



CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL DE LIMOGES

ASSOCIATION PREVENTION REINSERTION INFORMATION EN SANTE MENTALE

RAPPORT FINAL

D'OBSERVATIONS ET DE RECOMMANDATIONS

Pratiques professionnelles, de bénévolat et aménagements architecturaux autour de l'habitat inclusif en faveur des personnes en situation de handicap psychique en Belgique-Wallonie

Sous la responsabilité de :

Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO
Chef du Pôle Universitaire d'Addictologie en Limousin - CH Esquirol

Monsieur Anibal ALMOSTER
Directeur Adjoint
Division des services financiers – CH Esquirol

Coordonnateurs Techniques :

Claire GANIVET – Cadre Socio Educatif – CH Esquirol
Olivier PINAULT – Directeur d'un SAMSAH – Association PRISM

27 Novembre 2018

Ce rapport final d'observations et de recommandations a été élaboré dans le cadre de l'appel à projet « Et nos voisins européens, comment font-ils ? ». Notre démarche a donc bénéficié d'un soutien et d'un financement de :



Il est également très important d'exprimer de vifs remerciements à l'Association SIMILES-Wallonie pour son appui et soutien à l'organisation de cette mission d'études et d'observations :



Note de synthèse.

Le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges (CHE) et l'Association Prévention Réinsertion Information en Santé Mentale (PRISM) coopèrent depuis plus de quarante ans pour favoriser l'accès et le maintien dans le logement des personnes porteuses de troubles psychiques.

Pour autant, les résultats obtenus dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique doivent être interrogés au regard des changements contextuels et comparés.

La réalisation d'une mission d'études et d'observations en Belgique-Wallonie, avec le soutien de l'ASBL SIMILES, a pour objectif de valoriser les pratiques professionnelles et de bénévolat ayant fait la preuve de leur performance en matière d'inclusion sociale, notamment par le logement. A cela s'ajoute une observation des aménagements architecturaux et environnementaux en faveur des soins et de la réinsertion.

L'institutionnalisation de la réhabilitation psychosociale intervenue à la fin des années 1980 ainsi que la réforme du système de santé mentale impulsée depuis 2010 font de la Belgique-Wallonie un territoire riche de pratiques inspirantes dans un contexte où la France est en plein virage ambulatoire et inclusif.

Ainsi, en s'appuyant sur des réseaux de santé mentale présents sur l'ensemble du territoire wallon, les initiatives d'habitations protégées, les capteurs de logement, les centres de revalidation psychosociale, les centres de rééducation fonctionnelle et les équipes mobiles 2a ou 2b ont su créer une synergie faisant, du rétablissement de la personne en situation de souffrance psychique, une préoccupation commune et partagée.

Un tel résultat devrait inspirer les équipes hexagonales tant au niveau sanitaire que médico-social. Il s'agirait d'adapter des dispositifs déjà existants tels que les Résidences accueil et les Conseils Locaux de Santé mentale, voire d'expérimenter de nouvelles fonctions en matière de captation de logement et d'intervention de crise.

1. Objectifs et contexte de la mission d'étude en Belgique-Wallonie.

1.1. Présentation du Porteur de projet et de son partenaire.

Le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges :

Le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges est un Etablissement Public de Santé Mentale. Il est constitué de six pôles et d'une fédération. Le Pôle de Territoire a une vocation départementale. Le Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, le Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte et de la Personne Agée, le Pôle Universitaire d'Addictologie en Limousin et le Pôle des Blessés de l'Encéphale Adrien Dany ont une vocation interdépartementale. Il faut également ajouter le Pôle des Usagers et la Fédération de Recherche et d'Innovation en Psychiatrie.

Comme indiqué dans son projet d'établissement 2014-2018 « Projet des parcours de soins », le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges s'est doté, et ce depuis 2009, d'une organisation en filières de soins. Sa volonté d'organiser des parcours de soins en santé mentale sans rupture et de qualité s'est notamment concrétisée par la création notamment d'un Centre Référent en Réhabilitation Psychosociale de Niveau II.

