

Les soins psychiatriques de longue durée fondés sur un modèle de soins communautaires

Proposition formulée par l'antenne HERMESplus - mai 2018

1. CONSTATS

Sur la base des chiffres de l'équipe mobile de crise d'HERMESplus. Nous pouvons constater que le groupe principal qui fait appel à cette activité est constitué de membres de la famille ou de personnes de l'entourage immédiat de la personne.

Ce qui caractérise le groupe de personnes visitées (N=800) c'est que 75% de ces personnes ont un médecin généraliste et/ou un psychiatre, que 60% sont connues dans les soins psychiatriques résidentiels, où pour la moitié des personnes la dernière admission à l'hôpital a eu lieu dans les 6 derniers mois.

TABLEAU 1

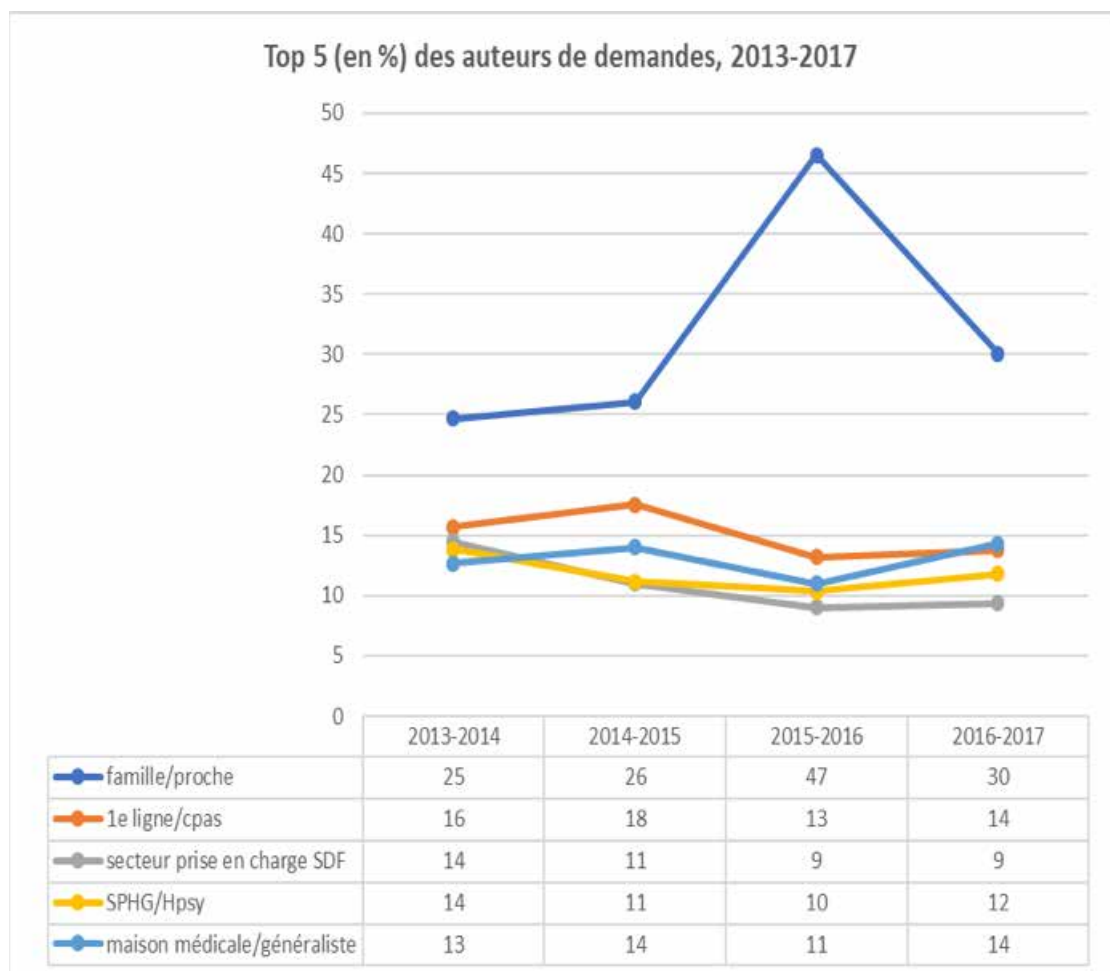


TABLEAU 2

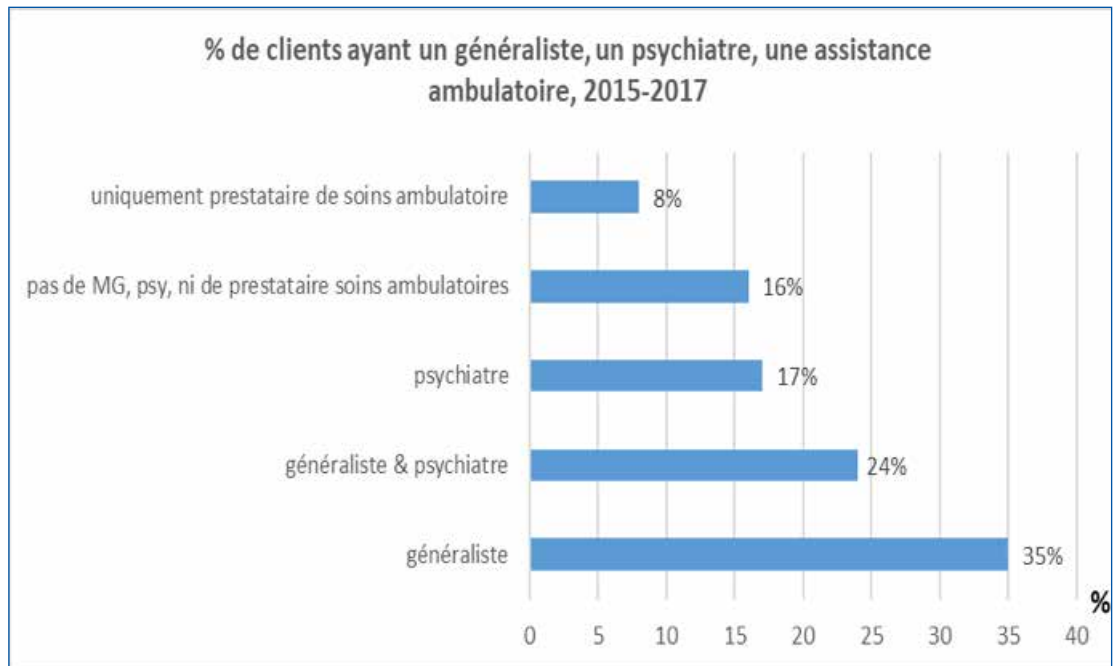
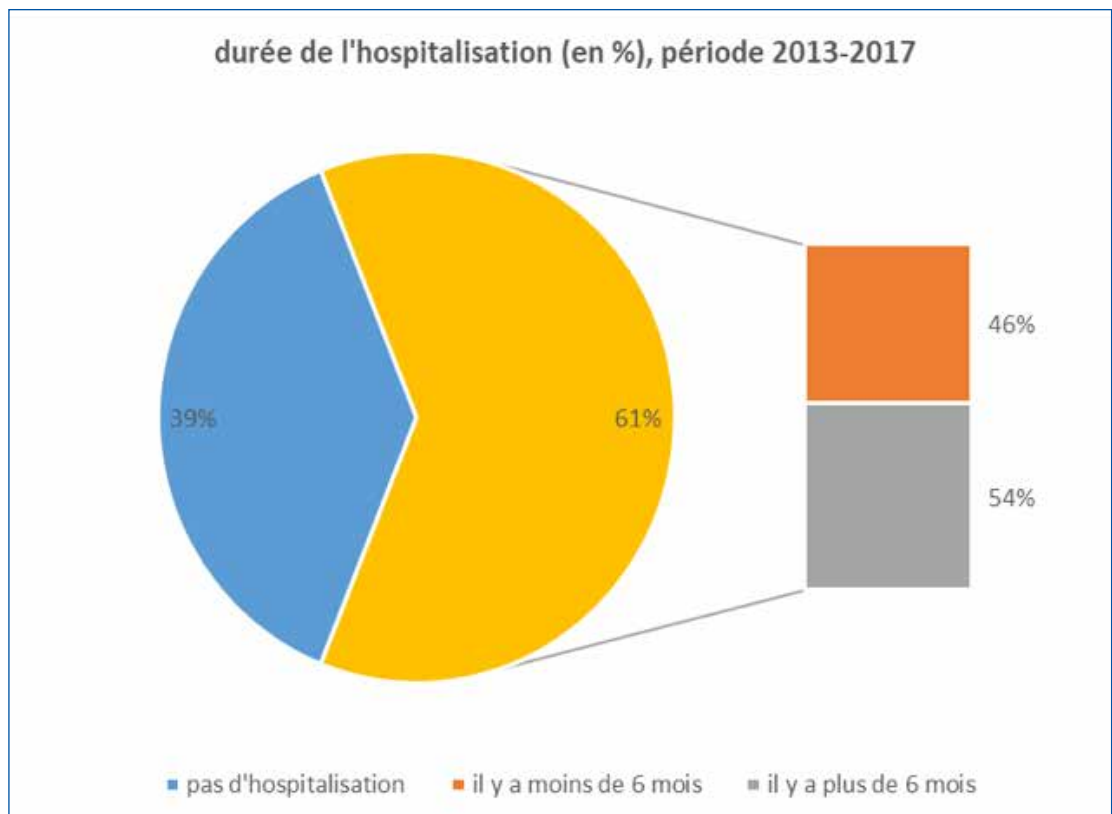


TABLEAU 3



2. CONCLUSION

Pour HERMESplus, cela signifie que - outre les aspects possibles liés au patient - ce sont essentiellement les soins ambulatoires de longue durée y afférents qui ne sont pas suffisamment organisés.

