

## Synthèse de la réunion du groupe de travail « équipes mobiles »

Une série de questions ont été formulées au début. Elles ont servi de base au débat. Cette synthèse a dès lors été rédigée sous forme de questions-réponses. Les questions ont été regroupées en quatre thèmes :

- 1) mission des équipes mobiles,
- 2) composition des équipes mobiles,
- 3) financement
- 4) faisabilité/conditions préalables.

### 1) Mission des équipes mobiles

- a. Quelles sont les missions des équipes 2a et 2b ?

Dans ces deux équipes, nous parlons de **traitement axé sur le rétablissement**, mais il ne s'agit pas là d'une exclusivité de ces équipes. Il existe en ce sens d'autres acteurs au sein du réseau qui remplissent également cette mission. Au sein de l'équipe 2a, nous parlons surtout d'accompagnement et de traitement de la crise. Au sein de l'équipe 2b, le traitement est axé sur le rétablissement, la réhabilitation et le dépistage au sein du réseau (soins et social). Il s'agit dans les deux cas de **SSM spécialisés**, mais avec une intervention axée sur des objectifs différents et parfois orientée sur d'autres groupes cibles. Cela dépend en grande partie des critères d'inclusion : plus c'est grave, plus il faut pouvoir traiter. Les équipes mobiles doivent donc pouvoir assurer le traitement (cf. modèles étrangers). Les patients qui sont déjà bien avancés dans leur guérison peuvent parfaitement poursuivre leur traitement avec un thérapeute externe.

L'équipe mobile **fait partie d'un programme et d'une fonction de soins organisé dans un réseau**. Le rôle du « gatekeeper » ne nous semble pas recommandé dans le contexte belge. Il importe néanmoins qu'ils puissent disposer d'un nombre limité de lits pour les admissions de crise, répartis de préférence entre différents acteurs de soins. Il importe également d'avoir des lits de crise pour la prise en charge des urgences, avec une centralisation au sein des services des urgences (cf. bonnes pratiques : Louvain).

Équipes mobiles en tant que **relais** vers des soins aussi bien formels qu'informels. Jouer un rôle de coordination au sein du réseau pour une collaboration optimale des différents partenaires autour du patient constitue une part importante de la mission. L'équipe de crise doit avoir pour mission de rétablir temporairement, et durant la période transitoire, le lien avec le réseau régulier. Si le patient n'est pas connu dans le réseau, la mission consiste à créer un réseau autour de ce patient. Nous soulignons que tout un chacun au sein du réseau doit assumer ses responsabilités (p. ex. en mettant chaque jour 2-3 consultations à disposition pour les cas de crise). Il s'agit de travailler dans un

réseau et, en collaboration avec différents acteurs de la fonction 1, de mobiliser des moyens pour prendre la crise en charge.

Afin de pouvoir travailler correctement et remplir leur mission spécifique, les équipes mobiles doivent être intégrées dans un réseau d'institutions et des liens doivent être créés avec d'autres services. Nous ne devons pas seulement nous limiter aux structures SSM : de nombreux services de soutien à domicile, avec lesquels un lien peut être établi, existent également dans notre société.

Il n'est pas possible ni souhaitable que les équipes mobiles, dès le premier contact, continuent de s'occuper des utilisateurs jusqu'à la fin. Dans ce cadre, il est crucial de renvoyer vers les soins réguliers. En l'absence de renvoi, il n'y aura jamais assez d'équipes mobiles. Le traitement fourni par l'équipe mobile doit donc être **le plus court possible, mais aussi long que nécessaire**. Certains patients du groupe cible nécessitent un accompagnement très long, parfois à vie.

**La mobilité ne constitue pas la mission, mais bien une forme d'intervention qui n'est pas exclusive aux équipes mobiles.** La mobilité est importante dans le cadre de l'évaluation du contexte, de la situation familiale et du contact avec la famille et l'entourage. Les équipes mobiles sont toujours mobiles, il s'agit d'une caractéristique spécifique. S'il n'est pas nécessaire de se rendre au domicile du patient, alors ce n'est pas pour une équipe mobile.

Il faut tenir compte que la "**fonction mobile dans le réseau**" ne se limite certainement pas aux seules équipes mobiles Psy107. D'une part, il existe d'autres équipes mobiles. D'autre part, Il y a aussi des services (SSM, hôpitaux, welzijn,...), qui peuvent appuyer les équipes mobiles dans certaines situations comme la phase de transition et de garantir ainsi une continuité des soins.