C'est pourquoi, le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges s'est impliqué dans cette mission d'études et d'observations sur l'accès et le maintien dans le logement des personnes ayant des troubles psychiques. Une telle démarche apporte d'autant plus la possibilité de renforcer l'expertise, l'ingénierie de réseau, la qualité des formations et la capacité à innover.

L'Association Prévention Réinsertion Information en Santé Mentale

Depuis 1976, le CACHE puis l'association PRISM s'engage en faveur des personnes en situation de souffrances psychiques pour qu'elles puissent retrouver leur place dans la société et la cité. Ses valeurs sont le respect, le soutien et la solidarité.

Les missions de l'association PRISM sont mises en œuvre par :

- L'Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) L'Envol ;
- Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) de Limoges, Saint-Junien et Saint- Yrieix ;
- Le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) ;
- La Résidence Accueil (RA) d'une capacité de 30 places au cœur de la cité ;
- Le Service aux patients (cafétéria et bibliothèque).

C'est pourquoi, l'Association PRISM, forte de son expérience dans l'accompagnement et l'habitat inclusif, s'est impliquée pour cette mission d'études et d'observation sur l'accès et le maintien dans le logement des personnes ayant des troubles psychiques. Une telle démarche conforte les professionnels et bénévoles dans leur volonté de faire de l'inclusion sociale de la personne en situation de handicap psychique une priorité.

Enfin, il est important de souligner l'implication de l'ARS Nouvelle Aquitaine dans cette démarche avec la participation d'un Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale à la mission d'étude.

1.2. Objectifs et enjeux pour le porteur de projet et le partenaire.

Ce projet a bénéficié d'un appui et d'un soutien important de la part de l'ASBL¹ SIMILES-Wallonie. Il s'agit d'une association de familles et d'amis de personnes atteintes de troubles psychiques, qu'elles soient diagnostiquées ou non. Elle s'appuie sur le soutien d'une équipe de professionnels. Soutenue par les pouvoirs fédéral et régional, cette association couvre l'entièreté du territoire wallon. L'expertise de SIMILES, pour promouvoir le travail avec les familles, est désormais reconnue par les autorités publiques, notamment dans le cadre de la Réforme « Psy107 ». C'est un partenaire à part entière des acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux des soins en santé mentale.

Notre mission d'étude en Belgique-Wallonie poursuit plusieurs objectifs :

- Objectif 1 : appréhender la réforme des soins en santé mentale en Belgique intervenue en avril 2009 s'appuyant sur « cinq mouvements » dont celui de l'inclusion.
- Objectif 2 : identifier, analyser et capitaliser les pratiques professionnelles et les compétences mises en œuvre afin de favoriser l'inclusion sociale et plus particulièrement dans le logement des personnes en situation de souffrance psychique et de handicap psychique.
- Objectif 3 : identifier, analyser et capitaliser les dispositifs et pratiques favorisant « l'empowerment » ou la capacité d'agir des personnes en situation de souffrance psychique et de handicap psychique.
- Objectif 4 : identifier, analyser et capitaliser les aménagements architecturaux favorisant l'inclusion dans le logement des personnes en situation de souffrance psychique et de handicap psychique.

En cherchant à atteindre ces quatre objectifs principaux, nous ambitionnons de permettre à des professionnels de la psychiatrie et de l'accompagnement médicosocial haut-viennois de s'immerger dans un environnement favorisant de manière concomitantes :

- Les soins ambulatoires,
- Les alternatives à l'hospitalisation visant à maintenir l'utilisateur au sein de la cité,
- La réadaptation et la réhabilitation,
- Les réseaux de soins et d'accompagnement,
- L'intensification des prises en charge,
- La structuration de l'offre de soins et d'accompagnement.

Ainsi, les enjeux en termes d'accompagnement, liés à l'habitat inclusif, pour les personnes en situation de souffrance psychique et de handicap psychique, ont été étudiés dans leur globalité. Ils concernaient notamment :

- Le soutien à l'autonomie,
- L'organisation des accompagnements adaptés aux besoins des personnes,
- Le soutien à la convivialité,
- Le maintien du lien social,
- L'aide à l'inclusion sociale,
- La veille et la sécurisation.