Plusieurs facteurs interviennent. La capacité du service qui prend en charge la suite des soins, la complexité de la problématique, le manque d'expérience et de méthode, la communication mutuelle, la sous-estimation des domaines qui posent problème, une vision limitée du processus de réhabilitation et l'intégration dans le tissu social,...

3. CARACTÉRISTIQUES DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Les soins ambulatoires de longue durée à vocation communautaire offrent le plus possible d'aide et de soins, dans et avec l'entourage direct de la personne.

L'aide et le soutien sont apportés en utilisant les possibilités disponibles dans le quartier. Une bonne connaissance de la carte sociale et une interaction régulière avec ces acteurs sont des outils importants. On préconise une aide basée sur l'offre existante dans le quartier et son environnement. Les soins doivent être réalisés au niveau local.

On recommande une collaboration intense au niveau local avec les services de ligne 0 et de première ligne.

Les soins de longue durée proposés en ambulatoire visent plusieurs critères de qualité. Ceux-ci sont nécessaires pour que les soins soient efficaces.

Ces éléments doivent contribuer au bien-être général de la personne et se concentrer sur les différents domaines de vie de la personne.

On distingue les caractéristiques suivantes :

- Plusieurs prestataires de soins multidisciplinaires sont impliqués étant donné les problèmes pouvant apparaître dans les différents domaines de vie
- Soins partagés coordonnés
- Pro-activité
- Le plus longtemps possible sans limite de temps imposée
- Pouvoir gérer suffisamment les situations de crise
- La personne exerce une influence sur les soins
- Système de suivi partagé cohérent
- Un afflux fluide est organisé (pas de listes d'attente, pas d'admission de longue durée,...)
- Mobile et ambulatoire ne veut pas dire rendre le patient immobile
- Être attentif au décrochage

En ce qui concerne l'offre spécialisée complémentaire, il est recommandé et nécessaire que les personnes continuent à se déplacer pour une offre plus spécialisée qui ne leur est pas proposée dans leur environnement immédiat.

La liberté de choix est garantie.

Ces points de départ constituent également les arguments en faveur des choix futurs de politique pour la fonction 2, la décentralisation des soins, l'amélioration de la mobilité, le focus sur la réhabilitation et les processus d'inclusion (emploi, activation et travail bénévole, travail de quartier)

4. DÉCENTRALISER LES SOINS DE LONGUE DURÉE

4.1 Besoins

Les besoins sont inégalement répartis en Région de Bruxelles-Capitale. Tant le nombre d'habitants par quartier ou commune que le statut socioéconomique diffèrent fortement entre les communes et les quartiers. La façon dont les habitants estiment leur état de santé est assez illustrative (voir tableau).

En outre, il faut tenir compte de grandes différences culturelles entre les différents quartiers pour arriver à des soins et à des propositions et des interventions acceptées.

C'est un véritable défi de tenir compte de ces éléments pour les soins à vocation communautaire en fonction de la situation locale spécifique, et d'harmoniser la forme de travail en fonction.

La façon dont l'offre locale de soins de longue durée en tient compte dépendra donc des différences d'un territoire de fonctionnement à l'autre.

C'est également un argument pour affiner suffisamment l'offre de soins mobiles.