L'activité mobile et l'« outreaching » au sein d'un SSM se font au détriment du « caseload » et de l'accessibilité de l'offre. En ce qui concerne le groupe cible des pathologies psychiatriques sévères, il convient d'examiner la collaboration entre les équipes mobiles et le SSM, entre autres dans le cadre de la garantie de la continuité des soins au patient et à son entourage.

Les équipes mobiles ne vont pas uniquement à domicile, elles peuvent aussi avoir une fonction d'inreach p.e. lorsqu'une personne est admise à l'hôpital. En raison de la prise en charge complexe et sévère, **l'équipe mobile peut faciliter cette admission et/ou intensifier les soins à l'hôpital.**

Si des soins réguliers sont recommandés mais qu'il n'y a pas de place en raison des listes d'attente, faire appel à une équipe mobile est une utilisation impropre des moyens. Ce n'est pas la mission des équipes mobiles.

**Rôle des équipes mobiles en cas d'admission forcée :** Les soins de suivi ne peuvent pas être une offre standard pour les équipes mobiles, mais sont une possibilité lorsque la demande est liée au contenu des soins. La contrainte se

trouve du côté de l'utilisateur, et non pas du côté de l'acteur de soins. L'équipe mobile ne peut pas être contrainte de se rendre au domicile de l'utilisateur contre la volonté de ce dernier. Comme pour d'autres conditions telles que l'obligation de se rendre dans un centre de jour, l'équipe mobile n'est pas tenue d'accéder à la demande si le demandeur de soins refuse cette offre. Pour les personnes nécessitant des soins ACT (patients qui refusent de se faire soigner), une prise en charge par une équipe 2b dans le respect des conditions peut parfois s'avérer nécessaire afin de pouvoir les garder en dehors de l'hôpital. Cette prise en charge doit toujours se faire en concertation ; l'équipe mobile ne peut jamais y être contrainte. Nous renvoyons au groupe de travail du CNEH qui avait proposé, au sujet de l'admission forcée, de n'imposer aucune admission forcée à une institution, mais bien une obligation de soigner la personne au sein du réseau. Le réseau (dont fait partie l'équipe mobile) a donc la responsabilité d'organiser les soins pour cette personne.

Aux yeux de la loi, le rôle d'expertise lors de l'évaluation des admissions forcées est incompatible avec la fonction de psychiatre de l'équipe mobile (2a et 2b). En effet, le psychiatre qui joue le rôle d'évaluateur ne peut pas être le thérapeute. Les équipes mobiles exercent une fonction de thérapie.

**Soins assertifs.** Les équipes mobiles jouent un rôle important chez les personnes présentant de graves troubles psychiatriques, qui ne veulent pas se faire soigner, et qui se trouvent dans une situation préoccupante.

- b. Quel est le groupe cible/quels sont les critères d'inclusion des équipes mobiles ?

**Proposition de description du groupe cible de l'équipe mobile 2b :**

3 conditions :

- Trouble psychiatrique pathologie psychiatrique sévère<sup>1</sup> ;
- Facteurs qui rendent la situation complexe et/ou chronique (p. ex. facteurs psychosociaux) ;
- Une intervention mobile à domicile s'avère nécessaire pour aborder la complexité de la situation.

Il est important que l'équipe 2b se concentre sur le groupe cible le plus vulnérable dans notre société.

La prévalence de ce groupe cible est estimée à 0,11%<sup>2</sup> de la population. Il n'y a pas suffisamment de données disponibles concernant la répartition géographique.

**Proposition de description du groupe cible de l'équipe mobile 2a :**

---

<sup>1</sup> En référence à l'utilisation potentielle d'échelles de mesures scientifiques (Honos,Cansas,..)

<sup>2</sup> How many assertive community treatment teams do we need?, G.S. Cuddeback (2006)

- Les adultes en crise
- Il y a une problématique psychique sous-jacente/supposée
- Il n'existe pas d'autres possibilités dans le réseau

Par souci de transparence et de bons accords avec les autres acteurs du réseau, la description du groupe cible devrait être discuté avec les acteurs au sein du réseau à fin de définir des accords clairs<sup>3</sup>.

Les équipes mobiles ont une **mission spécifique. L'objectif n'est pas de combler les lacunes du réseau avec les équipes mobiles**. Chaque partenaire a une responsabilité au sein du réseau. D'autre part, lors de la définition des critères d'inclusion, nous devons tenir compte, jusqu'à un certain niveau, des caractéristiques de l'utilisateur et son réseau social. En tenant compte des caractéristiques de l'utilisateur et en faisant le lien avec la problématique psychiatrique, **nous évitons la « psychiatisation » de problèmes sociaux**.