¹ ASBL : Association Sans But Lucratif

Il s'agissait dans le cadre de notre mission de s'en inspirer en vue de les transférer dans notre environnement.

1.3. Politiques de santé mentale en Belgique-Wallonie.

A l'instar des autres pays d'Europe de l'Ouest et d'une volonté commune de tourner la page de l'Asile d'aliénés, c'est dans les années 1960 que s'est développée une offre de soins orientée vers la revalidation et la réhabilitation des personnes en situation de souffrance psychique en Belgique, notamment avec les signatures de conventions entre les centres de revalidation et l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). Dans le même temps, se sont créés des Centres de Santé Mentale (CSM) proposant des soins psychiatriques dans la communauté et une aide ambulatoire. Le recours à une offre de soins intra-hospitalière, soit en hôpital psychiatrique, soit dans une section psychiatrique d'un hôpital général, n'était donc plus incontournable, marquant ainsi une première étape dans la désinstitutionalisation.

En 1975, le secteur psychiatrique ambulatoire s'est structuré réellement sur l'ensemble de la Wallonie sous la dénomination de «Centres de guidances» proposant l'appui conjoint de psychothérapeutes et d'un service social.

Les années 1980 ont marqué, quant à elles, par l'introduction d'un moratoire sur les lits d'hospitalisations complètes, l'institutionnalisation du courant de la réhabilitation psychosociale, l'émergence des associations de patients, des alternatives à l'hospitalisation sous la forme d'Initiatives d'Habitations Protégées (IHP) et de Maisons de Soins Psychiatriques (MSP). Cette deuxième étape dans la désinstitutionalisation s'est confirmée dans les décennies suivantes, tant pour des raisons de santé publique que de maîtrise des dépenses de santé.

Un décret du 3 avril 2009, adopté par le Parlement Wallon, a permis ainsi de conforter l'offre de soins ambulatoires. Les missions des services de santé mentale sont ainsi définies à l'article 3 : « *Un service de santé mentale est une structure ambulatoire qui, par une approche pluridisciplinaire, répond aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population du territoire qu'il dessert. Il remplit les missions suivantes:*

- *L'accueil de la demande relative aux difficultés psychiques ou psychologique ;*
- *L'organisation d'une réponse, selon les ressources disponibles et les particularités de la demande, en posant un diagnostic et en instaurant un traitement, selon les situations psychiatrique, psychothérapeutique ou psychosociale ;*
- *L'organisation accessoirement des activités au bénéfice d'autres professionnels en vue d'améliorer la qualité de leurs prestations, sous la forme d'information, de supervision ou de formation, et la réalisation d'expertises, liées à leurs activités de dispensation des soins.*

Le service de santé mentale agréé peut, en outre, développer une ou plusieurs initiatives spécifiques à destination d'une population déterminée ou développant une approche méthodologique particulière. Il peut aussi créer un club thérapeutique constitué d'un lieu d'accueil et d'activités ayant pour objectif de permettre à des usagers souffrant de troubles psychiatriques ou psychologiques sévères ou chroniques, de se stabiliser au fil du temps ou d'accéder aux soins»².

Le travail en réseau, la pluridisciplinarité, l'implication des usagers ont été valorisés afin de mieux harmoniser les organisations et les pratiques professionnelles.

² 3 AVRIL 2009. – Décret relatif à l'agrément des services de santé mentale et à la reconnaissance des centres de référence en santé mentale en vue de l'octroi de subventions

Cette nouvelle impulsion, en faveur d'un virage ambulatoire en psychiatrie, s'est accélérée avec la Réforme dite « Psy107 » initiée en 2010.

Cette réforme était et reste motivée pour les raisons suivantes :

- Les autorités ont d'abord fait le constat que « *moins il y a de traitements résidentiels plus les problèmes psychiques peuvent être traités avec succès* »³. Il y avait donc nécessité, pour répondre efficacement aux enjeux de santé publique en matière de santé mentale, d'accélérer la mise en place de soins psychiatriques axés sur la communauté et le domicile.
- Le second constat était que le large éventail d'offres en santé s'articulait difficilement. Il y avait donc un besoin d'harmonisation et de connaissance de l'offre de soins en santé mentale.
- Enfin, la Belgique se caractérisait par une capacité de l'offre de soins en santé mentale résidentielle (hospitalisation complète) bien plus élevée que celles des autres pays de l'Europe avec un ratio de 152 lits psychiatriques pour 100 000 habitants. Une telle situation générait des hospitalisations longues et inadéquates majorant les difficultés de réintégration des patients dans la société.