TABLEAU 4 - Nombre d'habitants âgés de 18 à 65 ans par quartier

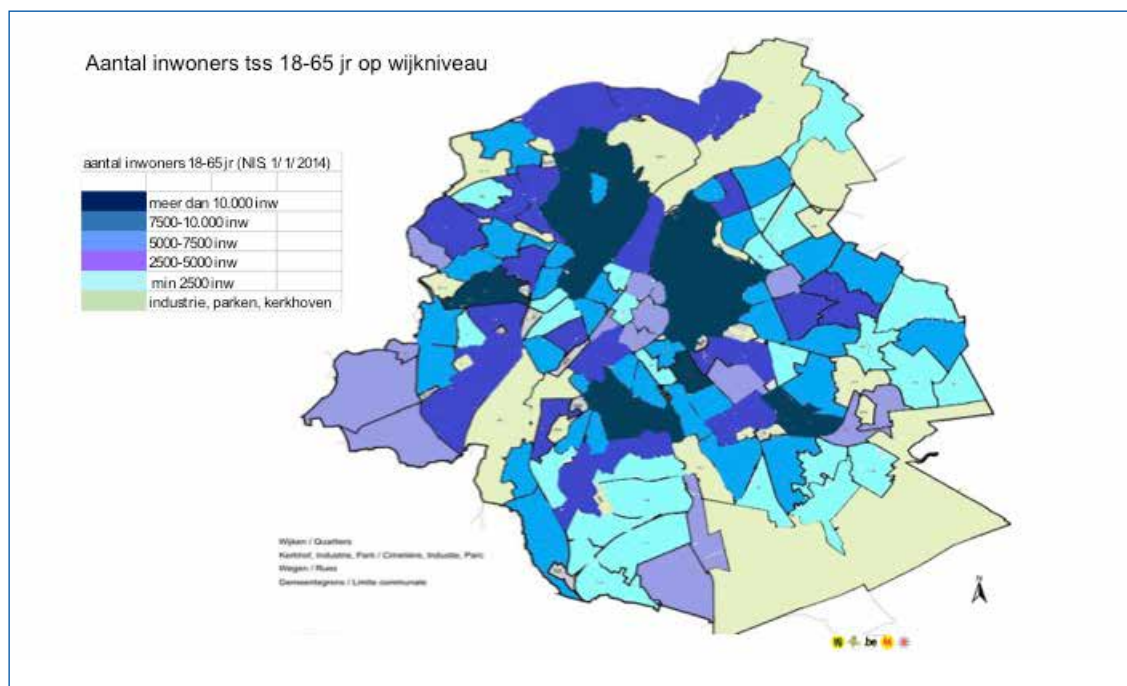
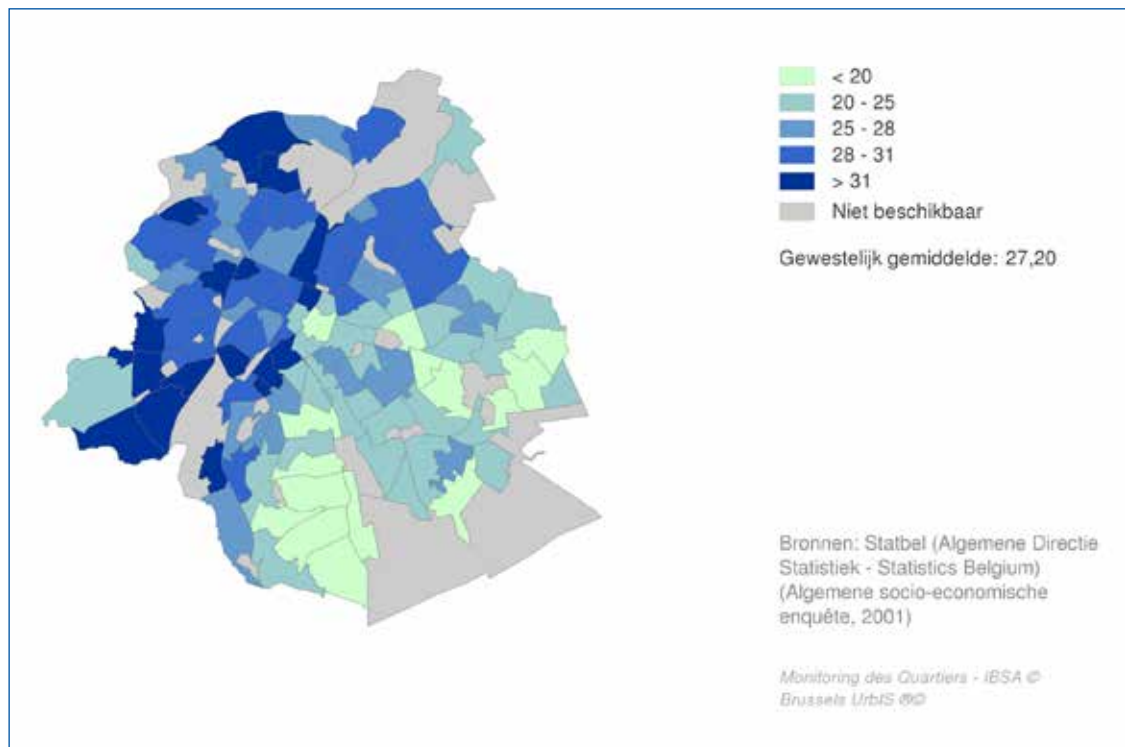


TABLEAU 5 - Part de la population qui déclare ne pas être en bonne santé 2001 (%)

4.2 L'amélioration de la mobilité

La mobilité dans les soins est une caractéristique importante dans la relation de soin avec des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères (TPS) et qui vivent à domicile. D'autre part, il faut les mettre en place de manière sélective pour les personnes pour qui ils sont nécessaires et donc recommandés. Dans le même temps, nous devons veiller à ce que cela ne conduise pas à immobiliser la personne.

