
  - Développer une plateforme commune à tous les réseaux permettrait de soutenir les réseaux et de faciliter l'accès à l'information pour les usagers mais également pour les partenaires des réseaux et d'autres professionnels (ex. navigation par thématique et/ou par localisation). Une telle plateforme pourrait également centraliser toute autre information utile en rapport avec les soins de santé mentale (fiches d'informations, actions de prévention, bonnes pratiques, ...)
  - Adopter une communication proactive/Informer et former la 1ère ligne à la santé mentale
  - Renforcer les moyens budgétaires permettant le financement d'un poste dédié
  - Favoriser la collaboration entre réseaux Adultes et E&A en matière de communication

## Section 1 – Analyse thématique

### 4. La participation des usagers et des proches

# Section 1. Analyse thématique

## 4. La participation des usagers et des proches

### 1. Introduction

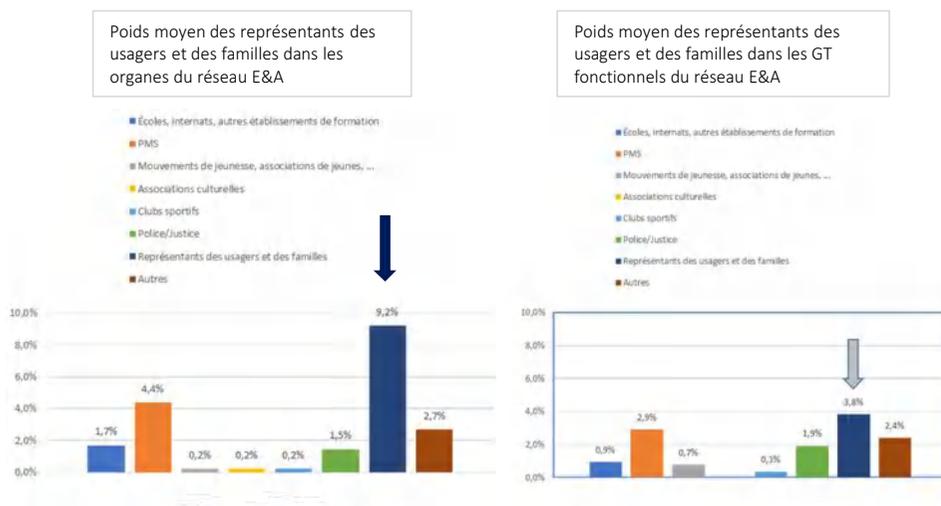
Nous avons examiné la participation des usagers et des proches sous 2 angles:

- Leur représentation au sein des réseaux tant au niveau des organes de gestion des réseaux que des groupes de travail ainsi que la régularité des contacts avec les réseaux et le niveau de maturité de ces contacts: cette représentation est-elle structurelle ou non ? Les réseaux ont-ils des contacts réguliers ou non avec les usagers & proches? Dans l'affirmative, ces contacts sont-ils plutôt informatifs, consultatifs ou collaboratifs?
- La réalité de cette représentation/participation au sein des réseaux: quel est le degré d'implication des usagers et des proches? Leur présence est-elle effective? Cette représentation signifie-t-elle que les usagers et proches s'expriment? Se font-ils entendre?

### 2. La représentation au sein des réseaux – Les constats

#### A. Les représentants des usagers et des proches dans les organes et les groupes de travail de réseau

- 100% des réseaux Adultes ont des représentants des conseils des usagers et des proches au sein de leur comité de réseau (leur nombre varie de 1 à 3 pour chacun d'eux)
- Selon les panels, si 100% des réseaux Adultes ont des représentants des usagers, il n'y a cependant pas 100% de ces réseaux qui ont un conseil des usagers



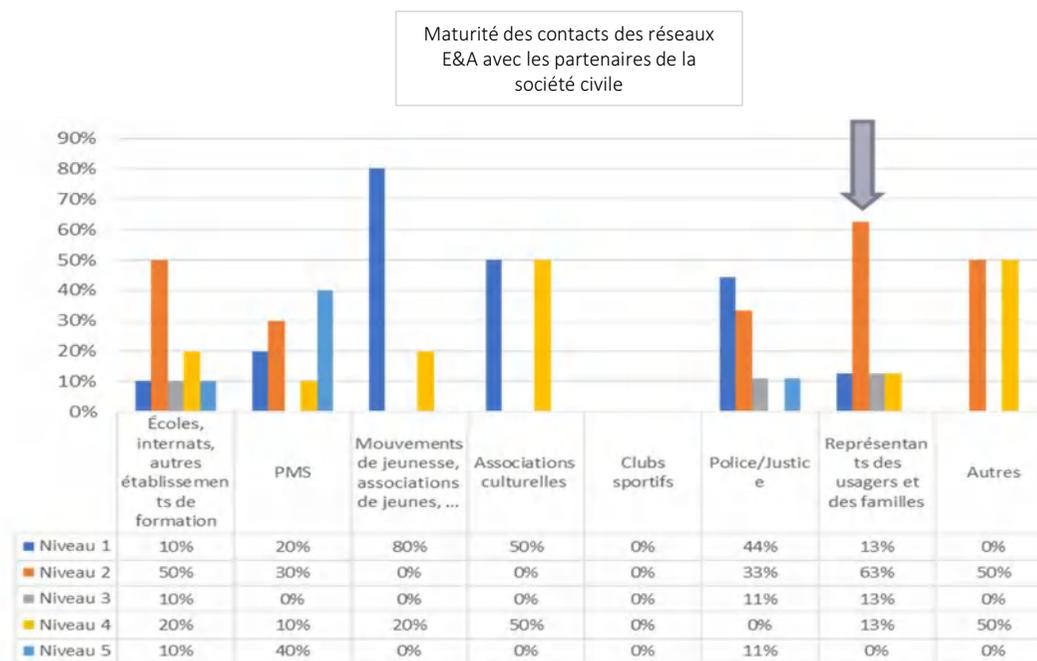
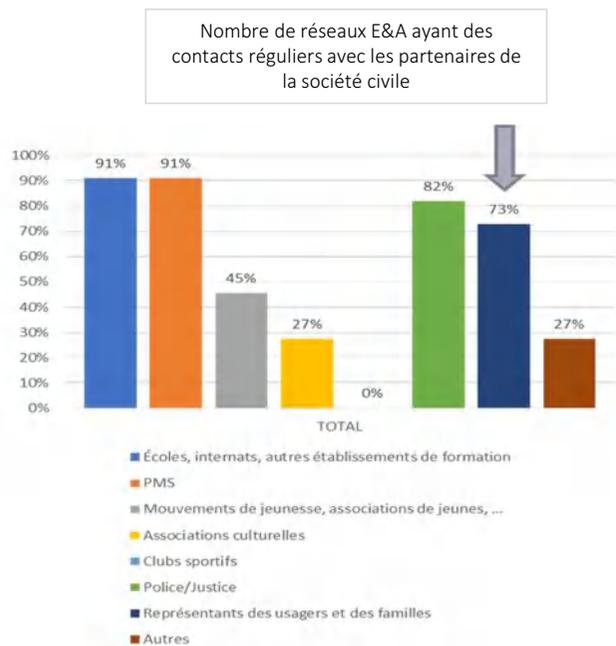
- Les représentants des usagers et des proches dans les réseaux Enfants et Adolescents ont un poids moyen proche de 10% dans les organes de gestion du réseau contre 3,8% uniquement dans les groupes de travail fonctionnels du réseau
- Dans les réseaux E&A, il est plus difficile de donner la parole aux enfants qu'à leur famille; ce qui explique qu'il y aurait plus de représentants des familles que de représentants des jeunes
- Sur le concept de représentant en lui-même, un seul et unique profil d'utilisateur n'existerait pas: l'utilisateur, par exemple, est différent selon son âge
- Bien que le nombre de représentants soit un indice de la participation, il ne reflète pas nécessairement l'implication réelle de l'utilisateur/des proches

## Section 1. Analyse thématique

### 4. La participation des usagers et des proches

#### 2. Les constats

##### B. Les contacts réguliers des réseaux E&A avec les représentants des usagers et des proches



1. Les contacts organisés sont uniquement informatifs
2. Les contacts organisés sont essentiellement informatifs et organisés de manière ad hoc
3. Les contacts organisés sont essentiellement consultatifs et organisés de manière systématique
4. Les contacts organisés sont essentiellement consultatifs et ont mené à une démarche collaborative ad hoc
5. Les contacts sont collaboratifs et organisés de manière systématique

- 73% des réseaux Enfants et Adolescents ont des contacts réguliers avec les représentants des usagers et des familles
- Ces contacts sont majoritairement de nature informative et ad hoc

## Section 1. Analyse thématique

### 4. La participation des usagers et des proches

#### 2. Les constats

##### C. Synthèse des constats

- La prise en compte de la voix des représentants du jeune particulièrement mais aussi de sa famille est encore insuffisante
- Les partenaires auraient plus de difficultés à impliquer les usagers et proches dans les réflexions au niveau des groupes de travail (contrairement au terrain)
- L'investissement des représentants des usagers et des proches serait plus difficile à ce niveau compte tenu du manque de moyens ou du manque de disponibilité
- On constate un intérêt pour les associations à participer à la gestion des réseaux et à sensibiliser les partenaires à l'importance à leur accorder dans la construction et la gestion du réseau
- Néanmoins, la santé mentale étant encore dominante dans la plupart des réseaux, ceux-ci conserveraient une vision curative des soins plutôt qu'une vision centrée sur le bien-être, justifiant ainsi le faible recours à la voix des usagers et des familles
- Les partenaires et coordinateurs des réseaux sont de plus en plus convaincus de la nécessité de travailler de manière participative et proactive avec les usagers et proches

## Section 1. Analyse thématique

### 4. La participation des usagers et des proches

#### 3. La réalité de la représentation au sein des réseaux – Les leviers et les obstacles (Comment la participation des usagers et proches s’effectue-t-elle concrètement?)

- **Au niveau du degré d’implication**

- Les représentants des usagers et des familles sont impliqués dans les réseaux mais pas encore de manière systématique et plutôt à titre informatif que consultatif ou collaboratif (même si c’est le cas dans certains réseaux)
- Il existe encore peu de pratiques participatives dans lesquelles les politiques des réseaux sont co-déterminées par leurs usagers, en particulier les enfants et les adolescents
- La plupart des réseaux ont déjà pris certaines mesures pour tenter d’organiser des activités participatives
- Si des actions ont déjà été entreprises, elles ne sont généralement pas structurelles : il s’agit souvent d’initiatives ponctuelles qui ne sont pas poursuivies

- **Au niveau de la présence**

- Compte tenu de leur vécu, les représentants des usagers doivent développer des efforts considérables pour maintenir leur implication dans la durée
- L’aspect financier est important : certains réseaux ne remboursent pas les frais de déplacement et lorsqu’il s’agit une personne rémunérée (ex. au sein d’une institution), la rémunération est souvent faible, la personne est souvent seule (en non en duo) pour l’ensemble des réunions et forums d’un réseau et occupe une fonction isolée (versus par exemple un groupe de médecins, psychologues, ...).
- De même, la question de la mobilité peut être un obstacle à la participation des usagers au travail des réseaux
- Lorsque les usagers sont présents, et qu’ils osent s’exprimer, on les écoute mais s’ils ne sont pas là, on ne viendrait pas les chercher. Le panel se demande s’il y a une réelle volonté des partenaires d’impliquer les usagers