**Le consentement éclairé en tant que critère d'inclusion n'est pas recommandé** (contrairement à ce que mentionne la fiche des bonnes pratiques). L'une des caractéristiques du groupe cible (pathologies psychiatriques sévères) est que le consentement éclairé n'est pas souvent obtenu. Des soins assertifs ou socio-psychiatriques (« bemoeizorg ») sont souvent à l'ordre du jour, la capacité de discernement du patient pouvant être remise en question dans certaines situations. Dire que le consentement éclairé est un critère d'inclusion implique justement que les patients avec la problématique la plus grave seront mis sur la touche. L'équipe 2b doit donc surtout se concentrer sur les pathologies psychiatrique sévères<sup>4</sup> (et qui à priori ne nécessitent pas d'hospitalisation sur base de la première analyse de la situation) où il n'est pas toujours question de consentement éclairé, contrairement aux personnes qui souffrent d'une problématique plus légère.

En situation de crise, la situation est tellement perturbée qu'il n'est pas non plus souhaitable dans ce cas-ci de formaliser le consentement éclairé. Le fait que la personne ouvre et laisse entrer l'équipe est déjà une forme de consentement. S'il n'ouvre pas la porte, il faut d'abord travailler avec le réseau.

**L'âge comme critère**. Le groupe de travail choisit de ne pas utiliser l'âge jusqu'à 65 ans comme critère strict et choisit donc de ne pas exclure les personnes âgées. Il nous semble néanmoins important d'examiner le profil et les besoins de soins. **En ce qui concerne les personnes âgées, nous sommes d'avis que pour les personnes ayant un profil gériatrique ou souffrant d'une affection typiquement gériatrique (troubles cognitifs), il faut prévoir une offre spécialisée en soins pour personnes âgées, et ce quel que soit la limite d'âge**. L'équipe mobile régulière 2b est recommandée pour les autres patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères.

---

<sup>3</sup> Voir comme inspiration, le modèle Volle de Norvège (module de note 1).

<sup>4</sup> En référence à l'utilisation potentielle d'échelles de mesures scientifiques (Honos,Cansas,..)

En ce qui concerne **les enfants et les adolescents**, un chevauchement avec l'âge charnière s'avère nécessaire. Au vu des besoins spécifiques chez les mineurs, nous proposons d'utiliser l'âge minimum de 16 ans. Ce qui permet de couvrir l'âge charnière en collaboration avec le réseau « enfants et adolescents ». En dessous de cet âge, une expertise spécifique en psychiatrie infanto-juvénile est obligatoirement requise.

Qui peut en faire la demande et référer ?

Tout comme dans chaque programme de soins, il y a des modules pour un avis et du coaching, un module est aussi nécessaire pour éclairer la demande ce qui est une condition préalable pour mettre en place un bon système de référence. Au vu de la liste d'attente actuelle et des critères d'inclusion, tous les utilisateurs ne doivent pas être traités ou inclus, mais bien renvoyés, réorientés en temps opportun dans le réseau. C'est la mission des partenaires du réseau local pour organiser ce dépistage au sens large et un système de soins par paliers. L'organisation peut varier d'un réseau à l'autre (via un téléphone unique, des accords entre les partenaires, ...)

Dans ce cas-ci, nous faisons une distinction entre les équipes 2a et 2b. **Dans une structure 2b, l'on consacre du temps à l'évaluation. Tout le monde peut en faire la demande pour autant que cela rentre dans les missions de l'équipe.**

Cependant, pour les structures **2a**, une réponse rapide est requise dans lequel les **professionnels** (issus des 5 fonctions (santé mentale et hors santé mentale)) peuvent y référer (de préférence le médecin généraliste dans un modèle de stepped care). Nous voulons également éviter que les équipes 2a ne soient submergées de demandes et, qu'en raison de cette surcharge de demandes de dépistage, elles ne parviennent plus à traiter les patients. Les familles de patients déjà connus dans le réseau peuvent toujours s'adresser directement à la structure (cf. bonnes pratiques : carte de crise et fonction de « veilleuse »).

- c. Est-il souhaitable d'avoir des équipes spécialisées pour certains groupes cibles spécifiques ?