Pour maintenir l'efficacité de ces soins mobiles - il est recommandé d'arriver à un modèle de travail où le temps de trajet des prestataires de soins mobiles reste limité. Le rayon d'action des soins mobiles est limité et plutôt réduit.

Cette proposition n'a pas seulement pour ambition d'engager de nouveaux soignants mobiles subsidiés, mais également de rendre plus mobiles d'autres soignants ou organisations de prestation de soins. L'actuelle dynamique autour des "équipes mobiles" peut dès lors être utilisée pour rendre d'autres soignants plus mobiles eux aussi.

4.3 Focus sur la réhabilitation et les processus d'inclusion

Il est impossible et inutile d'établir des limites fermes pour une offre de soins en ville.

Nous cherchons une taille exploitable en ce qui concerne le nombre d'habitants, la complexité de la population locale et la superficie réelle du territoire de fonctionnement. Ces éléments ont une influence directe tant sur la connaissance de la carte sociale, que sur la collaboration locale et les contacts avec d'autres acteurs, mais aussi sur la limitation des temps de trajet. Ces éléments déterminent aussi la faisabilité d'un modèle de soin à vocation communautaire.

La collaboration est facilitée par des relations personnelles qui existent entre les personnes actives dans les différentes organisations. Ces contacts doivent se faire entre secteurs et avoir une connexion avec les instances communales si elles veulent prendre part à l'intégration et à la participation. Dans un concept de développement de quartier, il faut soutenir et faciliter ces contacts.

Il faut être attentif à la mise en place de systèmes de soutien qui se focalisent sur le travail, le logement et le contact.

Les soins psychiatriques ne peuvent pas y parvenir - en se basant uniquement sur les moyens propres et les possibilités disponibles.

5. CONCRÉTISATION

5.1 L'offre existante

Il y a actuellement plusieurs acteurs qui proposent des soins de longue durée.

Les centres pour Soins de santé mentale

Parallèlement à plusieurs initiatives privées, il existe aussi les initiatives subventionnées et agréées par le SPF et le Bico. Cette activité fait aussi partie de la mission des centres flamands agréés, mais aussi des centres agréés par la CoCoF et le Bico pour les soins de santé mentale.

Cette offre est toutefois peu développée et trop peu disponible dans l'ensemble du territoire de fonctionnement du réseau. HERMESplus entend militer pour que des moyens supplémentaires soient mis en œuvre de façon à corriger une situation ayant historiquement mal évolué.

Les médecins regroupés ou non dans une maison médicale

On néglige souvent un aspect important dans l'organisation des soins psychiatriques : les médecins généralistes sont largement impliqués implicitement ou explicitement dans les soins aux personnes souffrant de troubles mentaux graves. Parmi les patients suivis par les médecins généralistes, une part importante n'est plus en contact ou très partiellement avec des personnes recevant des soins psychiatriques. (cfr tableau 1). Ces personnes ont souvent coupé les ponts avec les soins institutionnels, sans pour autant éviter totalement les soins.

Ce constat avait également été fait dans le Projet thérapeutique HERMES, où durant la première année 96% des utilisateurs n'avaient plus eu aucun contact avec un psychiatre, mais étaient pourtant inscrits par la première ligne, avaient reçu un diagnostic psychiatrique, et avaient eu des contacts de longue durée avec la psychiatrie résidentielle. Ces contacts avaient pourtant été interrompus.

Engager du personnel supplémentaire pour les soins de longue durée à vocation communautaire en élargissant l'aide actuelle permet de corriger partiellement la situation actuelle.

6. ÉQUIPES MOBILES

6.1 Points de départ de la Conférence interministérielle

Dans la note portant sur la délimitation des territoires de fonctionnement SSM, plusieurs éléments importants sont cités pour la recherche de la taille critique d'un territoire de fonctionnement, entre autres (p. 6-7 de la note approuvée par la CIM) :