- **Au niveau de la prise de parole**

- Trop souvent, ce sont des professionnels qui portent la voix des usagers. Or, il peut y avoir des interférences : les représentants n’exprimeraient pas suffisamment la diversité des réalités des usagers
- Les représentants des usagers sont souvent seuls et se trouvent face un grand nombre de professionnels qui, trop souvent, conserveraient une vision médicale de la prise en charge; dès lors, ils éprouvent des réticences à s’exprimer dans les grands groupes face à des professionnels qui sont des experts et parfois même des prestataires qui les ont suivi dans leur prise en charge; ils se sentent stigmatisés par les partenaires et souhaiteraient disposer de formation, d’outils pour faciliter leur parole
- Les sujets de discussion sont souvent perçus comme trop peu concrets (gouvernance, ...) rendant la participation moins effective
- Récueillir la parole des usagers demande beaucoup de temps et cet investissement ne serait pas reconnu

- **Evaluation de la participation des usagers et des proches dans le fonctionnement du réseau**

- Selon les panels, les réseaux ne prennent pas le temps suffisant pour s’interroger sur la participation des usagers en tant que telle, les évaluations portant essentiellement sur des actions ponctuelles dans lesquelles les usagers ont pu être impliqués. Comme la participation des usagers et des proches doit rester un enjeu prioritaire, même dans les réseaux dans lesquels leur participation est plus importante, les panels estiment que les réseaux devraient mettre en place des évaluations plus systématiques de cette participation au niveau de leur fonctionnement méso

## Section 1. Analyse thématique

### 4. La participation des usagers et des proches

#### 4. Appréciation finale



- Nous avons posé les **questions suivantes** aux panels en fin de session afin d'avoir leur sensibilité générale :

1. *La participation des usagers et des proches est-elle implémentée et fait elle partie de la culture locale?*

- Selon les panels, on constate une évolution faible à modérée de l'imprégnation culturelle de la participation des usagers et des proches dans les réseaux. Elle varie également selon les groupes d'âge et les secteurs. Ainsi, par exemple, la culture de la participation a plus évolué au sein des acteurs travaillant avec des groupes-cibles d'âges spécifiques comme les personnes âgées (avec des difficultés plus importantes pour les âges « de transition » type 16-23 ans), ou encore au sein des acteurs travaillant sur les assuétudes ou des acteurs du logement adapté

2. *Dans quelle mesure la participation des usagers et proches a-t-elle impacté l'organisation des soins au niveau macro (la politique de Santé) et méso (le fonctionnement des réseaux et des services)?*

- Selon les panels, on constate une évolution faible à modérée de l'impact de la participation des usagers et des proches sur l'organisation des soins au niveau macro et méso. D'une perception de la qualité des soins à donner orientée vers l'utilisateur, on arrive à une demande de participation active de l'utilisateur

3. *Dans quelle mesure les réseaux et circuits de soins ont-ils permis une réponse davantage centrée sur les besoins des bénéficiaires et de leur entourage (avec une vision globale)?*

- Selon les panels, on constate une évolution sensible à importante en la matière même s'il y a fort à penser que cela varie selon les réseaux et peut-être les publics-cibles



- En conclusion :

- La participation des usagers et des proches n'a que peu évolué depuis la mise en place des réseaux, en tous cas en termes d'impact réel de cette participation sur le travail des réseaux et de ses acteurs, et donc sur les pratiques et, in fine, sur la qualité de la prise en charge des usagers**

- Toutefois, un travail de collaboration existe avec les représentants des familles dans les réseaux E&A car les enfants et adolescents sont toujours pris en charge en incluant l'ensemble de leur parcours de vie**

- Des efforts importants restent à réaliser pour accroître la participation des usagers et des proches dans le fonctionnement de la plupart des réseaux (leur participation étant plus importante au niveau micro au travers de la participation à des projets) mais aussi pour qu'elle soit réelle, ancrée dans des habitudes et inscrite dans la durée et qu'elle soit porteuse de changement au bénéfice de l'utilisateur**

- A cet effet, diverses **pratiques innovantes ont** été relevées et pourraient être généralisées

- L'intégration d'ex-usagers dans les projets, au cœur des services et/ou des équipes réseau, la pair-aidance
- Les bureaux clients, *overkopcafés* et *herstelacademies* favorisant l'échange entre experts et pairs dans des lieux agréables, ouverts
- Des journées d'échange avec le secteur de l'enseignement pour collecter la parole des enfants, des soirées de rencontre autour de témoignages favorisant l'échange

- Et **divers leviers** suggérés par les panels pourraient être actionnés

- Favoriser la représentation directe des usagers et leur fournir les outils leur permettant de s'exprimer librement et d'assurer une réelle représentation participative
- Créer des conseils des usagers chez les jeunes
- Cibler les parents proches plutôt que les familles
- Aller chercher la parole de l'utilisateur si elle ne s'offre pas spontanément et ce, en commençant au niveau local
- Pour les jeunes, diffuser l'information (sur des sujets liés à la santé mentale, sur l'offre, ...) et partager des témoignages d'autres jeunes
- Développer la pair-aidance au sein des réseaux (comités de fonction, équipes mobiles) dans la mesure où cela permet une meilleure identification des besoins des usagers
- Inciter à la participation des usagers et proches via des mécanismes de reconnaissance financière ou autres (diffusion de l'information, fixation d'un nombre minimum de représentants (au moins 2)) et au maintien de cette participation en mettant en place des interventions. Prévoir un réel encadrement et accompagnement (formels et informels) des représentants
- Activer une dynamique de dialogue entre professionnels – usagers – proches permettant un échange multi-perspectives concret (versus une représentation formelle dans les structures du réseau)

## Section 1 – Analyse thématique

### 5. La vision du rétablissement, l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins

## Section 1. Analyse thématique

### 5. La vision du rétablissement, l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins

#### 1. Introduction

Le 3<sup>ème</sup> objectif identifié de la Réforme consiste à garantir à l'utilisateur l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins grâce notamment à une vision partagée des prestations à dispenser aux usagers dans une optique de rétablissement. Celle-ci ne s'oppose pas à une vision médico-psychiatrique des soins mais vise à compléter cette approche par une prise en compte holistique de l'utilisateur; l'optique n'est pas « la guérison » mais le rétablissement au travers d'une prise en charge de sa vie « avec » sa maladie ou son trouble psychique.

Nous avons donc envisagé cette thématique comme un continuum:

- La vision du rétablissement, comme un concept à mettre en œuvre et basé sur plusieurs aspects qui y concourent comme l'intersectorialité et la participation des usagers
- L'accessibilité, la qualité et la continuité des soins, comme une sorte de mise en pratique de cette vision du rétablissement. L'accessibilité sera traitée majoritairement au travers des équipes mobiles, la qualité et la continuité des soins par le biais des plans de soins individualisés et de la collaboration entre partenaires et entre réseaux

#### 2. Les constats

##### A. La vision du rétablissement

###### L'intersectorialité

- Les contacts les plus réguliers des réseaux ont lieu avec les partenaires suivants :
  - Pour les réseaux Adultes : les soins de 1<sup>ère</sup> ligne (non santé mentale), l'aide sociale, les services psychiatriques des hôpitaux généraux, le Logement et le Travail et les services dispensant des soins aux adolescents. Les contacts semblent donc davantage orientés vers la 1<sup>ère</sup> ligne et la réinsertion
  - Selon les panels, à Bruxelles, les contacts les plus réguliers ont lieu avec les partenaires institutionnels tels que les hôpitaux et moins avec les services de santé mentale. En outre, au niveau des Autorités, le soutien est perçu comme étant à dimension variable selon l'Autorité
  - Pour les réseaux E&A : l'aide à la jeunesse, la petite enfance, les CRA, le Handicap, les écoles, les PMS, la Justice et la Police et les usagers & proches. Les contacts sont donc davantage noués avec les partenaires institutionnels de l'Ecole et de la Justice même si la prise en compte de publics spécifiques (double diagnostic) est un souhait des réseaux
  - Selon les panels, la sphère de la santé mentale reste majoritaire, la société civile et le secteur du handicap restant très difficiles à mobiliser
- Le réseau intersectoriel s'engage à chercher des solutions pour l'ensemble des besoins des usagers et des proches, avec comme finalité l'amélioration de la qualité de vie
- Selon les panels, le travail en réseau n'est pas encore intégré chez tous les partenaires. Au niveau de la structure du réseau, c'est souvent la dimension de la communication interne qui pose problème: difficulté à diffuser une information en intégrant tous les partenaires
- L'offre étant insuffisante pour répondre à la demande, les partenaires sont moins enclins à travailler en réseau (cf. listes d'attente)

## Section 1. Analyse thématique

### 5. La vision du rétablissement, l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins

#### 2. Les constats

##### A. La vision du rétablissement

###### L'intersectorialité (suites)

- Selon la Réforme, les soins orientés vers le rétablissement et la réhabilitation psychosociale devraient en principe constituer la vision commune à l'ensemble des partenaires et être concrétisés dans leur pratique
- Or, selon les panels, on observerait le maintien d'une forme de psychiatrisation de la prise en charge en raison de la difficulté de recruter des psychiatres en dehors des hôpitaux (ex- dans les SSM) et par le fait que certains patients nécessiteraient d'abord un suivi psychiatrique
- Il ressort des panels qu'il y a des divergences régionales en termes de vision du rétablissement, la Flandre étant plus avancée dans sa réflexion que Bruxelles ou la Wallonie
- La vision du rétablissement serait présente au niveau des réseaux mais les valeurs qui la justifient ne seraient pas partagées par tous les partenaires
- Selon les panels, il y a des désaccords entre les partenaires avec une prédominance de la vision médico-psychiatrique des soins. Le travail axé sur le rétablissement fait défaut
- Il convient également d'être vigilant à l'intégration effective des publics-cibles spécifiques au sein du réseau, en favorisant les liaisons avec les partenaires non spécialisés pour construire une offre d'aide et de soins globale
- La répartition des compétences entre le Fédéral et les Entités fédérées ne favorise pas les contacts entre partenaires pour conférer cette vision holistique des soins
- Selon les panels, le fait que les partenaires dépendent de réseaux de niveaux de pouvoir différents rend la collaboration plus complexe

##### A. La vision du rétablissement

###### La participation des usagers

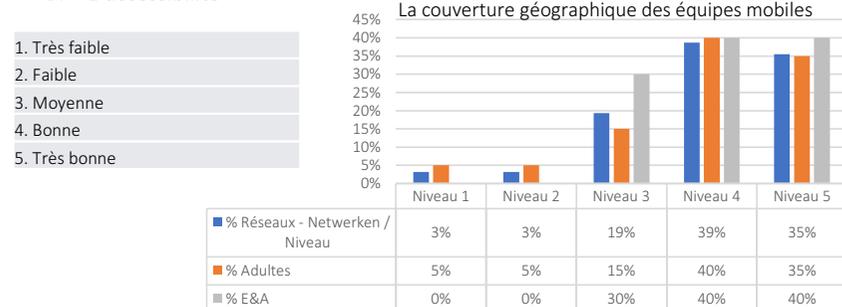
- Les réseaux sont convaincus de l'importance de la participation des usagers et proches, au sein des organes et au niveau des groupes de travail. Toutefois, celle-ci peine à se concrétiser, tant au niveau macro (politique), méso (réseau) que micro (local). Or, lorsqu'ils sont impliqués, leur participation au processus décisionnel contribue à une meilleure qualité des projets et à la vision du rétablissement
- Les usagers et proches peinent à faire entendre leur voix au sein des partenaires et ce, d'autant plus lorsque les ex-usagers ou les représentants des usagers et proches sont seuls (et non par deux ou trois)
- Il existe trop peu d'accompagnement des représentants des usagers
- Selon les panels, la participation des usagers et de leurs proches doit être soutenue par les coordinateurs du réseau et faire partie du processus de rétablissement