Une expertise très spécifique est requise pour quelques groupes cibles. Il nous semble dès lors indiqué de constituer pour ce faire des **équipes spécialisées**. Nous retenons les groupes cibles suivants :

- **Psychiatrie médico-légale ;**
- **Double diagnostic avec handicap mental ;**
- **Psychiatrie gériatrique (troubles cognitifs et profils gériatriques).**
- **Lésion cérébrale acquise**

Au vu de la prévalence de la dépendance, et du double diagnostic avec une problématique de dépendance au sein du groupe cible des pathologies psychiatriques sévères, il est important de prévoir suffisamment d'**expertise dans le domaine de la dépendance au sein des équipes mobiles régulières.**

- d. Où se situent les équipes mobiles par rapport à d'autres capacités d'assistance (p. ex. l'équipe mobile des habitations protégées) ?

Une équipe mobile 2b compte un « caseload » de 18 à 20 utilisateurs par ETP ; dans le cas d'une IHP, il s'agit de 8 utilisateurs par ETP, ce qui est assez intensif comparé avec l'équipe 2b. Les IHP collaborent également avec les services d'aide familiale mais couvrent des missions beaucoup plus larges que les équipes mobiles et ce 7 jours/7 et 24h/24. Le groupe de travail fait remarquer que dans certaines régions, le groupe cible est probablement assez comparable. Au cas où il y a un chevauchement des missions et du groupe cible entre l'IHP et l'équipe mobile 2b, on peut envisager un alignement de leurs organisations.

## **2) Composition des équipes mobiles.**

- a. Composition des équipes en matière d'effectifs

L'organisation des équipes 2a et 2b ne dépend non seulement de l'organisation des autres partenaires de soins dans le réseau mais est aussi un problème de capacité.

N'empêche que sur le terrain on constate que la plus part des équipes 2a et 2b se sont organisées relativement autonome, il est souhaitable de clarifier le lien et la collaboration entre ces deux équipes.

L'équipe est composée de façon multidisciplinaire et comporte : **un psychiatre, des infirmiers psychiatriques, un psychologue, un travailleurs social, ergothérapeute, parfois un orthopédagogue** en cas de double diagnostic avec handicap mental, ergothérapeute,... La présence d'un « expert du vécu » (« ervaringsdeskundige ») est également judicieuse, mais au vu de la grande variabilité de sa disponibilité, le groupe de travail choisit d'examiner cette organisation au niveau du réseau. L'organisation d'un service de secrétariat pour les équipes mobiles est importante.

**Nécessité qu'un psychiatre soit suffisamment présent.** Au sein de l'équipe, le psychiatre voit chaque patient et participera si nécessaire aux visites à domicile. Si l'équipe 2b se concentre sur le groupe cible des patients les plus vulnérables souffrant de pathologies psychiatriques sévères, il devra être suffisamment disponible pour assurer la fonction de traitement si aucun psychiatre n'est présent dans le réseau du patient. Il doit également pouvoir se rendre si nécessaire au domicile du patient (p. ex. si le patient est perturbé, refuse de se faire soigner, ...).

Le personnel minimum nécessaire dans une équipe 2a et 2b pour pouvoir être opérationnel aussi bien en termes de qualité que de sécurité, et en tenant compte du fait que les équipes 2a et 2b collaborent avec d'autres partenaires du réseau:

### **i. Équipe 2a :**

Disponibilité 7/7 avec un minimum de 12h en semaine et de 7h30 le week-end et les jours fériés. (en dehors de ces heures, les partenaires du réseau doivent organiser des modalités d'intervention pour les situations de crise, par exemple au travers de la collaboration avec les services réguliers des urgences, relais sociaux,... --> importance du déploiement géographique des unités d'urgence psychiatrique (EPSI)). L'interprétation de la disponibilité de l'équipe affecte les autres acteurs au sein du réseau et devrait être inclus dans le monitoring des activités et l'évaluation dans le réseau.

« Caseload » **1 ETP/2-2,5**, en raison d'un turnover élevé (traitement moyen de maximum 6 semaines) : sur une base annuelle, le « caseload » par ETP est entre 17 et 22 clients

Pour assurer la permanence et un fonctionnement de qualité, il faut un minimum de **12 ETP/équipe** (en dessous de 10, la permanence n'est pas assurée). On peut aller au-delà, mais pas en deçà de 12.

Des collaborateurs sont suffisamment présents en fonction de l'efficacité. S'ils travaillent à mi-temps dans une équipe de crise et à mi-temps dans une unité de crise résidentielle, la continuité de l'offre de soins pourrait être garantie. L'inconvénient, cependant, est que 1/2 ETP n'apporte pas suffisamment de continuité sur le terrain. Les collaborateurs sont plus souvent en concertation que chez le patient. La collaboration avec les services d'urgence est importante dans le

### **ii. Équipe 2b :**

Ne doit pas nécessairement être disponible 7/7 et jusqu'à 22h.