C'est pourquoi la Réforme « Psy107 » s'est fondée sur cinq principes⁴ :

- **« La désinstitutionnalisation »**
Mise en place de formules de soins ambulatoires intensifs et spécialisés en tant qu'alternatives à l'hospitalisation.
- **L'inclusion**
Réadaptation et réhabilitation dans le cadre d'une indispensable collaboration avec les secteurs de l'enseignement, de la culture, du travail, du logement social...
- **La dé-catégorisation**
Mise en place, via les circuits et les réseaux de soins, d'une collaboration avec et entre les soins aux personnes âgées, les services de santé mentale, le secteur des personnes handicapées et la justice.
- **L'intensification**
Intensification des soins au sein des hôpitaux
- **La consolidation**
Régularisation des différents projets pilotes, tant aux niveaux fédéral, que communautaire et régional, dans le concept de globalisation des soins en santé mentale ».

La mise en application de ces fondements s'est traduite concrètement par :

- La réallocation de moyens des hôpitaux de l'intramuros vers l'extramuros ;
- La création d'équipes ambulatoires ;
- L'instauration d'équipes de réhabilitation ;
- Le développement d'unités de soins psychiatriques intensifs à temps complet ;
- L'implantation de réseaux en santé mentale ;
- L'implication des usagers, des familles et de leurs représentants dans les dynamiques institutionnelles.

³ Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins, Wallonie, p. 6

⁴ Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins, Wallonie, p. 8

Cette approche globale et intégrée est désormais portée, sur l'ensemble des territoires de la Wallonie, par des réseaux auxquels participe l'ensemble des acteurs de la santé mentale. Chaque réseau est piloté par un coordinateur de réseau, chargé de mobiliser les ressources locales, avec pour finalité, la structuration et la mise en œuvre concrète de ce nouveau modèle basé sur cinq fonctions :

- La première fonction concerne les activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, de détection précoce et de la pose d'un diagnostic ;
- La deuxième fonction cible les équipes ambulatoires de traitement intensif ;
- La troisième fonction vise les équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale ;
- La quatrième fonction couvre les unités intensives de traitement résidentiel ;
- La cinquième fonction se centre sur les formules résidentielles spécifiques lorsque le maintien à domicile ou en milieu substitutif n'est plus possible.

Chacune de ces fonctions est déployée via un groupe de travail associant les référents de soins mandatés par les divers partenaires. Cette démarche se veut participative et la méthodologie utilisée permet d'établir « *des procédures de formalisation, de planification et de coordination des interventions liées aux soins, à la réhabilitation psychosociale, à l'insertion des patients...* »⁵.

Le financement de la Réforme « Psy107 », et plus particulièrement des réseaux de santé mentale, s'opère sur la base des possibilités offertes par l'article 107 de l'Arrêté royal portant coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins du 10 juillet 2008. Il consiste notamment à « *geler des lits* »⁶ afin d'utiliser les moyens humains et financiers pour les intégrer dans le champ de la santé mentale. Concrètement, pour organiser les soins dans la communauté, cela s'est traduit par le financement :

- De nouvelles équipes mobiles ;
- De la fonction de coordinateur de réseau ;
- De la fonction de médecins psychiatres⁷.

La réforme Psy107 a « *indéniablement modifié le paysage. D'une vision auparavant centrée sur l'institution, celle-ci se transforme pour se concentrer sur la personne et ses besoins quelque soit sa problématique (complexe ou légère). En termes d'accompagnement, cela se traduit par des actions focalisées avec et sur la personne, en employant ses compétences à l'aide de professionnels si nécessaire. C'est pourquoi, sortir de l'hôpital consiste en une organisation dans l'espace communautaire qui doit absolument permettre l'inclusion. Il s'agit ici de déployer un système mobile qui se déplace vers la personne et détermine avec elle sa trajectoire pour répondre aux besoins et éviter les hospitalisations longues. Il s'agit bien là, non pas de fermer des hôpitaux mais d'augmenter la qualité des soins* »⁸.