## Section 1. Analyse thématique

### 5. La vision du rétablissement, l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins

#### 2. Les constats

##### B. L'accessibilité



- 74% des réseaux estiment avoir une bonne ou une très bonne couverture géographique des équipes mobiles
- Les réseaux seraient trop optimistes quant à l'accessibilité des soins. Par exemple, il est annoncé à des usagers qu'ils ont accès à un psychologue de première ligne, mais dans la pratique, il y a une grande distance à parcourir pour rencontrer ce psychologue
- La zone géographique couverte par les réseaux serait un frein à la mobilité des équipes dans 26% des cas
- Selon les panels, la répartition des territoires n'a pas été optimale. Certains réseaux seraient passés d'un nombre relativement faible d'usagers à un très grand nombre, ce qui aurait changé le mode de gestion et compliqué le bon fonctionnement du réseau
- Les usagers se sentent « ballotés » d'une EM à l'autre selon leur santé
- Selon les panels, chez les Adultes, il y a fréquemment des listes d'attentes pour accéder aux services des EM qui pourraient notamment être en lien avec le fait que la saturation des hôpitaux entraîne un déplacement des soins « lourds » vers les équipes mobiles. Les EM fonctionnent de manière réactive
- Les zones actuellement non couvertes pourraient l'être par des collaborations entre réseaux de zones géographiques contiguës

##### C. La continuité des soins

- La situation entre les réseaux apparaît comme étant assez hétérogène: la continuité des soins est présentée comme une priorité des partenaires de certains réseaux mais pas de tous; il y aurait une différence entre la volonté des réseaux de mettre en place des actions favorisant la continuité des soins et la mise en pratique par les partenaires
  - Des formations pour un fonctionnement axé sur le rétablissement portent leurs fruits dans certains réseaux
- Selon les panels, dans les réseaux, il manque un focus sur les concepts de base du rétablissement et la formation des professionnels de soins est une étape importante qui fait encore défaut
  - 52% des réseaux déclarent disposer d'un PSI mais ils ne sont pas forcément utilisés par les partenaires. Là où le PSI n'existe pas, il peut exister des boîtes à outils communs aux différents partenaires du réseau qui garantissent la continuité des soins et les outils partagés semblent être utilisés de manière plus fréquentes
- Selon les panels, les PSI sont surtout utilisés au sein des hôpitaux et parfois par les EM mais en tous cas pas par l'ensemble des partenaires, ce qui donne aux soins une vision médico-psychiatrique plutôt qu'holistique
- La continuité des soins pour le public-cible 16-23 ans est particulièrement problématique Aujourd'hui, lorsque le jeune bascule vers les adultes, il faut « tout reprendre à zéro »
- Selon les panels, la surcharge de travail due notamment à la crise sanitaire a entraîné la cessation ou à la diminution des groupes de travail communs entre pédopsychiatres et psychiatres Adultes, ce qui est regrettable
- Les panels déplorent que des jeunes soient suivis en psychiatrie Adulte. Il est important d'apporter des nuances dans le processus de soins selon le type de bénéficiaire
- L'âge pivot de 18 ans ne correspondrait pas à la réalité des besoins de prise en charge adaptée

## Section 1. Analyse thématique

### 5. La vision du rétablissement, l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins

#### 3. Les leviers et les obstacles

##### A. La vision du rétablissement

###### ➤ Obstacles

- Les difficultés liées à la communication interne et donc, au partage d'informations entre les acteurs
- Les difficultés liées à la participation des usagers, principalement pour ce qui concerne le public-cible des enfants et adolescents et la participation des représentants experts (présents mais ne participent pas)
- Les difficultés liées à l'intersectorialité avec
  - ✓ une prédominance ressentie de la santé mentale
  - ✓ une grande difficulté à mobiliser la société civile
  - ✓ généralement une présence plus importante des acteurs institutionnels tels que les hôpitaux
  - ✓ Un manque de cohérence perçu entre les Autorités principalement dans le secteur infanto-juvénile
- L'absence de focus sur les concepts de base pour bien comprendre le concept de travail en réseau et l'absence de formation à destination des professionnels notamment sur les soins de support au rétablissement
- Le manque de vision globale du rétablissement et le manque de temps nécessaire pour aborder la question du sens : les réseaux sont trop centrés sur l'organisationnel et pas suffisamment sur ce qui fait sens dans leur travail
- Le manque de collaboration entre les réseaux E&A et les réseaux A, l'apport des E&A pour lesquels la vision du rétablissement serait plus avancée serait une réelle plus-value
- L'absence de circuits de soins autour du bénéficiaire et la difficulté de construire des PSI compte tenu notamment du nombre de partenaires

- La « lasagne institutionnelle » et le manque de cohérence perçu par les panels entre les Autorités de niveaux de pouvoir différents ainsi que le manque ressenti de réactivité des Autorités (pas de financement complémentaire pour de nouvelles offres d'aide et de soins - ex – consultations de crise à l'hôpital suite à la crise covid)
- Le sous-financement et notamment du secteur résidentiel

###### ➤ Leviers actionnés

- Les panels n'ont pas identifié de levier particulier leur ayant permis d'avancer dans la voie commune de la vision du rétablissement.
- Celle-ci découlant notamment de la réalisation des autres thématiques, nous renvoyons vers les leviers évoqués au sein de ces dernières et plus particulièrement à ceux développés dans les thématiques « Intersectorialité », « Collaboration et Transversalité » et « Sensibilisation, Information, Communication »

## Section 1. Analyse thématique

### 5. La vision du rétablissement, l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins

#### 3. Les leviers et les obstacles

##### B. L'accessibilité, la qualité et la continuité des soins

###### ➤ Obstacles

- L'absence des acteurs de la prévention
- Le peu d'attention ou le manque de connaissance de la maladie mentale dans les services d'urgence des hôpitaux généraux
- La difficulté de construire des PSI notamment compte tenu du nombre de partenaires
- Le nombre important de réseaux dans certaines Provinces ou Régions (par exemple, il y a 4 réseaux actifs au sein de la Région de Bruxelles Capitale)
- L'absence de transition entre les circuits E&A et Adultes
- La « lasagne institutionnelle »
- Au niveau de la couverture géographique et des missions des équipes mobiles :
  - ✓ Dans certains réseaux, la centralisation des bureaux
  - ✓ Un décalage entre le rôle attendu et le rôle réel des équipes mobiles (surtout le fait qu'elles soient non exclusivement dédiées aux soins)
  - ✓ Le déficit en gel de lits avec comme corollaire le manque de financement
  - ✓ Les difficultés de recrutement, liées notamment à la non-pérennité des engagements (en raison du renouvellement annuel du financement) et aux statuts administratifs et péculiaires variables (liés à la multiplicité des employeurs)
  - ✓ La difficulté de collaborer avec d'autres réseaux en la matière

###### ➤ Leviers actionnés

- Il s'agit avant tout de créer du lien entre les acteurs et de les amener à travailler ensemble dans un continuum de soins. A cet effet, plusieurs leviers ont été utilisés :
  - ✓ Fonctionner par petits objectifs au sein d'un plan global : mise en œuvre, application, fin, évaluation, permet de mettre en place des petits projets avec des changements effectifs, notamment au niveau de la Fonction 3. Ceci apporte une véritable plus-value et engendre un changement structurel
  - ✓ Tenir des réunions intersectorielles sur des thématiques précises transversales comme le double diagnostic
  - ✓ Utiliser la ressource que constitue les équipes mobiles pour créer du lien
  - ✓ La demande de collaboration de la Fonction 5 avec les partenaires de la santé mentale : le secteur du logement souhaite une présence soignante dans les hébergements
  - ✓ La forte demande de logement pour les patients double diagnostic, générant une collaboration accrue avec l'AViQ
- Pour accroître la couverture géographique des équipes mobiles :
  - ✓ recruter dans les zones géographiques où la couverture est la moins bonne
  - ✓ améliorer l'accessibilité et la mobilité par la mise en place des bureaux itinérants et la création d'antennes

## Section 1. Analyse thématique

### 5. La vision du rétablissement, l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins

#### 4. Appréciation finale



- Nous avons posé les **questions suivantes** aux panels en fin de session afin d'avoir leur sensibilité générale :

1. Dans quelle mesure la Réforme a-t-elle induit **une évolution/un changement culturel dans la prise en charge globale et intégrée des bénéficiaires**?

A. Au niveau de l'évolution d'une **vision psychiatrique/médico, psychosociale des soins vers une vision globale** de la situation du patient dans son ensemble (vie, travail, loisirs, ...)?

- Selon les panels, on constate une évolution sensible à considérable en la matière depuis la mise en place des réseaux



B. Idem pour les **troubles psychiatriques « graves »**?

- Selon les panels, on constate une évolution faible à sensible en la matière depuis la mise en place des réseaux. Même si on constate une attention plus élevée pour les problèmes psychiatriques dans la Société, la vision du rétablissement reste en défaut pour les troubles psychiatriques graves. On constate ainsi un taux de réadmission de cette patientèle de l'ordre de 35 à 40%



2. Dans quelle mesure la mise en réseau, les circuits de soins et/ou l'intersectorialité ont-ils augmenté **la prise de conscience de la spécificité et de l'expertise de chaque acteur dans l'amélioration de l'aide intégrée et non-segmentée** et de l'aide et des soins à la population?

- Selon les panels, on constate une évolution plutôt limitée du côté FR et considérable du côté NL en la matière depuis la mise en place des réseaux. Les experts se rencontrent mais ont encore des visions différentes. Le cadre conceptuel existerait mais ne serait pas encore mis en pratique. En pratique, les patients bénéficient des soins les plus appropriés selon les secteurs. « Ils ne se retrouvent pas en hôpital psychiatrique par défaut ! »



3. Dans quelle mesure la **couverture géographique des EM a-t-elle évolué** depuis la mise en place de la Réforme?

- Selon les panels, on constate une évolution considérable en la matière depuis la mise en place des réseaux



4. Dans quelle mesure les **collaborations en vue d'améliorer la couverture géographique des EM entre réseaux ont-elles évolué** depuis la mise en place de la Réforme?

- Selon les panels, on constate une évolution sensible à considérable en la matière depuis la mise en place des réseaux



5. Dans quelle mesure l'évolution de la **couverture géographique des EM permet-elle davantage de satisfaire la demande d'intervention des usagers**?

- On constate une évolution plutôt sensible, avec des nuances selon le type de réseau (E&A ou A) et tenant compte du fait que la demande est importante avec une saturation de l'offre, en raison aussi notamment de zones non couvertes et de la différence entre la couverture géographique des réseaux et les bassins de vie des usagers



6. (Dans quelle mesure) l'aide et les soins sont-ils plus intégrés pour les bénéficiaires qu'il y a dix ans ? Comment en mesure-t-on la qualité et son évolution?

- On constate une légère évolution mais le travail en silo demeure, principalement au niveau des Adultes (chez les E&A, la collaboration est plus importante, les usagers étant suivis dans l'ensemble de leur parcours de vie). En outre, certaines situations complexes doivent rester centrées sur les soins. Indicateurs : le nombre de consultations, la présence d'acteurs de la santé mentale au sein de la première ligne



7. Quel bilan peut-on faire de la **participation effective des adultes/enfants dans le cadre du dispositif mis en place**?