Le traitement et l'accompagnement est le plus court possible, mais aussi long que nécessaire. Il doit néanmoins y avoir suffisamment de masse critique pour gérer les crises chez les patients (si possible, montée en puissance des soins par l'équipe 2b en cas de crise. Il sera fait appel à l'équipe 2a si des contacts sont également nécessaires en dehors des heures de l'équipe 2b).

« Caseload » : **1 ETP/18-20**

**Prévalence : pathologies psychiatriques sévères 0,11%**

Si on souhaite viser le rétablissement et travailler de façon à éviter les admissions non indiquées, la taille minimale de l'équipe 2b est de 8 ETP.

Le nombre d'équipes mobiles 2a et 2b/100.000 habitants doit être formulé clairement comme une norme de programmation (idéal à atteindre en fonction des possibilités et des moyens disponibles = groei proces).

La taille des équipes mobiles n'est pas statique, mais est déterminée en fonction du caseload et peut être construit étape par étape en fonction des besoins.

- b. Comment voyons-nous le rôle et la place du patient, ainsi que ceux de l'expert du vécu et de l'expert de la famille ?

**Dans le cadre d'un traitement axé sur le rétablissement, le rôle des experts du vécu et des experts de la famille apporte une plus-value importante.** Ces experts deviennent en surplus du nombre d'ETP des équipes tels qu'elles sont écrits ci-dessus.

Ils ont des missions spécifiques et complémentaires mais ne remplacent pas le personnel dans les équipes. Ce sont des compagnons d'infortune qui sont plus avancés dans leur histoire et qui peuvent soutenir le patient, la famille et les prestataires de soins et offrir une perspective. Une bonne collaboration nécessite un processus d'apprentissage aussi bien pour les professionnels que pour les experts du vécu. Les experts du vécu et de la famille sont certainement importants dans l'équipe 2b ; au sein de 2a, nous nous attendons également à une plus-value, même si leur expérience dans ce cas-ci est aujourd'hui plus limitée.

**Il est certainement recommandé de poursuivre la professionnalisation** des experts du vécu et des experts de la famille.

Il existe de grandes différences à ce niveau entre les régions. D'où la proposition de démarrer l'inclusion au niveau du réseau et d'y rédiger une description de fonction basée sur la disponibilité des experts du vécu et de la famille. Il s'agit là d'un processus d'apprentissage et de développement qui s'avère nécessaire pour impliquer aussi bien le patient, la famille que l'équipe et qui ne se limite pas aux équipes mobiles mais aussi au sein des SSM, l'hôpital, ...

### **3) Financement des équipes mobiles**

Avec quels moyens du réseau peut-on constituer ces équipes mobiles ?

Les différentes missions des équipes mobiles servent de point de départ à la discussion du financement. En effet, toutes les missions d'une équipe mobile ne doivent pas être financées par le biais du personnel issu de la fermeture progressive de lits, et nous nous sommes également penchés sur les moyens qui existent en dehors de l'hôpital. Nous avons en outre recherché des collaborations et envisagé l'intégration de moyens issus des formes de travail existantes qui fournissent une offre de soins similaire pour un même groupe cible. Pour terminer, nous nous sommes penchés sur la question de savoir comment nous pouvons garantir la continuité du fonctionnement des équipes mobiles une fois que le financement complémentaire des moyens de fonctionnement ne sera plus disponible. Dans ce récit, le troisième contrat qui a été conclu dans le cadre de ce projet pilote avec un hôpital individuel qui a « gelé » des lits, et qui implique une garantie budgétaire des différentes parties du BMF, est d'une importance cruciale.

#### **a. Mission de traitement et d'accompagnement :**

Les effectifs en personnel (hormis le psychiatre)<sup>5</sup> des équipes mobiles seront notamment libérés par le biais du gel de lits. Pour ce faire, divers index (T, t, Tf, tf, Tg, A, a) peuvent entrer en ligne de compte. Les ETP des projets SPAD (soins psychiatriques à domicile) qui collaborent souvent avec les équipes 2b, peuvent être affectés dans l'équipe mobile dans le cadre de leur mission de traitement pour autant que la mission de coaching soit organisée au sein du réseau. Les hôpitaux généraux doivent investir dans les réseaux 107 et en particulier dans le programme « soins de crise ». Le groupe de travail a clairement exclu le groupe cible médico-légal et le double diagnostic (psychiatrie et handicap mental) et les places prévu dans le cadre des trajets pour le groupe cible des lésions cérébrales acquises. Une capacité limitée est également nécessaire pour les soins les plus lourds et de longue durée, pour lesquels il n'y a pas ou pas suffisamment d'alternatives disponibles.