Au regard de ces éléments, l'organisation de l'accompagnement des personnes en situation de souffrance psychique, voire de handicap psychique, en Wallonie s'organise de la manière suivante :

- Les réseaux de prise en charge et d'accompagnement, qui existaient avant la réforme, se voient renforcés tant dans les dimensions de formalisation des pratiques que dans la coordination des interventions ;

⁵ Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins, Wallonie, p. 14

⁶ Entretien avec Monsieur Bernard Jacob, Coordinateur fédéral de la réforme des soins en santé mentale en Belgique

⁷ Les médecins psychiatres dans les hôpitaux sont rémunérés selon les actes réalisés. Dans le cadre de gel de lits, une compensation financière a été mise en place pour maintenir leur niveau de rémunération.

⁸ Entretien avec Monsieur Bernard Jacob, Coordinateur fédéral de la réforme des soins en santé mentale en Belgique.

- Les prises en charge centrées sur des logiques de parcours individuel accentuent la coopération entre les acteurs de terrain du secteur psychiatrique, du secteur social et médico-social, du secteur des professionnels de santé de ville, les aidants familiaux, etc.

Aussi, pour appréhender ce qui est fait en faveur des personnes en situation de souffrance psychique, pour leur maintien ou inclusion dans le milieu ordinaire de vie, sur le territoire Wallon, a consisté à étudier simultanément la place prise par : - les Initiatives d'Habitations Protégées, - les Capteurs de logement, - les Centres de Revalidation Psychosociale, - les Centres de Rééducation Fonctionnelle et, - les Equipes mobiles.

2. Dispositifs étudiés en Belgique-Wallonie.

2.1. Les Initiatives d'Habitations Protégées (Les IHP)⁹ :

Notre analyse s'est portée sur les IHP du Club André Baillon, de l'ASBL ISOSL et du SIAJEF situées à Liège.

- Objectifs et publics visés

Les IHP sont des lieux d'hébergement et d'accompagnement pour des personnes adultes rencontrant des problèmes psychiatriques chroniques stabilisés. Ces personnes « ... doivent être aidées dans leur milieu de vie et de logement pour l'acquisition d'aptitudes sociales et pour lesquelles des activités de jours adaptées doivent être organisées »¹⁰.

Les objectifs visés sont les suivants :

- Procurer un logement stable où la qualité de vie permet un état de bien être aux personnes au vue de leur intégration sociale,
 - Travailler le développement des capacités d'autonomie,
 - Favoriser l'insertion des résidents dans la communauté,
 - Faciliter le retour dans un logement autonome en milieu ordinaire,
 - Construire un réseau d'accompagnement et de soutien autour de la personne en dehors de l'IHP (identification des personnes ressources en capacité d'établir une relation de confiance durable).
- Modalités de mise en place et de fonctionnement

Les IHP sont des espaces transitionnels structurants pour amener progressivement les personnes à (re)développer leur autonomie et (re)trouver un rythme de vie ordinaire. Les lieux de vie sont insérés dans la communauté afin de favoriser les possibilités de contacts et d'insertions pour les résidents. Ce sont des maisons d'habitation ordinaires sur lesquelles aucune inscription spécifique ne figure. Les personnes vivent en colocation dans le cadre d'une semi-collectivité. Elles participent à des réunions et à des activités collectives. Le reste du temps est consacré à des activités individuelles pratiquées en autonomie et au sein de la cité.

⁹Les IHP dépendent de l'autorité régionale wallonne. La Belgique en effet est divisée en trois communautés linguistiques (française, flamande et germanophone) et trois régions dont la région wallonne (de langue française et germanophone).