- L'évolution est présente mais prend beaucoup de temps. Au moins une génération sera nécessaire. Les coordinateurs sont les garants de la vision mais les partenaires effectuent parfois des marches arrière (rapatriement des EM sur le site de l'hôpital). Il faut continuer à promouvoir l'accessibilité et la continuité des soins dans la communauté



## Section 1. Analyse thématique

### 5. La vision du rétablissement, l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins

#### 4. Appréciation finale

- En conclusion :

Il semblerait que les acteurs soient conscients de la nécessité d'encadrer l'utilisateur dans une vision holistique commune du rétablissement et de la plus-value qu'elle apporterait en termes d'accessibilité, de qualité et de continuité des soins. Toutefois, pour y parvenir, le chemin est encore long. En effet :

- Il n'existe pas à l'heure actuelle de vision globale commune ni même de définition commune du rétablissement
  - La vision existerait en Flandre mais ne serait pas encore mise en pratique
  - Cette vision n'existerait pas encore dans les 2 autres Régions, la notion même de rétablissement commençant seulement à faire son chemin; certains estiment même que cette notion serait une notion propre aux adultes, les enfants et adolescents étant des êtres en construction
- Les hôpitaux conserveraient une vision médicale/soignante de la prise en charge
- Selon les panels, les réseaux seraient trop pris par leur construction organisationnelle et n'auraient pas le temps de se concentrer sur ce qui fait sens dans leur travail
- Les nombreuses Autorités relevant de niveaux de pouvoir différents, qui, selon la perception des panels, ne s'accorderaient pas entre elles

**En termes d'accessibilité et de continuité des soins, les collaborations intra et inter-réseaux devraient s'intensifier à tous niveaux, et en particulier sur les synergies en matière d'offre d'aide et de soins via les équipes mobiles ou pour certains publics-cibles (16-23 ans, double diagnostic, ...) et sur le développement d'outils partagés (type PSI) renforcé.**

- Toutefois, diverses **pratiques innovantes ont** été relevées et pourraient être généralisées
  - Le concept de rétablissement est abordé au sein de certains réseaux, et la vision se diffuse effectivement. Il pourrait être intéressant d'analyser son ancrage au sein des partenaires dans leur pratique de soins
  - De nombreuses initiatives sont mises en place autour de la thématique « continuité des soins » tant à partir de l'intersectorialité que sur un plan plus micro avec des outils à utiliser à cette fin (Boostons nos collaborations, journée "construire des ponts", ...)

- A Bruxelles, la prise en compte des situations précarisées et des problèmes sociaux favorisent une intégration entre le champ social et médicopsychologique

- Enfin, **divers leviers** suggérés par les panels pourraient être actionnés

- **En matière de vision du rétablissement**

- Inscrire la réflexion sur le développement d'une vision commune comme une priorité stratégique des réseaux et intégrer davantage les partenaires non spécialisés en santé mentale (évoluer d'un réseau de santé mentale vers un réseau de promotion de la santé)
- Diffuser le travail axé sur le rétablissement
- Inciter les Autorités à développer des formations aux concepts existants au sein des réseaux et notamment au concept du rétablissement
- Travailler sur base des programmes de soins plutôt que sur les fonctions
- Développer la participation des usagers ainsi que le dialogue professionnel – bénéficiaire – expert dans un mode collaboratif ascendant, la participation faisant partie du rétablissement. La Pair-aidance est un excellent vecteur pour favoriser l'évolution de la prise en charge médicale vers une vision centrée sur le rétablissement
- Développer la prévention et le soutien de première ligne comme outils de santé publique
- Favoriser la collaboration entre les réseaux E&A et les réseaux A, l'apport des E&A pour lesquels la vision du rétablissement serait plus avancée serait une réelle plus-value
- Former les acteurs aux soins de soutien au rétablissement
- S'appuyer sur les équipes mobiles (cf. évolution de la mentalité du médecin d'une vision médicale vers une vision élargie à l'aide lorsqu'il travaille avec les équipes mobiles)

- **En matière de continuité des soins**

- Au niveau des équipes mobiles :
  - ✓ rebaptiser « Equipes mobiles de soins » en « Equipes mobiles intersectorielles » (réseaux E&A) ou « Equipes mobiles pluridisciplinaires » (réseaux A)
  - ✓ Centralisation des infos relative à l'offre d'aide et de soins sur un site commun à l'ensemble des réseaux

## Section 1 – Analyse thématique

### 6. L'évaluation

# Section 1. Analyse thématique

## 6. L'Évaluation

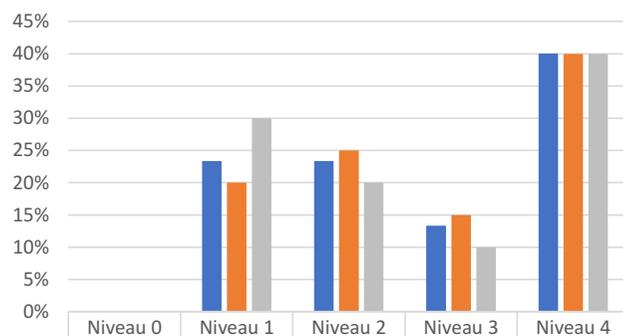
### 1. Introduction

La question de l'évaluation est une question transversale qui concerne tant le fonctionnement des réseaux que les actions concrètes mises en place. Elle concerne l'ensemble des thématiques évoquées ci-dessus. Nous avons donc fait le choix de solliciter les coordinateurs de réseaux et certains panels afin de voir comment l'évaluation est inscrite dans la culture des réseaux

### 2. Constats

#### A. Niveau de maturité du processus d'évaluation du fonctionnement du réseau

0. Il n'existe pas d'évaluation des actions menées
1. Une évaluation des actions menées est organisée de manière ad hoc et informelle
2. Une évaluation des actions menées est organisée périodiquement
3. Une évaluation des actions menées est organisée périodiquement et est suivie de bonnes pratiques
4. Une évaluation des actions menées est organisée périodiquement et est suivie de plans d'actions concrets inscrits dans le plan stratégique



	Niveau 0	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
■ % Réseaux - Netwerken / Niveau	0%	23%	23%	13%	40%
■ % Adultes	0%	20%	25%	15%	40%
■ % E&A	0%	30%	20%	10%	40%

- Tous les réseaux ont un processus d'évaluation du fonctionnement du réseau
- On constate un bon niveau de maturité d'ensemble, plus de la moitié des réseaux effectuant des évaluations débouchant sur des actions à prendre dont 40% sont inscrites dans les plans stratégiques
- Pour les autres, les évaluations de leur fonctionnement n'ont lieu que de manière ad hoc et informelle ou périodiquement et se limiteraient à faire des constats sans que de réelles actions soient entreprises
- Selon les panels, les évaluations se font au travers du rapport d'activité et des comités de réseau. En dehors des comités de réseau, il n'y a pas de réelle évaluation systématique
- Les évaluations ne seraient pas toujours le reflet de la réalité, les coordinateurs ne se sentant pas libres de dire ce qu'ils voudraient au vu des réactions potentielles des partenaires
- Selon les panels, il y a peu d'actions pour lesquelles il existe des évaluations standardisées (ex – les équipes mobiles)

# Section 1. Analyse thématique

## 6. L'Évaluation

### 2. Constats

#### B. Niveau de maturité du processus d'évaluation des actions mises en place par le réseau

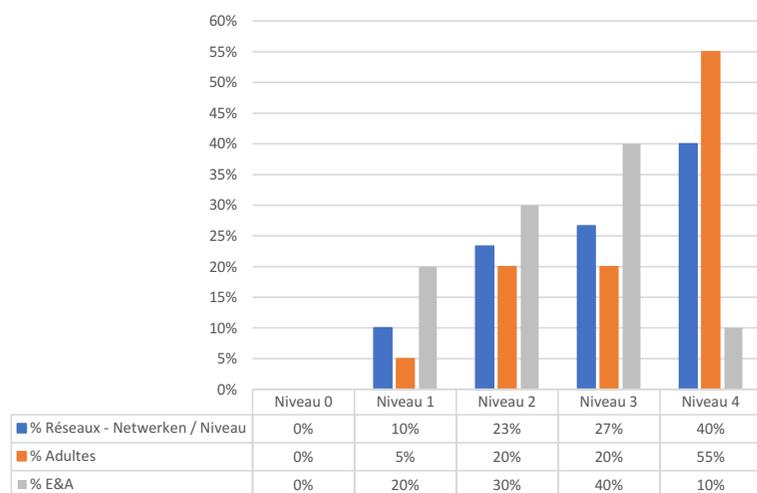
0. Il n'existe pas d'évaluation des actions menées

1. Une évaluation des actions menées est organisée de manière ad hoc et informelle

2. Une évaluation des actions menées est organisée périodiquement

3. Une évaluation des actions menées est organisée périodiquement et est suivie de bonnes pratiques

4. Une évaluation des actions menées est organisée périodiquement et est suivie de plans d'actions concrets inscrits dans le plan stratégique



- On constate un bon niveau de maturité d'ensemble, tous les réseaux ont un processus d'évaluation des actions mises en place par le réseau
- Selon les panels, les constats sont enjolivés, et ne reflètent pas la réalité. La réalité serait plus complexe, les coordinateurs de réseaux manquant de temps et de moyens pour mettre en place des évaluations systématiques à côté de celles existantes, peu nombreuses (ex-fonctionnement des équipes mobiles)
- Les autorités se focaliseraient trop sur les évaluations à court terme, nécessitant une forte mobilisation de ressources dont les réseaux ne disposent pas en suffisance
- Il existerait néanmoins des évaluations non structurées et continues informelles, venant du contrôle social, des retours des acteurs, permettant aux réseaux d'adapter leurs actions le cas échéant ou d'en tenir compte pour le futur
- Plus de 2/3 des réseaux (75% des réseaux Adultes et 50% des réseaux E&A) effectuent des évaluations débouchant sur des actions à prendre dont 40% sont inscrites dans les plans stratégiques. Les autres effectueraient les évaluations de manière ad hoc et informelle ou périodiquement et se limiteraient aux constats sans que de réelles actions soient entreprises
- Selon les panels, les évaluations sont surtout axées sur les actions des agents de liaisons. Les évaluations seraient annuelles et au mieux jusqu'à trisannuelles. Une fois que les projets seraient implémentés, il n'y aurait pas systématiquement d'évaluation de ce qui est mis en place
- Selon les panels, les plans d'actions sur le long terme existent, mais ne mentionneraient qu'un nombre très limité de projets
- Au niveau communication, les plans de communication seraient très récents. L'évaluation peut porter sur des éléments objectifs quantifiables des sites web, newsletters et accès aux réseaux sociaux mais l'évaluation des actions de sensibilisation se limiterait plutôt à des approximations

# Section 1. Analyse thématique

## 6. L'Évaluation

### 3. Les leviers et les obstacles

#### L'évaluation du fonctionnement du réseau et des actions mises en place

##### ➤ Obstacles

- Les coordinateurs éprouvent de grandes difficultés à faire du plan stratégique un outil partagé avec les partenaires et à les faire participer à son élaboration (manque de temps) en raison principalement de sa lourdeur, du manque de flexibilité et de sa périodicité (annuel = trop fréquent)
- Corollaire: une impression que le SPF ne se rend pas compte du manque de moyens et de ressources des réseaux
- Le non-respect du plan stratégique
  - ✓ en raison de l'actualité : les réseaux reformulent leurs priorités en fonction de l'actualité et de la réalité (du terrain) du moment
  - ✓ en raison des changements politiques et des modifications de priorité des Autorités
- La perception du réseau plutôt comme une valeur ajoutée que comme un moyen de travail en commun avec pour effet, un maintien des « individualismes » des secteurs et donc, un manque de réel intérêt pour l'évaluation du fonctionnement du réseau
- Le peu de familiarisation des acteurs à l'évaluation formalisée (méconnaissance des outils et des systèmes)
- Le manque de temps et de moyens pour récolter les informations et les traiter. Les équipes se focalisent davantage sur le contenu du projet que sur son évaluation
- La crainte de l'utilisation qui sera faite des données collectées ainsi que l'ignorance des suites réservées par le SPF aux rapports d'activités

##### ➤ Levier actionné

- Certains agents de liaison (réseaux E&A) se sont vus confier un rôle d'évaluation des actions ou des projets qu'ils mènent pour le réseau