En dépit du moratoire actuel, le groupe de travail demande aux autorités concernées de prévoir des possibilités supplémentaires de reconversion en fonctions et en programmes au sein du réseau qui sont plus étendus que les équipes mobiles et les activités de policlinique.

Le groupe cible des enfants et des adolescents jusqu'à 16 ans n'est pas repris dans le « caseload » des équipes mobiles. Les personnes âgées, quant à elles, y sont pour l'instant reprises, même si le groupe de travail plaide en faveur d'une expertise/équipe spécifique pour les troubles cognitifs et les profils gériatriques.

La taille de l'institution est-elle aussi un facteur qui freine/facilite le nombre de lits à geler ? Dans les hôpitaux plus petits, il est moins évident de fermer des unités entières sans toutefois compromettre la continuité et l'existence de l'hôpital. La garantie budgétaire des différentes parties du BMF s'avère essentielle dans ce cadre. Les avantages en termes de coûts sont en outre beaucoup trop infimes pour compenser la perte de moyens de fonctionnement (cf. plus loin). Dans certaines régions où il n'y a presque aucun lit hospitalier, on va devoir automatiquement attirer des investisseurs qui se trouvent en dehors de la région pour pouvoir développer la capacité mobile.

Outre le gel de lits, il est également nécessaire d'intensifier l'activité au sein de l'hôpital. Il se crée une pression énorme sur les équipes hospitalières et en particulier sur celles des sections T, des sections psychotiques, ... en raison de la lourdeur des profils de soins et d'un turnover beaucoup plus important. L'équipe affectée à cet effet n'est plus adaptée aux besoins en soins. Le groupe de travail affirme qu'il existe un lien logique entre d'une part la mobilisation et la socialisation des soins, et d'autre part le changement de l'activité au sein de l'hôpital. Le groupe de travail demande à l'organe de concertation 107 de constituer un groupe de travail à court terme afin de formuler un avis relatif à l'intensification de l'activité.

---

<sup>5</sup> Le temps que le psychiatre consacre à 120 lits T s'élève à 1ETP. Ce qui est largement insuffisant pour financer l'activité du psychiatre qui est nécessaire au sein des équipes mobiles. Pour cette discussion, nous renvoyons au groupe de travail "fonction médicale".

## **b. Mission de mobilité :**

La mission spécifique des équipes est qu'elles sont mobiles. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une mission exclusive aux équipes mobiles, la mobilité reste une mission importante qui n'est pas financée à l'heure actuelle dans les soins résidentiels.

Dans plusieurs régions, la densité de population est très faible et le déplacement, très important. Le prix de la mobilité augmente par conséquent d'un facteur 1,3 ou 1,7. Il est proposé d'y expérimenter un modèle dans lequel l'offre de crise est développée, et de travailler avec des antennes qui sont facilement accessibles pour les patients mais qui ne doivent pas nécessairement être mobiles. L'on pense également aux consultations via internet ou à garantir des points de consultation généralistes où se rend l'équipe sans toutefois devoir constituer des équipes mobiles locales qui se rendent au domicile de chaque patient.

## **c. Entretiens d'admission et concertation avec les partenaires de réseau**

Via le MDO psy (concertation multidisciplinaire pour les patients souffrant d'une problématique psychiatrique complexe et de longue durée), une indemnité est prévue pour la concertation avec les acteurs de première ligne tels que les SEL (initiatives de coopération en soins de santé de première ligne), les médecins généralistes, ... Tout prestataire de soins directement impliqué dans les soins d'une personne souffrant d'une problématique psychiatrique complexe et de longue durée peut demander une concertation multidisciplinaire sous forme de table ronde, l'objectif étant de tendre vers une meilleure collaboration et une bonne harmonisation des soins aux besoins et aux attentes du patient.

Une partie des recettes de la concertation des SEL peut être rassemblée pour le financement de x ETP pour l'organisation de l'admission, de la concertation, de l'avis et du coaching par l'équipe mobile. Au sein du réseau Halle-Vilvoorde, il s'agit concrètement de 0,5 ETP.