¹⁰ L'Arrêté Royal du 10 Juillet 1990 définit les normes des IHP comme suit : *On entend par initiative d'habitation protégée l'hébergement et l'accompagnement des personnes qui ne nécessitent pas un traitement en continu en hôpital et qui, pour des raisons psychiatriques, doivent être aidées dans leur milieu de vie et de logement pour l'acquisition d'aptitudes sociales et pour lesquelles des activités de jour adaptées doivent être organisées. Le séjour dans une initiative d'habitation protégée n'est justifié qu'aussi longtemps que la personne concernée ne peut être totalement intégrée dans la vie sociale ».*

Les IHP sont constitués en ASBL et sont administrées conjointement par des représentants du secteur hospitalier (hôpital psychiatrique, service psychiatrique d'un hôpital général) et du secteur ambulatoire d'un centre de santé mentale. A titre d'exemple l'ASBL ISOSL gère 77 places réparties dans 10 maisons collectives et 4 habitations individuelles dont la durée moyenne de séjour est de 24 mois.

Pour une prise en charge globale, les équipes sont pluridisciplinaires : assistants sociaux, éducateurs, ergothérapeutes, psychologues, médecins psychiatres. La continuité des accompagnements est un facteur déterminant pour éviter les hospitalisations.

Les professionnels rencontrés se présentent comme des intervenants en IHP et remplissent tous, quelque soit leur formation initiale, les mêmes missions auprès des résidents.

En complément, les intervenants ont l'habitude de recourir à des professionnels extérieurs vers lesquels ils orientent les résidents en fonction des besoins qu'ils ont exprimés ou identifiés par l'équipe. Ce fonctionnement permet d'initier l'établissement d'un réseau qui pourra perdurer auprès de l'usager après sa sortie de l'IHP. Le réseau comprend notamment des acteurs de proximité du sanitaire et du social.

La procédure d'admission peut varier d'une IHP à l'autre mais comporte le plus souvent les étapes suivantes :

- Dépôt d'un dossier d'admission suivi d'un temps d'évaluation par l'équipe de l'IHP,
- Période d'essai et d'évaluation en immersion,
- Confirmation de l'accueil par les deux parties : l'IHP accepte de recevoir la personne et la personne réaffirme sa demande, son choix d'intégrer l'IHP et d'en respecter le fonctionnement (logique de responsabilisation).

Parmi les obligations des résidents, figure l'obligation d'avoir un suivi psychiatrique et d'une bonne observance thérapeutique, afin de favoriser la stabilité psychique et l'engagement dans les activités.

Les intervenants soutiennent chaque résident dans la construction d'un projet individualisé qui fixe les bases de l'accompagnement au sein de l'IHP. Les intervenants bénéficient d'une grande autonomie de travail qui leur permet de s'adapter au mieux aux besoins des personnes.

La sécurisation de la vie en IHP s'opère à différents niveaux :

- Le soutien entre pairs,
- La présence des professionnels,
- Une permanence téléphonique la nuit et les weekends, assurée par les professionnels de l'IHP.

Les IHP trouvent leurs ressources dans la participation financière des résidents. Un prix de journée est également fixé par le Ministre des Affaires Sociales, facturé trimestriellement aux mutualités¹¹. Ce

¹¹ <https://www.mc.be/que-faire-en-cas-de/situation/arrivee-belgique/securite-sociale/fonctionnement> : « Le principal rôle des mutualités en Belgique est d'assurer un remboursement partiel des frais médicaux et de santé, et de donner un complément financier en cas d'incapacité de travail. Cela s'appelle l'assurance obligatoire ou Assurance soins de santé et indemnités (ASSI). Elle est régie par la loi et est identique pour toutes les mutualités. Les mutualités proposent également une assurance complémentaire et offrent ainsi divers avantages et services en plus de ceux prévus par l'assurance obligatoire. Cette assurance complémentaire varie d'une mutualité à l'autre ».

prix de journée couvre les rémunérations du médecin (poste obligatoire), tel défini par la législation, et des autres membres de l'équipe. Le ratio des intervenants est de 1 pour 8 usagers.

La contribution financière des résidents intègre une épargne à hauteur maximale de 30€ par mois. Elle sert à financer le dépôt de garantie à la sortie de l'IHP afin que cet aspect ne soit pas un frein au projet d'inclusion par le logement.