### 4. Appréciation finale



- Nous avons posé les **questions suivantes** aux panels en fin de session afin d'avoir leur sensibilité générale :

1. *Dans quelle mesure l'implémentation et les effets d'un système d'évaluation ont-ils évolué depuis la mise en place de la Réforme?*
  - Selon les panels, depuis la mise en place des réseaux, l'implémentation et les effets du système d'évaluation ont évolué de manière sensible à considérable au niveau du fonctionnement des réseaux tandis qu'elle ne serait que faible au niveau de l'évaluation des actions mises en place par le réseau
2. *Dans quelle mesure le processus d'évaluation a-t-il modifié les pratiques permettant ainsi de rencontrer davantage les objectifs de la Réforme?*
  - Selon les panels, depuis la mise en place des réseaux, la modification des pratiques serait plutôt sensible au niveau du fonctionnement des réseaux tandis qu'elle ne serait que faible au niveau de l'évaluation des actions mises en place par le réseau
3. *En matière d'évaluation des actions de communication, les panels constatent une évolution vers une évaluation périodique plutôt que simplement ad hoc et informelle*

#### ▪ En conclusion :

**La culture de l'évaluation n'est pas acquise ni au niveau du fonctionnement des réseaux eux-mêmes ni au niveau des actions mises en place par le réseau même si les participants aux panels ont tous marqué un réel intérêt pour la démarche**

**L'obstacle majeur résiderait dans le manque de temps et de moyens et dans la difficulté de mise en place d'actions correctrices compte tenu du « carcan » temporel des rapports d'activités et des plans stratégiques**

**Un support et une réflexion en amont sur l'évaluation seraient des leviers appréciables afin de fixer des objectifs communs au réseau et de les évaluer pour une meilleure réalisation de la Réforme**

- **Divers leviers** suggérés par les panels pourraient être actionnés favorisant la mise en place des actions d'évaluation :

- Octroi d'un budget spécifique destiné à financer des ETP chargés de faire les évaluations
- Une mutualisation des moyens entre les réseaux E&A et les réseaux A
- Mise à disposition d'outils et moyens d'évaluation

## **Section 2. Synthèse par objectif**

## Section 2. Synthèse par objectif

### 0. Le cadre

- La présente section permet de prendre rapidement connaissance des conclusions de synthèse et permet ainsi de voir où nous en sommes aujourd'hui, en quoi le(s) processus mis en place par la Réforme a (ont) permis la réalisation des 3 objectifs identifiés

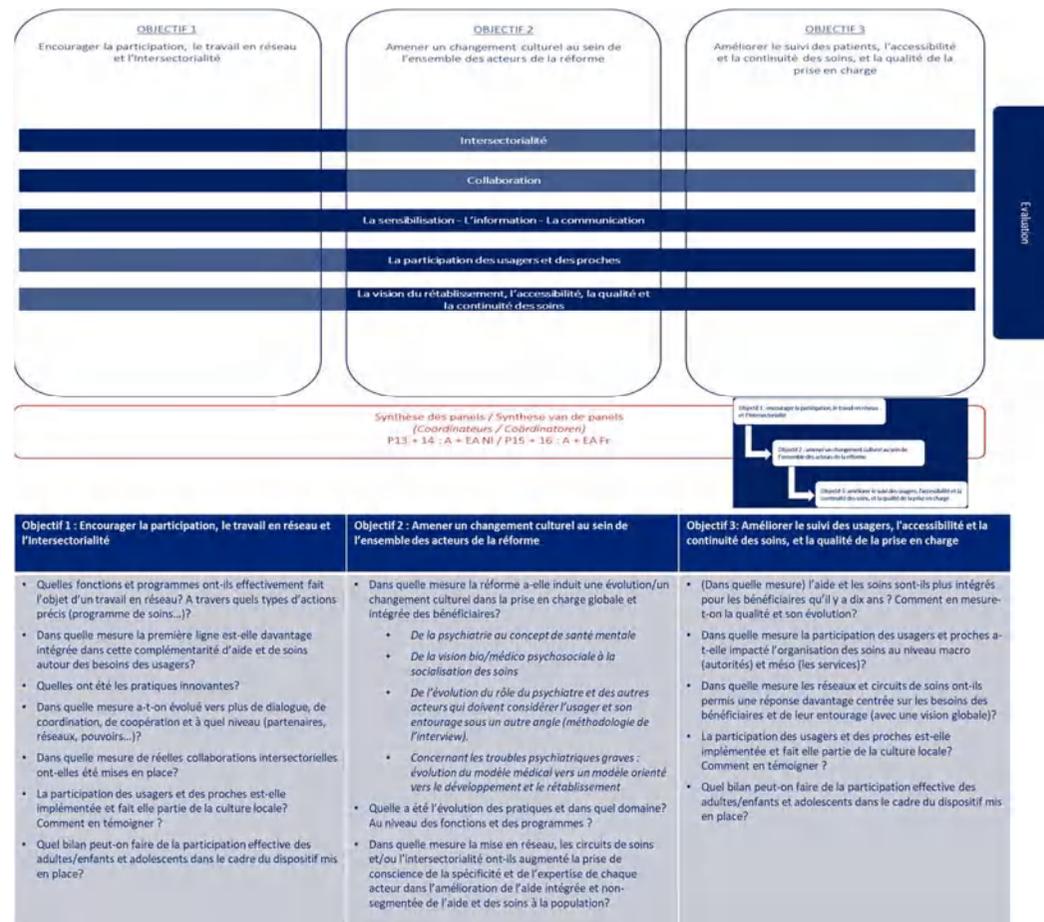
- Pour ce faire, nous avons identifié, par objectif, les thématiques qui concourent à leur réalisation en vue, dans la mesure du possible, de répondre aux questions identifiées par l'Experteam (cf. page 8). Bien entendu, la frontière entre les objectifs n'est pas opaque mais certaines thématiques jouent un rôle prépondérant dans la réalisation de l'un ou l'autre objectif

*A titre d'exemple, l'intersectorialité joue un rôle prépondérant dans la réalisation de l'objectif 1 mais a une incidence évidente sur les 2 autres objectifs*

- Nous avons ensuite soumis cette synthèse à l'avis des coordinateurs lors des panels de synthèse et enrichi ainsi le travail avec leurs réactions

- Les conclusions ainsi formulées sont le reflet des discussions menées tout au long de l'analyse au sein des différents panels constitués d'experts des réseaux et des coordinateurs. Par souci de neutralité, le SPF n'a pas participé à ces discussions et n'a donc pas eu l'opportunité de réagir aux constats, leviers, obstacles et pistes d'amélioration formulés par les panels. Il en va de même des différentes Autorités impliquées dans la Réforme

- Les pages suivantes reprennent la synthèse complète par objectif



## Section 2. Synthèse par objectif

### 1. Objectif 1 : Encourager le travail en réseau, la participation et l'intersectorialité

#### 1. Introduction

- L'ensemble des thématiques concourent à la réalisation des 3 objectifs à des degrés variables. Nous pouvons néanmoins considérer que 3 d'entre-elles se dégagent comme vecteurs du travail en réseau, de la participation et de l'intersectorialité :

- l'intersectorialité
- La collaboration et la transversalité
- La sensibilisation, l'information et la communication

#### 2. En quoi le(s) processus mis en place dans le cadre de la Réforme a(ont)-il(s) permis de réaliser cet objectif? Où en sommes-nous aujourd'hui?

1. Les réseaux, tant dans leur gouvernance que dans leur fonctionnement évoluent **favorablement dans la voie de l'intersectorialité** avec toutefois un **effort important à réaliser pour intégrer les partenaires de la société civile** (et notamment les représentants des usagers et des proches ou encore le secteur de la petite enfance) **et les partenaires de la première ligne**. En effet, la première ligne serait davantage intégrée dans la complémentarité d'aide et de soins autour des besoins de l'usager que par le passé, cette évolution étant perçue comme plus importante de la part des coordinateurs de réseau que de celle des partenaires de réseau. Les coordinateurs estiment en outre que le modèle de gouvernance devrait évoluer compte tenu de l'implication plus grande des partenaires par rapport au moment de la création des réseaux
2. Les réseaux sont conscients de la plus-value qu'apportent la collaboration et la transversalité et **intensifient de plus en plus leurs collaborations**
  - ✓ Soit en termes de complémentarité de l'offre pour un même public-cible (Adultes ou E&A) ou pour un public-cible spécifique (16-23 ans). A noter qu'il existe d'autres tranches d'âge problématiques qui pourraient bénéficier de davantage de collaboration comme les personnes âgées et la petite enfance
  - ✓ Soit en termes d'échanges et de bonnes pratiques pour améliorer leur efficacité en matière de gestion et de travail de terrain

Depuis la mise en place des réseaux, on constate une tendance positive dans les collaborations intersectorielles mises en place. Il reste encore un effort important à réaliser au niveau de la première ligne pour laquelle la santé mentale n'est pas encore suffisamment prise en compte, en raison notamment du nombre important de partenaires et des difficultés de représentation de certains d'entre eux (médecins généralistes)

3. Si la **communication** n'était pas prioritaire au moment de la constitution des réseaux, on constate qu'elle a été **de plus en plus prise en compte pour sensibiliser les professionnels et les usagers au travail en réseau**, favorisant ainsi collaboration, transversalité et intersectorialité. Elle est toutefois **difficile à concrétiser** en ce qu'elle demande du temps, de l'énergie et des moyens dont les réseaux estiment ne pas disposer en suffisance et ce d'autant que la communication est elle-même fragmentée entre Autorités (principalement durant cette période Covid).
4. *En conséquence, de la discussion avec les panels, nous pouvons déduire les suggestions suivantes:*
  - ✓ une réflexion en profondeur mériterait d'être menée sur la philosophie des réseaux, la représentation des partenaires au sein du comité de réseau, le niveau de fonctionnement des réseaux et leur gouvernance; ceci afin de garder un équilibre au sein du réseau entre les actions concrètes (de terrain) et les actions méso/macro qui structurent le réseau. Afin d'asseoir la légitimité des réseaux, les coordinateurs réclament plus de cohérence de la part des Autorités et d'autonomie (l'Autorité fixe le cadre, les réseaux mettent en œuvre). Le constat majeur est que les partenariats existent sur le terrain mais peinent à se concrétiser au niveau des groupes de travail et des organes des réseaux. La formalisation d'accords de collaboration reste difficile.
  - ✓ les obstacles structurels freinant les collaborations devraient pouvoir être levés, dont :
    - Le manque de financement des collaborations
    - La problématique de la répartition des compétences et du repli sur soi des partenaires en raison du manque de cohérence des Autorités perçu par les panels
    - La disparité géographique des réseaux
    - Les différences de moyens entre les réseaux Adultes et les réseaux Enfants et Adolescents (agents de liaison, CLI, ...)
    - La prédominance perçue de certains acteurs (hôpitaux promoteurs, ...)
    - Le manque de disponibilité des acteurs
  - ✓ la communication comme outil de sensibilisation et de rassemblement des acteurs devrait être intensifiée

## Section 2. Synthèse par objectif

### 1. Objectif 1 : Encourager le travail en réseau, la participation et l'intersectorialité

#### 3. Divers leviers suggérés par les panels pourraient être actionnés

##### ➤ Au niveau des Autorités

- Un soutien proactif et coordonné de la Réforme par les Autorités de chaque partenaires est demandé. Plus de dialogue est nécessaire entre le Fédéral et les réseaux (les demandes des Autorités interfèrent parfois avec les plans stratégiques des réseaux)
- Harmoniser et limiter les réglementations autour des réseaux faciliterait la collaboration: les Autorités devraient donner un cadre, mais laisser libre l'interprétation des réseaux
- Renforcer le dialogue et développer la cohérence entre Fédéral et Entités fédérées
- Inciter les Autorités subsidiantes, lorsqu'elles octroient un subside à un partenaire, à les inviter à prendre contact avec le réseau