## **d. Promotion de l'expertise (coaching et formation) chez les prestataires de soins non SSM et soins accessibles pour ceux qui refusent de se faire soigner.**

Les acteurs de première ligne qui assument également certaines tâches pour des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères, demandent de plus en plus souvent aux collaborateurs des équipes mobiles de remplir chez eux la mission de promotion de l'expertise. Il s'agit par exemple d'une association de sans-abris qui demande à l'équipe mobile d'organiser une promotion de l'expertise pour leurs collaborateurs et qui est disposée à participer aux frais inhérents à cet apport d'expertise. Si un jour par semaine, vous retirez un collaborateur de l'équipe, ce dernier ne pourra pas dispenser de soins et vous devrez compenser cela par le biais d'un financement complémentaire : la promotion de l'expertise se fait contre paiement.

Idem pour les collaborateurs du CPAS qui demandent à l'équipe mobile d'être présente un demi-jour par semaine. Ils ont deux missions :

- 1) point de contact pour les collaborateurs du CPAS qui ne savent pas bien comment s'y prendre avec des personnes qui ne suivent pas encore de traitement mais qui souffrent de troubles du comportement.
- 2) la présence d'un collaborateur de l'équipe mobile crée une offre accessible et sans engagement, avec la possibilité de s'entretenir sans engagement avec ces personnes.

Cette mission ne peut pas compromettre le « caseload » et le fonctionnement de l'équipe et vient compléter le fonctionnement de base de l'équipe mobile 2b. Ce financement est en outre un financement ad hoc qu'il est impossible d'ancrer de manière structurelle.

**e. Collaboration et intégration de moyens issus des formes de travail existantes qui fournissent une offre de soins similaire pour un même groupe cible.**

Dans certaines régions, les équipes mobiles 2b, l'activation de jour et les initiatives d'habitations protégées (cf. supra) se chevauchent en grande partie au niveau de leur fonctionnement, sur le plan du groupe cible, mais également de leur méthode de travail et de leurs objectifs. D'où l'option d'une collaboration mieux intégrée à l'avenir. Pour les réseaux qui le souhaitent cela permettra de réaliser une transition harmonieuse d'un module à un autre et de travailler à l'optimisation de la continuité des soins. En scindant les soins de la composante résidentielle, tous les moyens sont mis en commun pour procéder à de l' « outreaching » en collaboration avec les équipes mobiles.-Dans d'autres régions, l'équipe mobile de la fonction 2b ne se chevauche pas avec l'IHP et intervient en aval de celle-ci, compte-tenu d'une différence clinique vérifiable<sup>6</sup> et donc des besoins en soins différents.

**f. Frais de fonctionnement/recettes des équipes mobiles.**

En date du 25 janvier 2016, le SPF Santé publique et le cabinet fédéral ont déclaré, concernant la composition des équipes mobiles, que ces dernières pouvaient être uniquement formées à partir du gel de lits hospitaliers. Ils ont en outre également annoncé une diminution progressive des moyens de fonctionnement de tous les projets.

	2016	2017	2018
10 pr	212.241,60	0	0
9 pr	424.483,20	212.241,60	0
4 pr	424.483,20	424.483,20	424.483,20

Ces moyens de fonctionnement ont été utilisés non seulement pour l'achat et le leasing de voitures, divers moyens de communication, des ordinateurs portables, la

---

<sup>6</sup> Notamment au niveau du Global Assessment of Functioning (GAF), Honos, Cansas,...

location de bâtiments, ... mais également pour engager du personnel supplémentaire, rémunérer les experts du vécu, ...

Question posée au cabinet et au SPF : Ces moyens B4 sont-ils encore disponibles ou bien ont-ils été économisés ? Si ces moyens devaient être encore disponibles, il est proposé de les redistribuer afin de financer à la hauteur des coûts réels le réseau, les experts du vécu et de la famille...

Les frais de fonctionnement couvrent entre autres l'hébergement, la mobilité, les canaux de communication, les ordinateurs portables, les assurances plus conséquentes, le budget "formation", ICT, DPI, ...

Comment la perte de moyens de fonctionnement est-elle compensée ?