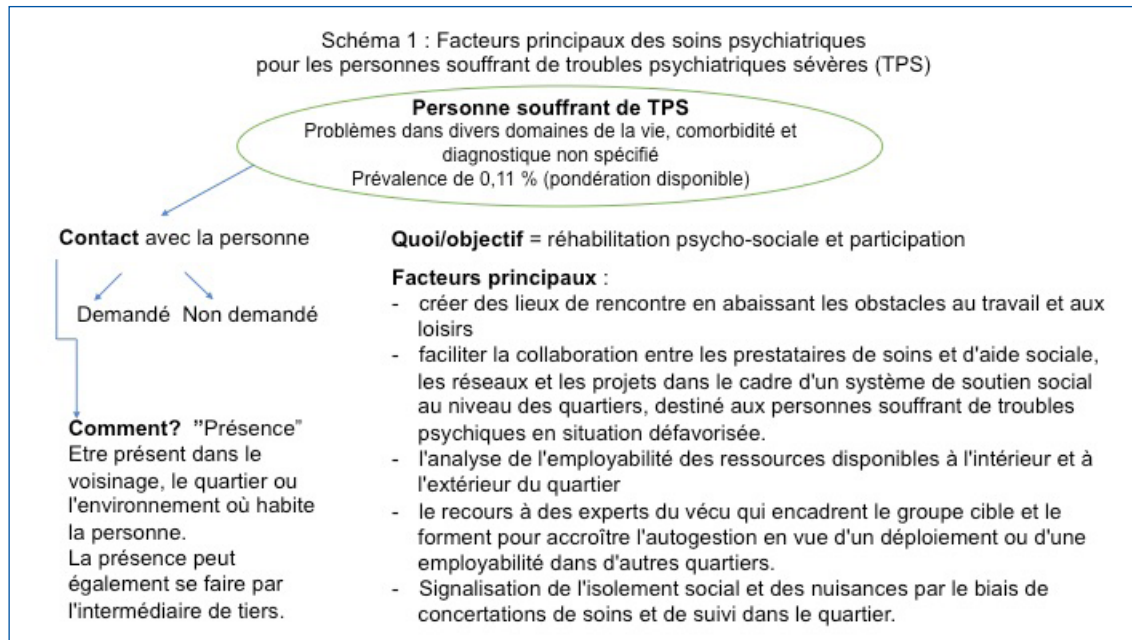
- Il faut tenir compte des liens socioculturels de la population dans une certaine zone, à l'égard des prestataires de soins dans cette zone ;
- Le niveau socioéconomique est pertinent pour identifier les zones comportant une plus forte concentration de personnes défavorisées, où l'on constate une plus forte concentration de personnes marginales ayant un risque élevé de troubles psychiatriques sévères TPS (pondération 0,11% prévalence TPS) ;
- Dans la délimitation, il faut tenir compte du temps de déplacement, et ce, tant pour le patient que pour les prestataires de soins. Le schéma conceptuel du territoire de fonctionnement du groupe de discussion Psytoyens développé dans le cadre de Fusion Liège est une méthode intéressante (voir annexe 1 de la note).
- Ce schéma conceptuel établit directement le lien vers les sources d'aide, qu'elles soient ou non présentes ou disponibles dans l'environnement de la personne souffrant de TPS pour réaliser la description de mission d'une fonction 2B (voir ci-après).

6.2 Ces éléments sont combinés avec :

- La description de mission d'une équipe 2B pour soins psychiatriques de longue durée où le "traitement" est orienté sur la rétablissement, la réhabilitation et le screening du réseau de personnes souffrant de TPS (= tant le réseau de soins que le réseau social), atteintes de troubles psychiatriques sévères (TPS) (voir page 1 missions d'une équipe mobile note de synthèse groupe de travail équipes mobiles). L'objectif des soins de longue durée n'est pas seulement la stabilisation, mais également la réhabilitation psychosociale ou faire participer les personnes à la société. Dans la description de mission de l'équipe 2B, on parle de bâtisseurs de ponts vers les soins tant formels qu'informels, avec un rôle de coordination au sein du réseau pour aboutir à une collaboration optimale des différents partenaires autour du client. (Idem note de synthèse p. 1).
- Ce que nous savons par les études, la littérature et les expériences pratiques c'est que les personnes souffrant de TPS ont d'énormes difficultés à fonctionner de façon indépendante dans la société. Peu de ces personnes trouvent une connexion avec des infrastructures régulières, elles ont un réseau social limité et vivent dans l'isolement et la solitude. Elles sont limitées dans leurs aptitudes sociales, provoquent parfois une surcharge en raison de leur comportement agressif et mal accepté ou par manque d'hygiène (dans leur habitat) ; parfois elles ne veulent aucun contact avec d'autres personnes ou avec les prestataires de soins. Les gens de leur quartier ou les prestataires de soins ne savent pas toujours comment les aborder, ce qui entraîne des mécanismes d'évitement et d'exclusion.
- Selon les études, ce qui fonctionne et qui est efficace à long terme chez les personnes atteintes de TPS, c'est la réhabilitation et la participation dans la société. Cela implique des contacts avec les autres habitants du quartier, les citoyens dans la société et les prestataires de soins, tant sur un plan formel qu'informel. Promouvoir la cohésion sociale, activer le soutien (in) formel, interpeller et mobiliser les sources d'aides dans le quartier, tout cela est perçu comme des facteurs actifs dans les études sur les effets. Ils sont décrits comme des "soins de santé mentale intégraux" ou "community based Mental Health Care" (Movisie - kennis en aanpak van

sociale vraagstukken, Trimbosinstituut). La « présence » dans l'environnement/quartier de la personne atteinte de TPS d'une équipe 2B est donc un facteur primordial. Le contenu de cette "présence" est apporté en collaboration/réseautage avec d'autres instances qui travaillent déjà dans le quartier. Le schéma conceptuel de Psytoyens est un bon instrument pour l'analyse des sources d'aide disponibles dans l'environnement de la personne.