##### ➤ Du point de vue organisationnel

- Rendre le réseau et son pilotage plus pratique (expérimenter des modèles au niveau des institutions pour susciter l'adhésion)
- Permettre aux réseaux de se déplacer vers les partenaires et non l'inverse
- Valoriser la participation (financière/par la pérennisation de certains projets pilote, ...)
- Repenser le travail en réseau en développant des nouvelles approches de collaboration (versus la multiplication de réunions et plateformes de concertation), en travaillant sur des thèmes ou des projets concrets ou en impliquant les acteurs à d'autres niveaux que celui du réseau
- Intégrer les partenaires encore absents au niveau local plutôt que global via des projets pilotes par exemple (politique du « petit pas »)
- Profiter de la période post-covid pour développer les relations avec les partenaires de la prévention
- Rechercher la participation des médecins généralistes en effectuant des actions auprès des cercles de médecine générale (mais cela reste difficile)

##### ➤ En matière de collaboration

- Favoriser l'échange entre personnes de réseaux différents exerçant les mêmes fonctions
- Développer le concept de transition pour faire en sorte que le jeune devienne l'acteur de sa propre prise en charge à l'âge adulte
- Développer des collaborations plus structurelles sur certains publics-cibles comme les 16-23 ans
- Développer une cohérence entre les Autorités
- Apporter un soutien financier complémentaire et adapté à la réalité des réseaux
- Harmoniser les moyens des réseaux A et E&A, dont octroyer des moyens aux réseaux Adultes pour créer des agents de liaison et/ou des interlocuteurs pour les CLI
- Innover au niveau des méthodes de collaborations et rationaliser les forums, lieux de discussion entre mêmes acteurs
- Favoriser les collaborations entre réseaux de manière, par les synergies et l'échange entre pairs, à ancrer les changements culturels résultants de la Réforme
- Mettre à disposition des réseaux un support informatique pour partager des fichiers avec les partenaires et les autres réseaux (SharePoint)

## Section 2. Synthèse par objectif

### 1. Objectif 1 : Encourager le travail en réseau, la participation et l'intersectorialité

#### 3. Divers leviers suggérés par les panels pourraient être actionnés

##### ➤ En matière de transversalité

- Initier des collaborations depuis le terrain : ex- établissement de plans de soins pour les patients suivis par des médecins généralistes uniquement
- Favoriser les échanges entre les partenaires de la santé mentale et la culture dans les réseaux Adultes afin d'assurer une continuité d'aide et de soins pour les patients qui quittent les réseaux E&A vers les réseaux Adultes

##### ➤ En matière de communication/sensibilisation

- Développer davantage la communication sur ce que l'on fait (et pas sur ce que l'on est)
- Etablir un plan de communication
  - ✓ commun aux acteurs du réseau
  - ✓ intégrant l'approche par public-cible et utilisant plusieurs canaux de communication adaptés à ces publics cibles (digitaux, papier, présence physique, ...) en veillant à la mise à jour et à l'interactivité des sites internet
  - ✓ prévoyant une communication proactive visant à informer et former la 1ère ligne à la santé mentale
  - ✓ orientée également vers le grand public (pour toucher davantage aussi les partenaires de la société civile)
- Favoriser la rencontre entre partenaires via :
  - ✓ La participation des partenaires dans les organes d'autres partenaires (ex- participation de la santé mentale aux conseils de prévention de l'aide à la jeunesse)
  - ✓ Des initiatives spécifiques telles que rendez-vous entre secteurs « rdv vous en terrain connu/terre inconnue »

## Section 2. Synthèse par objectif

### 2. Objectif 2: Amener un changement culturel au sein de l'ensemble des acteurs de la Réforme

#### 1. Introduction

- Nous pouvons déjà examiner si, et dans quelle mesure, cet objectif a été atteint au regard de l'objectif 1. En effet, chacun s'accorde pour dire que cet objectif ne pourra être pleinement rencontré que lorsque le travail en réseau et l'intersectorialité seront pleinement acquis, ce qui n'est pas le cas. 3 thématiques principales nous permettent de mieux cerner la mesure de l'impact du processus sur cet objectif: la sensibilisation/l'information/la communication, la participation des usagers et des proches, et bien entendu la vision du rétablissement, l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins

#### 2. En quoi le(s) processus mis en place dans le cadre de la Réforme a(ont)-il(s) permis de réaliser cet objectif? Où en sommes-nous aujourd'hui?

- La communication a été de plus en plus développée et permet de diffuser de l'information auprès des professionnels et des usagers et aussi de sensibiliser au travail en réseau favorisant ainsi l'émergence d'une culture du réseau au sein des acteurs. Malheureusement, nous l'avons vu, de nombreux efforts sont encore à réaliser
- La participation des usagers et des proches n'a que peu évolué depuis la mise en place des réseaux, en tous cas en termes d'impact réel de cette participation sur le travail des réseaux et de ses acteurs et donc sur les pratiques. Toutefois, un travail de collaboration existe avec les représentants des familles dans les réseaux E&A car les enfants et adolescents sont toujours pris en charge en incluant l'ensemble de leur parcours de vie. Des efforts importants restent à réaliser pour accroître la participation des usagers et des proches dans le fonctionnement de la plupart des réseaux (leur participation étant plus importante au niveau micro au travers de la participation à des projets) mais aussi pour qu'elle soit réelle, ancrée dans des habitudes et inscrite dans la durée pour un changement culturel durable au bénéfice de l'utilisateur.

Les réseaux regorgent d'idées pour accroître cette participation et ont déjà mis en œuvre un certain nombre de pratiques innovantes comme par exemple:

- L'intégration d'ex-usagers dans les projets, au cœur des services et/ou des équipes réseau, et la pair-aidance
- Les bureaux clients, *overkopcafés* et *herstelacademies* favorisant l'échange entre experts et des pairs dans des lieux agréables, ouverts
- Des journées d'échange avec le secteur de l'enseignement pour collecter la parole des enfants, des soirées de rencontre autour de témoignages favorisant l'échange

- Enfin, il semblerait que les acteurs soient conscients de la nécessité d'encadrer l'utilisateur dans une vision holistique commune du rétablissement et de la plus-value qu'elle apporterait. Toutefois, pour y parvenir, le chemin est encore long. En effet :

- Il n'existe pas encore à l'heure actuelle de vision globale commune ni même de définition commune du rétablissement. La vision commune existerait en Flandre et pas encore dans les 2 autres Régions, la notion même de rétablissement commençant seulement à faire son chemin; certains estiment même que cette notion serait une notion propre aux adultes, les enfants et adolescents étant des êtres en construction. Ceci explique la perception différente des panels dans l'évolution de la prise de conscience de la spécificité et de l'expertise de chaque acteur dans l'amélioration de l'aide intégrée et non segmentée de l'aide et des soins : les francophones l'estiment faible alors que les néerlandophones l'estiment considérable. Le cadre conceptuel existerait mais ne serait pas encore mis en pratique
- Les hôpitaux conservent une vision médicale/soignante de la prise en charge
- Les réseaux seraient trop centrés sur leur construction organisationnelle et pas sur ce qui fait sens dans leur travail
- Les nombreuses Autorités relevant de niveaux de pouvoir différents qui, selon la perception des panels, ne s'accorderaient pas entre elles

- Néanmoins, une évolution s'est dessinée depuis la mise en place des réseaux

- Les panels estiment qu'il y a une évolution sensible à considérable vers un changement culturel dans la prise en charge globale et intégrée des bénéficiaires; on évoluerait ainsi d'une vision psychiatrique, médico-psychosociale des soins vers une vision plus globale, du moins pour les troubles psychiatriques les moins lourds. En effet, la vision médicale reste prépondérante et l'évolution vers une prise en charge plus holistique serait plus faible lorsqu'il s'agit de troubles psychiatriques graves (pour mémoire, certains estiment que la Réforme aurait confondu « désinstitutionnalisation » et « déshospitalisation »).

## Section 2. Synthèse par objectif

### 2. Objectif 2: Amener un changement culturel au sein de l'ensemble des acteurs de la Réforme

#### 3. Divers leviers suggérés par les panels pourraient être actionnés

##### ➤ En matière de communication/sensibilisation

- Cf. Objectif 1 – page 55
- Développer une plateforme commune à tous les réseaux permettrait de soutenir les réseaux et de faciliter l'accès à l'information pour les usagers mais également pour les partenaires des réseaux et d'autres professionnels (ex. navigation par thématique et/ou par localisation). Une telle plateforme pourrait également centraliser toute autre information utile en rapport avec les soins de santé mentale (fiches d'informations, lettres d'information adaptées à l'actualité, actions de prévention, bonnes pratiques, ...)

##### ➤ En matière de représentation des usagers et des proches

- Favoriser la représentation directe des usagers à tous les niveaux (macro, méso et micro) et leur fournir les outils leur permettant de s'exprimer librement et d'assurer une réelle représentation participative, créer des conseils des usagers chez les jeunes, cibler les parents proches plutôt que les familles, aller chercher la parole de l'utilisateur si elle ne s'offre pas spontanément et ce, en commençant au niveau local. Pour les jeunes, diffuser l'information (sur des sujets liés à la santé mentale, sur l'offre, ...) et partager des témoignages d'autres jeunes
- Développer la pair-aidance au sein des réseaux (comités de fonction, équipes mobiles) dans la mesure où cela permet une meilleure identification des besoins des usagers
- Inciter à la participation des usagers et proches via des mécanismes de reconnaissance financière ou autres (diffusion de l'information, fixation d'un nombre minimum de représentants (au moins 2)) et au maintien de cette participation en mettant en place des interventions. Prévoir un réel encadrement et accompagnement (formels et informels) des représentants
- Activer une dynamique de dialogue entre professionnels – usagers – proches permettant un échange multi-perspectives concret (versus une représentation formelle dans les structures du réseau)

##### ➤ En matière de vision du rétablissement

- Inscrire la réflexion sur le développement d'une vision commune de la philosophie des réseaux, de la vision du rétablissement, du sens, etc. et des prestations à y dispenser dans une optique de complémentarité des prestataires, comme une priorité stratégique des réseaux. Veiller à intégrer davantage les partenaires non spécialisés en santé mentale dans cette réflexion. Evoluer d'un réseau de santé mentale vers un réseau de promotion de la santé
- Diffuser le travail axé sur le rétablissement
- Inciter les Autorités à développer des formations aux concepts existants au sein des réseaux et notamment au concept du rétablissement
- Travailler sur base des programmes de soins plutôt que sur les fonctions. Ainsi, à Bruxelles par exemple, on a pu constater que la prise en compte des situations précarisées et des problèmes sociaux favorisent une intégration entre le champ social et médicopsychologique
- Développer la prévention et le soutien de première ligne comme outils de santé publique
- Former les acteurs aux soins de soutien au rétablissement
- S'appuyer sur les équipes mobiles (cf. évolution de la mentalité du médecin d'une vision médicale vers une vision élargie à l'aide lorsqu'il travaille avec les équipes mobiles)

## Section 2. Synthèse par objectif

### 3. Objectif 3: Améliorer le suivi des usagers, l'accessibilité et la continuité des soins et la qualité de la prise en charge

#### 1. Introduction

- Ici aussi, comme pour l'objectif précédent, sa pleine réalisation ne peut être assurée que si les 2 premiers objectifs sont rencontrés. Toutefois, l'évolution vers la rencontre de cet objectif peut être appréhendée au regard des faits, des pratiques et des moyens mis en œuvre par les réseaux. Nous regarderons ici ce qui a évolué principalement en termes d'accessibilité et de continuité des soins (avec un focus sur la collaboration inter réseaux pour les jeunes de 16 à 23 ans et sur la couverture géographique des équipes mobiles), la vision du rétablissement et la participation des usagers ayant été développées dans le chapitre précédent.