Les hôpitaux qui ont gelé des lits doivent non seulement apporter des lits, mais également les moyens de fonctionnement inhérents à ces lits. Il s'agit là d'un exercice difficile car un certain nombre de coûts restent fixes, p. ex. le cuisinier, ... Une partie des moyens de la sous-partie B1 est mise à disposition pour supporter une partie des moyens de fonctionnement. Il s'agit surtout des frais d'entretien, de nourriture, de buanderie et de lingerie. Ces coûts ne pourront être vraiment économisés que si une unité complète peut être gelée, et s'élèvent à maximum 125.000 euros

Les moyens de fonctionnement ont également été utilisés en partie pour engager des ETP supplémentaires. Certaines institutions essaient de pallier temporairement la suppression de ces budgets (1 à 2 ans maximum) dans l'attente d'une nouvelle phase dans le gel de lits. Plusieurs hôpitaux procèdent de la sorte pour ne pas devoir licencier le personnel et conserver leur expertise dans l'attente d'un prochain gel de lits. Dans les régions où siègent plusieurs hôpitaux, on peut solidariser et répartir cet amortissement, mais si cela doit être supporté par un seul hôpital, ce n'est pas faisable.

Il est également possible de faire appel aux moyens de fonctionnement des SPAD.

Le traitement est-il gratuit pour le patient ?

Il est très difficile de demander une participation aux patients pour des soins pour lesquels ils ne sont pas demandeurs. Lors de la concertation entre le prestataire de soins et le patient, la composante financière est également un élément important dans le cadre de l'évaluation des soins.

Le groupe de travail propose un système à plusieurs paliers pour calculer le ticket modérateur. Si le patient est disposé à recevoir des soins, une indemnisation pour les frais de fonctionnement peut être demandée comme pour les SPD. Étant donné le statut financier d'une grande partie des patients, ce ticket modérateur sera limité ou réduit à 0 euro dans le cadre du maximum à facturer. Le renvoi ne pose pas seulement problème aux équipes mobiles car même dans les hôpitaux, certaines personnes ne veulent pas sortir car les soins de suivi sont plus onéreux. Il convient dès lors d'examiner de manière plus large la politique du ticket modérateur au sein du réseau.

#### 4) Faisabilité du déploiement des équipes mobiles et conditions préalables

Nous renvoyons souvent aux modèles internationaux mais avant la réforme, ils se sont investis pendant dix ans dans le renforcement de l'hébergement (cf. Housing first). Afin de pouvoir traiter le patient à son domicile, il doit d'abord être question d'un environnement domestique. La variabilité du fonctionnement des équipes mobiles, en particulier en ce qui concerne le flux sortant de patients des structures résidentielles, est déterminée par les différentes possibilités du réseau en matière d'accès résidentiel. La présence d'un potentiel de rencontres, les loisirs, les diverses formes de participation à la société, ... sont également essentiels.

Dans notre pays, les ressources en soins de santé mentale sont globalement non seulement insuffisantes, mais aussi très inégalement réparties. Dans certains réseaux, l'écart de traitement (mental health gap) est très important en raison de ressources limitées. **Libérer encore des ressources pour la création des équipes mobiles comme décrit ci-dessus, n'est pas réaliste.** Il est important que le gouvernement définisse ces régions sur base d'un nombre de critères bien précis.

Pour savoir dans quelle mesure une répartition plus équitable au sein du réseau et entre les réseaux serait envisageable, une enquête plus approfondie est nécessaire tenant compte de la mise en place des différentes fonctions au sein du réseau dont la fonction 4. Dans ce cadre, la répartition inégale des ressources EPSI est à réexaminer.

Étant donné le lien entre la socialisation des soins, le turnover plus élevé et les admissions plus intensives et plus complexes à l'hôpital, le groupe de travail demande que la CIM charge l'organe consultatif 107 de mettre en place un groupe de travail qui examinera la nécessité de l'intensification des soins.

Un autre problème concerne les zones les plus rurales qui doivent également être définies. La question est dans quelle mesure les autorités s'ouvrent à une expérimentation d'autres modèles de soins inspirant des modèles qui sont applicables au niveau international dans les zones rurales.

Les équipes mobiles fournissent du traitement et des soins. À l'heure actuelle, le monitoring des activités est insuffisant et ne permet pas une évaluation et un travail continu de la qualité et des coûts/besoins en matière de mobilité dans le cadre des équipes mobiles. Comme les missions et le cadre dans lequel les équipes travaillent sont bien définis, il est opportun d'évaluer et d'ajuster régulièrement la mise en œuvre et la traduction concrète vers le terrain (chaque équipe respecte les missions, le nombre de visites à domicile/semaine/ETP, le case-load, les critères d'inclusion / niveau de soins, le cadre nécessaire en termes de composition de l'équipe et de sa disponibilité, ...)

Enfin, il est recommandé d'harmoniser les initiatives en matière de formation qui aujourd'hui sont organisées de manière différente dans chaque réseau en collaboration avec les établissements d'enseignement.