En résumé, voir schéma 1 - Qu'est-ce qui est efficace dans les soins psychiatriques de personnes souffrant de TPS (source = HERMESplus)



6.3 Concrètement

Pour l'heure, les autorités évaluent la proportion de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères à 0,11% de la population.

Ce chiffre est sous-estimé, mais les effectifs théoriques affectés aux soins mobiles se basent sur ce pourcentage. L'IMC indique dès lors avoir besoin de 9 ETP, à une échelle de 150 000 habitants, pour mettre en place une équipe mobile 2B.

Pour chaque emploi à plein temps, une prise en charge de 18 personnes est prévue. Ces chiffres ne tiennent pas compte des besoins spécifiques de soins liés aux particularités d'un quartier ou d'une commune.

Une pondération en fonction de facteurs socioéconomiques caractéristiques du quartier reste nécessaire. Nous ne disposons pas des données d'étude sur les différences de gravité et de fréquence de la problématique des TMG dans les différentes communes bruxelloises.

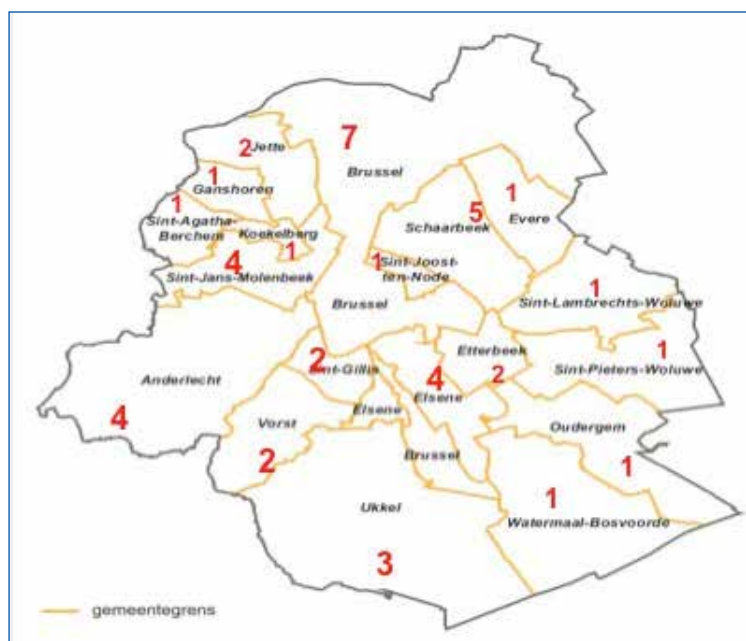
Des études scientifiques étrangères indiquent que cette différence entre des quartiers lourdement touchés et des quartiers non touchés peut varier d'un facteur 6.

Conformément aux chiffres démographiques par commune, cela donne la répartition théorique suivante

1/1/2017 (NIS)	18-64 jaar	0,11% prevalentie nota CIM	n VTE 18 à 20 caseload	Unmet need SM 6,21% (Thornicroft 2013) *
Brussel	115 020	126,52	7,0	7142,74
Schaarbeek	85 952	94,55	5,3	5337,62
Anderlecht	72 294	79,52	4,4	4489,46
Elsene	63 523	69,88	3,9	3944,78
Sint-Jans-Molenbeek	57 595	63,35	3,5	3576,65
Ukkel	50 035	55,04	3,1	3107,17
Sint-Gillis	36 031	39,63	2,2	2237,53
Vorst	35 634	39,20	2,2	2212,87
Sint-Lambrechts-Woluwe	34 909	38,40	2,1	2167,85
Etterbeek	33 526	36,88	2,0	2081,96
Jette	31 614	34,78	1,9	1963,23
Sint-Pieters-Woluwe	24 593	27,05	1,5	1527,23
Evere	24 357	26,79	1,5	1512,57
Oudergem	20 819	22,90	1,3	1292,86
Sint-Joost-ten-Node	18 308	20,14	1,1	1136,93
Sint-Agatha-Berchem	14 745	16,22	0,9	915,66
Watermaal-Bosvoorde	14 731	16,20	0,9	914,80
Ganshoren	14 502	15,95	0,9	900,57
Koekelberg	13 230	14,55	0,8	821,58
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	761 418	837,56	47	47284,06