#### 2. En quoi le(s) processus mis en place dans le cadre de la Réforme a(ont)-il(s) permis de réaliser cet objectif? Où en sommes-nous aujourd'hui?

- Outre la communication dont on a vu qu'elle est de plus en plus développée et permet de diffuser de l'information auprès des professionnels et des usagers sur l'offre d'aide et de soins existante (grâce par exemple à des outils innovants tels que les cartes interactives, ou les outils online accessibles aux publics fragilisés et leurs proches), la collaboration entre réseaux et la transversalité entre partenaires sont essentielles pour garantir l'accessibilité (et donc la prise en charge précoce des usagers) et la continuité des soins. **Ici aussi, on constate que si le travail en réseau a permis de modifier certaines pratiques, les collaborations intra et inter réseaux devraient s'intensifier à tous niveaux, et en particulier sur les synergies en matière d'offre d'aide et de soins via les équipes mobiles ou pour certains publics cibles (16-23 ans, double diagnostic, ...) et sur le développement d'outils partagés (type PSI). En effet :**

- Les collaborations augmentent l'accessibilité des soins et donc la prise en charge précoce des usagers. On constate cependant encore :
  - L'absence des acteurs de la prévention
  - Le peu d'attention ou le manque de connaissance de certains partenaires des concepts de la santé mentale même si de nombreuses initiatives sont mises en place autour de la thématique « continuité des soins » tant à partir de l'intersectorialité que sur un plan plus micro avec des outils à utiliser à cette fin (Boostons nos collaborations, journée "construire des ponts », ...)
  - La difficulté de construire des PSI notamment compte tenu du nombre de partenaires
  - Le nombre important de réseaux dans certaines Provinces ou Régions
  - L'absence de transition entre les circuits E&A et Adultes

- **Au niveau de la couverture géographique et des missions des équipes mobiles, on constate encore un décalage entre le rôle attendu et le rôle réel des équipes mobiles, la problématique du déficit en gel de lits avec comme corollaire le manque de financement, et des difficultés de recrutement et de collaboration avec d'autres réseaux. Néanmoins, l'évolution de la couverture géographique des équipes mobiles est considérable depuis la mise en place des réseaux ainsi que le développement, néanmoins, moins important, des collaborations entre réseaux à ce niveau. La mobilité des équipes constitue une réelle valeur ajoutée; toutefois, l'évolution en termes de satisfaction de la demande des usagers reste quant à elle limitée en raison notamment de zones non couvertes, du fait que la demande est nettement supérieure à l'offre même si la zone est couverte et de la différence entre la couverture géographique des réseaux et les bassins de vie des usagers**
- **Enfin, pour ce qui concerne le public-cible des 16-23 ans, tous s'accordent pour déplorer la situation dans laquelle se trouvent ces jeunes qui tout à coup basculent dans le réseau Adultes où ils deviennent les initiateurs de leur prise en charge alors qu'ils étaient accompagnés jusque là. L'évolution des collaborations reste trop faible alors que les réseaux Adultes retireraient une grande plus-value de ces collaborations avec les réseaux E&A pour ce public-cible particulier**
- Aussi, d'une manière générale, il pourrait être utile de:
  - mener une réflexion dans laquelle le « client » retrouve son rôle central plutôt que de continuer à réfléchir en termes de secteur; ceci permettrait de l'impliquer dans sa propre prise en charge que ce soit au niveau macro, méso ou micro
  - Analyser l'ancrage de la vision du rétablissement au sein des partenaires dans leur pratique de soins

## Section 2. Synthèse par objectif

### 3. Objectif 3: Améliorer le suivi des usagers, l'accessibilité et la continuité des soins et la qualité de la prise en charge

#### 3. Divers leviers suggérés par les panels pourraient être actionnés

##### ➤ En matière de transversalité et de continuité des soins

- Impliquer les Autorités en vue d'aider les acteurs de la santé mentale dans leur mission de soutien aux acteurs de la 1ère ligne
- Favoriser le développement d'une approche de proximité plutôt que provinciale ou sur l'ensemble du territoire du réseau
- Utiliser chaque partenaire comme un levier (l'usager entre dans le réseau par le biais d'un partenaire qui lui-même connaît l'ensemble du réseau)
- Initier des collaborations depuis le terrain : ex- établissement de plans de soins pour les patients suivis par des médecins généralistes uniquement
- Favoriser les échanges entre les partenaires de la santé mentale et ceux de la culture dans les réseaux Adultes afin d'assurer une continuité d'aide et de soins pour les patients qui quittent les réseaux E&A vers les réseaux A
- Au niveau des équipes mobiles : rebaptiser « Equipes mobiles » en « Equipes mobiles intersectorielles » (réseaux E&A) ou « Equipes mobiles pluridisciplinaires » (réseaux A)

##### ➤ En matière de collaboration sur le public-cible spécifique des 16-23 ans

- Développer le concept de transition pour faire en sorte que le jeune devienne l'acteur de sa propre prise en charge à l'âge adulte
- Développer des collaborations plus structurelles entre réseaux Adultes et Réseaux E&A sur certains publics-cibles comme les 16-23 ans
- Octroyer des moyens aux réseaux Adultes pour créer des agents de liaison et/ou des interlocuteurs pour les CLI

##### ➤ Pour accroître la couverture géographique des équipes mobiles

- Tenir compte du temps consacré à mobilité et des bassins de soins/de vie dans le staffage des équipes mobiles (tous les réseaux ne se ressemblent pas en la matière (Bruxelles différent de Luxembourg))
- Recruter dans les zones géographiques où la couverture est la moins bonne
- Améliorer l'accessibilité et la mobilité par la mise en place des bureaux itinérants et la création d'antennes

## **Section 3. Vue d'ensemble et note de synthèse**

# 0. Introduction

- Dans cette dernière section, nous livrons une vue d'ensemble de l'analyse du processus de la Réforme telle qu'elle s'est concrétisée dans les réseaux, aussi bien Adultes, qu'Enfants et Adolescents au travers de:

## 1. Une appréciation objectif/objectif

- L'appréciation formulée est une mesure de la réponse à la question suivante : le processus mis en place par la Réforme a-t-il permis d'atteindre les objectifs de la Réforme ?
  - ✓ appréciation positive : la conclusion répond à l'objectif de la Réforme
  - ~ appréciation mitigée : la conclusion va dans le sens de la Réforme mais des améliorations devraient être apportées
  - X appréciation négative : la conclusion ne répond pas à l'objectif de la Réforme
- Pour enfin donner une appréciation globale par objectif

## 2. La mesure de la perception des panels de l'évolution des dispositifs selon les objectifs de la Réforme

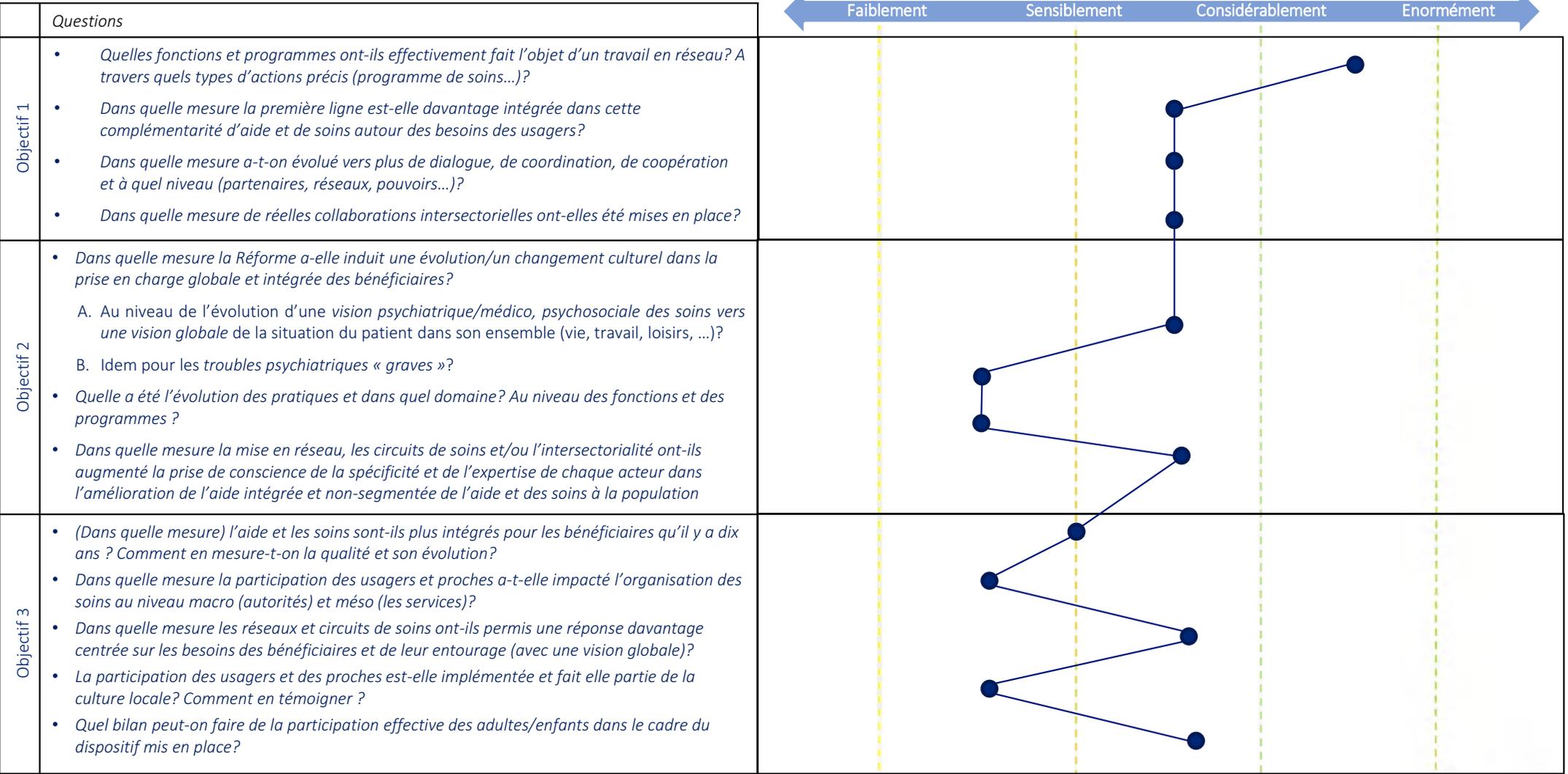
- Il s'agit de la vue d'ensemble des réponses données par les panels aux questions identifiées par l'Experteam (cf. slide 8) et donc des estimations des panels de l'évolution des différents items depuis la mise en place des réseaux
- Les flèches horizontales indiquent le niveau de perception des panels de l'évolution des items identifiés dans les questions relatives aux objectifs de la Réforme, sur une échelle allant de « Faiblement » au degré le plus bas, à « Enormément », au degré le plus élevé. La ligne continue relie les réponses des panels à chaque question et donne ainsi une vue de l'évolution des dispositifs

## 3. Une note de synthèse

# 1. Vue d'ensemble

Objectif	Questions	Conclusions	Appréciation
<b>Objectif 1 : Encourager le travail en réseau, la participation et l'intersectorialité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Quelles fonctions et programmes ont-ils effectivement fait l'objet d'un travail en réseau? A travers quels types d'actions précis (programme de soins...)?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Conformément à la Réforme, les réseaux ont axé leur travail sur l'ensemble des fonctions et programmes. Toutefois, les panels relèvent que certaines initiatives politiques contourneraient le travail en réseau</li> </ul> </li> <li>• <i>Dans quelle mesure la première ligne est-elle davantage intégrée dans cette complémentarité d'aide et de soins autour des besoins des usagers?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Evolution sensible à considérable</li> </ul> </li> <li>• <i>Dans quelle mesure a-t-on évolué vers plus de dialogue, de coordination, de coopération et à quel niveau (partenaires, réseaux, pouvoirs...)?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ La collaboration existe au niveau micro mais devrait être intensifiée au niveau méso.</li> </ul> </li> <li>• <i>Dans quelle mesure de réelles collaborations intersectorielles ont-elles été mises en place?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Evolution sensible à considérable</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Les réseaux, tant dans leur gouvernance que dans leur fonctionnement évoluent favorablement dans la voie de l'intersectorialité</li> <li>✓ la première ligne serait davantage intégrée dans la complémentarité d'aide et de soins autour des besoins de l'utilisateur que par le passé</li> <li>✗ Un effort important doit néanmoins être réalisé pour intégrer les partenaires de la société civile et les partenaires de la première ligne</li> <li>✓ Les réseaux sont conscients de la plus-value qu'apportent la collaboration et la transversalité</li> <li>~ Les partenariats existent sur le terrain mais peinent à se concrétiser au niveau des groupes de travail et des organes des réseaux</li> <li>✓ Les réseaux intensifient de plus en plus leurs collaborations</li> <li>✓ Depuis la mise en place des réseaux, on constate une tendance positive dans les collaborations intersectorielles mises en place</li> <li>✗ Un effort important doit encore être réalisé au niveau de la première ligne pour laquelle la santé mentale n'est pas encore suffisamment prise en compte</li> <li>✓ La communication a été de plus en plus utilisée pour sensibiliser les professionnels et les usagers au travail en réseau</li> <li>✗ La communication est toutefois difficile à concrétiser en ce qu'elle demande des moyens dont les réseaux ne disposent pas en suffisance</li> </ul>	
<b>Objectif 2 : Amener un changement culturel au sein des acteurs de la Réforme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Dans quelle mesure la Réforme a-t-elle induit une évolution/un changement culturel dans la prise en charge globale et intégrée des bénéficiaires?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. <i>Au niveau de l'évolution d'une vision psychiatrique/médico, psychosociale des soins vers une vision globale de la situation du patient dans son ensemble (vie, travail, loisirs, ...)?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Evolution sensible à considérable</li> </ul> </li> <li>B. <i>Idem pour les troubles psychiatriques « graves »?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Evolution faible à sensible</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• <i>Quelle a été l'évolution des pratiques et dans quel domaine? Au niveau des fonctions et des programmes?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ L'évolution n'est pas encore perçue comme très positive. Penser et agir en termes de fonction et programme est un grand changement culturel parfois perçu comme une charge de travail supplémentaire. La crise sanitaire est néanmoins présentée comme une opportunité à saisir en ce qu'elle renforce le travail en réseau</li> </ul> </li> <li>• <i>Dans quelle mesure la mise en réseau, les circuits de soins et/ou l'intersectorialité ont-ils augmenté la prise de conscience de la spécificité et de l'expertise de chaque acteur dans l'amélioration de l'aide intégrée et non-segmentée de l'aide et des soins à la population?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Evolution plutôt limitée du côté FR et considérable du côté NL</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La communication a été de plus en plus développée favorisant ainsi l'émergence d'une culture du réseau au sein des acteurs. De nombreux efforts sont encore à réaliser</li> <li>✗ La participation des usagers et des proches a peu évolué depuis la mise en place des réseaux; des efforts importants restent à réaliser pour qu'elle soit réelle, ancrée dans des habitudes et inscrite dans la durée</li> <li>~ Les acteurs seraient conscients de la nécessité d'encadrer l'utilisateur dans une vision globale commune du rétablissement et de la plus-value qu'elle apporterait. Toutefois, pour y parvenir, le chemin est encore long</li> <li>~ Il n'existe pas encore à l'heure actuelle de vision globale ni de définition commune du rétablissement : la vision existerait en Flandre mais ne serait pas encore suffisamment mise en pratique, et pas encore dans les 2 autres Régions</li> <li>✗ Les réseaux seraient trop centrés sur leur construction organisationnelle et pas sur ce qui fait sens dans leur travail</li> <li>✗ Les nombreuses Autorités relevant de niveaux de pouvoir différents qui, selon la perception des panels, ne s'accorderaient pas entre elles</li> <li>~ Néanmoins, une évolution s'est dessinée depuis la mise en place des réseaux</li> <li>✓ Evolution sensible à considérable vers un changement culturel dans la prise en charge globale et intégrée des cas « légers »</li> <li>~ La vision médicale reste prépondérante et l'évolution vers une prise en charge plus holistique serait plus faible lorsqu'il s'agit de trouble psychiatrique grave</li> </ul>	
<b>Objectif 3 : Améliorer le suivi des usagers, l'accessibilité et la continuité des soins, et la qualité de la prise en charge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>(Dans quelle mesure) l'aide et les soins sont-ils plus intégrés pour les bénéficiaires qu'il y a dix ans? Comment en mesure-t-on la qualité et son évolution?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ On constate une légère évolution mais le travail en silo demeure, principalement au niveau des Adultes. En outre, certaines situations complexes doivent rester centrées sur les soins</li> </ul> </li> <li>• <i>Dans quelle mesure la participation des usagers et proches a-t-elle impacté l'organisation des soins au niveau macro (autorités) et méso (les services)?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Evolution faible à modérée</li> </ul> </li> <li>• <i>Dans quelle mesure les réseaux et circuits de soins ont-ils permis une réponse davantage centrée sur les besoins des bénéficiaires et de leur entourage (avec une vision globale)?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Evolution sensible à importante</li> </ul> </li> <li>• <i>La participation des usagers et des proches est-elle implémentée et fait-elle partie de la culture locale? Comment en témoigner?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Evolution faible à modérée</li> </ul> </li> <li>• <i>Quel bilan peut-on faire de la participation effective des adultes/enfants dans le cadre du dispositif mis en place?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ L'évolution est présente mais prend beaucoup de temps. Il faut continuer à promouvoir l'accessibilité et la continuité des soins dans la Communauté</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Le travail en réseau a permis de modifier certaines pratiques</li> <li>✗ Les collaborations intra et inter réseaux doivent s'intensifier à tous niveaux</li> <li>✗ L'absence des acteurs de la prévention</li> <li>✗ Le peu d'attention ou le manque de connaissance de la maladie mentale de certains partenaires</li> <li>✗ La difficulté de construire des PSI notamment compte tenu du nombre de partenaires</li> <li>✗ Le nombre important de réseaux dans certaines Provinces ou Régions</li> <li>✗ L'absence de transition entre les circuits E&amp;A et Adultes</li> <li>✓ L'évolution de la couverture géographique des équipes mobiles est considérable</li> <li>✓ Le développement, néanmoins moins important, des collaborations entre réseaux à ce niveau</li> <li>~ L'évolution en termes de satisfaction de la demande des usagers reste quant à elle limitée</li> <li>✗ pour ce qui concerne le public-cible des 16-23 ans, tous s'accordent pour déplorer la situation dans laquelle se trouvent ces jeunes qui tout à coup basculent dans le réseau Adultes</li> </ul>	

## 2. Mesure de la perception des panels de l'évolution du processus selon les objectifs de la Réforme



Les flèches horizontales indiquent le niveau de perception des panels de l'évolution des items identifiés dans les questions relatives aux objectifs de la Réforme, sur une échelle allant de « Faiblement » au degré le plus bas, à « Enormément », au degré le plus élevé. La ligne continue relie les réponses de panels à chaque question et donne ainsi une vue de l'évolution des dispositifs

### 3. Note de synthèse

#### Contexte

- La Réforme des soins en santé mentale s'est inscrite dans la continuité des réformes déjà initiées dans les dernières décennies du 20<sup>ème</sup> siècle et poursuivies au 21<sup>ème</sup> siècle. Elles ont apporté de grands changements dans la mesure où elle a incité les acteurs de tous les secteurs gravitant autour de l'utilisateur, et non plus uniquement ceux du secteur de la santé mentale, à travailler ensemble en vue d'apporter une réponse holistique à ses difficultés de vie. La constitution des réseaux est en effet une nouveauté initiée par la Réforme.
- Cette Réforme est jeune : 10 ans pour les Adultes, à peine un peu plus de 5 ans pour les Enfants et les Adolescents.
- Le travail en réseau est aujourd'hui clairement inscrit comme LA pratique à utiliser pour rencontrer l'objectif final d'offrir à la personne atteinte de problèmes psychiques des soins différenciés et intégrés basés sur ses besoins et partant de son milieu de vie, de ses conditions concrètes de vie, d'apprentissage et de travail.

#### Où en est-on aujourd'hui dans ce processus?

- De nombreuses évolutions concourent aujourd'hui à la réalisation de cet objectif :
  - Objectif 1 : L'intersectorialité se retrouve tant dans la gouvernance que dans le fonctionnement des réseaux, les collaborations s'intensifient et la communication est utilisée comme vecteur de la sensibilisation à l'intersectorialité et au travail en réseau.
  - Objectif 2: Des changements culturels s'opèrent : les partenaires des réseaux sont conscients de la plus-value de travailler ensemble au rétablissement des usagers, y compris avec les usagers et leurs proches. Des contacts « cliniques » sont nombreux et des collaborations autour de l'utilisateur ont lieu au niveau local. Des pratiques coordonnées se développent, notamment pour la prise en charge des situations les moins lourdes.
  - Objectif 3: Des réponses ont été données sur l'accessibilité et la continuité des soins : grâce aux sites internet des réseaux notamment mais aussi au maillage entre partenaires, l'utilisateur a dorénavant accès à toute une série d'informations sur l'offre de soins à proximité de chez lui, les équipes mobiles sont globalement bien implantées géographiquement et effectuent aussi le travail de maillage auprès des partenaires, des initiatives sont prises pour réfléchir à des outils communs aux différents prestataires qui entourent le patient
- Néanmoins, des améliorations sont soulignées au travers des panels menés :
  - Continuer à rechercher l'implication active et l'engagement des partenaires et l'équilibre entre les sphères santé mentale, action sociale et société civile :
    - ✓ Les partenaires issus de la santé mentale restent encore dominants dans les réseaux, à la fois par leur métier mais aussi pour des raisons historiques et de financement
    - ✓ Les efforts d'intégration de la 1<sup>ère</sup> ligne, bien qu'ayant déjà porté des fruits, doivent être poursuivis (avec la difficulté de la représentation de certains partenaires) ainsi que pour la société civile
  - Mobiliser les partenaires sur les collaborations autour de certains publics-cibles (jeunes enfants, personnes âgées ou public charnière 16-23 ans)
  - Rendre davantage effective la participation des usagers (une présence ne signifie pas une implication)
  - Poursuivre l'amélioration des actions de communication
  - Pour développer une vision holistique du rétablissement, penser en termes de réseau et de complémentarité entre partenaires doit être au cœur des actions des réseaux et des décisions des Autorités
  - Enfin, poursuivre la fixation d'objectifs et renforcer l'évaluation du fonctionnement du réseau

#### Et pour demain?

- Les réseaux sont demandeurs de davantage de soutien de la part des Autorités et de cohérence entre elles. Ils poursuivent leur travail, s'investissent toujours davantage estimant que le processus ne pourra pleinement sortir ses effets que dans une dizaine d'années (au moins une génération sera nécessaire pour opérer et concrétiser un tel changement) mais estiment devoir souvent compter sur la bonne volonté des partenaires qui eux-mêmes doivent trouver le temps de s'impliquer.