Représentation sur une carte :

Nombre ETP équipe 2B
par commune
selon les critères IMC



7. PROPOSITION POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA FONCTION MOBILE SOINS DE LONGUE DURÉE DANS LA RÉGION

7.1 Augmenter la mobilité des services existants et mettre en place efficacement les effectifs disponibles

HERMESplus propose d'aller plus loin que la création de nouvelles équipes mobiles, et d'investir des moyens supplémentaires dans les équipes existantes en leur donnant pour mission (complémentaire) de miser davantage - ou de continuer à miser - pour que les soins déjà proposés soient plus mobiles.

Pour ce faire, on utilise directement l'expérience des équipes actuelles, les compétences présentes et les groupes professionnels existants, les contacts existants et les infrastructures actuelles de l'organisation qui y souscrit.

Disperser les personnes supplémentaires pour organiser la fonction mobile ne mène pas à un morcellement de la fonction "soins mobiles". L'expérience menée avec le projet Psychologues de Première Ligne (lien de collaboration entre CGG Brussel et la Maison pour la Santé), où 10 travailleurs issus de quatre fonctionnements locaux différents partagent une fonction à temps plein, ne conduit pas à un morcellement des moyens, à condition d'avoir une concertation mutuelle régulière, un enregistrement commun, une formation et une intervision. Ce modèle d'organisation favorise en outre dans les différents lieux participants une attention et une sensibilité pour l'activité développée, dans ce cas la collaboration avec le médecin généraliste. Dans ce cas aussi, les "organisations hôtes" ont des cultures de travail internes différentes, en fonction du quartier, et du contexte qui les différencie sans perdre la mission.

Dans la proposition d'HERMESplus, on part du principe que les organisations participantes sont garantes, avec HERMESplus, des soins mobiles de longue durée, tant en termes de qualité des soins que d'utilisation correcte des moyens.

On travaillera à partir d'un accord de collaboration entre plusieurs organisations actives sur le territoire de fonctionnement services ambulatoires (GGZ, maisons médicales, initiatives pour l'habitat protégé,...). S'en remettre à un lien de collaboration de plusieurs organisations indépendantes l'une de l'autre est une garantie supplémentaire de transparence et de contrôle mutuel de l'exécution de la mission.

La composition minimale de l'accord de collaboration local, le statut d'employeur, les engagements mutuels,... sont des concrétisations qui doivent être développées collégalement au sein du réseau.

La première phase du processus de développement sera une période expérimentale pour un nombre limité de territoires de fonctionnement.

Dans les territoires de fonctionnement expérimentaux concernés - en collaboration avec des acteurs locaux (coordinations sociales, CPAS, initiatives d'animation,...) - on investira de préférence dans le développement des quartiers.

On cherchera auprès de l'Observatoire de la Santé et du Bien-être de la Région de Bruxelles-Capitale, un soutien pour la sélection des territoires de fonctionnement expérimentaux.

7.2 Échelle

Dans cette proposition, on part des chiffres présentés par la Conférence interministérielle.

La CIM prend comme point de départ le choix de disposer de 9 équivalents temps plein (ETP) sur une échelle de 150 000 habitants pour proposer des soins de longue durée. Avec un traitement de 18 personnes par fonction à temps plein, cela représente 192 accompagnements pouvant être pris en charge sur une base annuelle.

Dans la proposition d'HERMESplus, 9 fonctions à temps plein seront mises en place dans 3 territoires de fonctionnement de +/- 50 000 habitants. 3 ETP seront mis à la disposition de l'accord local de collaboration Fonction 2B. La pondération - où les territoires de fonctionnement à faible statut socioéconomique ont droit à plus d'ETP disponibles que le nombre théorique - peut être réalisée si les territoires de fonctionnement n'ont pas tous besoin des ETP théoriquement disponibles

7.3 Plan par étapes

Ces quartiers pilotes seront choisis par phases dans le réseau HERMESplus/107 en fonction de la transférabilité d'expériences vers d'autres quartiers et la méthode d'organisation/contenu de l'offre complémentaire en soins psychiatriques 2B. Nous suivrons ensuite le plan par étapes de l'approche d'un quartier-santé, tel que défini par le concept de Ville-Santé de l'OMS

1. mettre le projet pilote intégralement en image (diagnostic de quartier/photo,...)
2. choisir des priorités et des objectifs sur la base d'une vision commune avec les habitants
3. établir un plan pour les accords de collaboration et un mix d'interventions (reconnues)
4. exécuter les interventions et/ou les mesures
5. contrôler et évaluer le processus et le résultat.