- Evaluation de l'impact pour les usagers et le système

Le principe même des IHP est d'être avant tout un lieu de vie au sein de la communauté. L'IHP est un lieu d'accueil qui privilégie le rétablissement des personnes. Les accompagnements spécifiques favorisent le développement des habiletés psycho-sociales. Les professionnels font tous référence au même cadre d'interventions, aux mêmes outils et activités proposés à l'usager. Ce dernier, au cœur de la prise en charge, (ré) apprend à vivre dans le tissu social ordinaire. Cet accueil, conditionné dans le temps, exige la mise en relation, un travail effectif, au sein d'un réseau formalisé. C'est pourquoi, les IHP sont très impliquées dans les réseaux de santé mentale tels définis dans le cadre de la réforme « PSY107 ». Pour autant, cette coopération entre les acteurs de proximité est antérieure à la réforme comme nous l'ont expliqué les professionnels et Monsieur Bernard Jacob, Coordinateur fédéral de la réforme des soins en santé mentale en Belgique.

C'est pourquoi Les IHP, dans ce paysage en transformation, ont toute leur place pour favoriser l'inclusion des personnes en situation de souffrance psychique. Le gel des lits, voire leur diminution, exige des solutions d'aval permettant de limiter le recours aux hospitalisations longues et/ou inadéquates. Autrement dit, sans les IHP, le risque d'embolisation des lits hospitaliers serait encore élevé.

Un des intérêts majeurs des IHP est de permettre l'inclusion des personnes dans la cité par l'accès au logement facilité par des démarches simplifiées par rapport au milieu ordinaire, des prix accessibles ainsi que la non-stigmatisation du handicap psychique.

Par ailleurs, l'arrivée en IHP repose, avant toute chose, sur l'autodétermination de la personne dans sa capacité à intégrer ce logement et à s'inscrire dans le fonctionnement. La posture d'accompagnement des équipes d'IHP favorise leur autonomie et leur prise de responsabilités. Le travail effectué auprès de l'usager, sa place en tant qu'acteur de son projet, lui permettent de construire/retrouver une confiance en soi et mettre en œuvre le développement de ses compétences. A terme, c'est le rétablissement personnel qui est visé avec la construction d'une identité différente que celle d'un malade ou d'un handicapé.

En ce qui concerne le système de santé, l'accueil des personnes en IHP permet une prise en charge avec un coût nettement plus faible que lorsque l'on a recourt à des hospitalisations longues, de par les moyens moins importants et l'appui apporté par le réseau. Ce type d'accompagnement limite aussi le recours aux hospitalisations d'urgence en raison du travail de prévention et d'anticipation réalisé par les professionnels.

- Intérêts et limites

Les IHP présentent deux intérêts majeurs :

- ⇒ Elles réunissent toutes les fonctions incontournables de l'habitat inclusif :
 - Soutien à l'autonomie de la personne,
 - Veille et sécurisation de la vie à domicile,
 - Aide à l'inclusion sociale des personnes en situation de fragilité psychologique,

- Soutien à la convivialité.

Il est important de souligner que les acteurs des IHP investiguées sont particulièrement soucieux de ne pas privilégier une fonction plutôt qu'une autre. Par exemple, la sécurisation ne prime pas sur la convivialité. Ils accordent aussi beaucoup d'importance à ce que la finalité inclusive se traduise dans l'architecture des lieux. En effet, les IHP sont conçues comme des maisons ordinaires qui se fondent totalement dans leur environnement : aucun signe ne marque l'appartenance à tel ou tel organisme gestionnaire ni n'apparaît à l'entrée du lieu de vie. Toutefois, cela n'empêche pas une grande visibilité auprès des partenaires.

Dans les limites identifiées, celle d'une durée de séjour communément admise par les équipes d'accompagnement, bien que cela n'apparaisse pas dans les textes réglementaires, opère de fait, une forme de sélection à l'admission de l'usager. Dans les faits, les IHP accueillent peu de personnes en situation de souffrance psychique dont la capacité à habiter est altérée significativement à moyen terme (4 – 5 ans).

Il est toutefois à noter que les IHP n'accueillent pas de personne en situation de handicap psychique associé à un handicap moteur sévère. En effet, celles visitées présentaient souvent une problématique d'accessibilité.

- Facilitateurs et obstacles

Ce dispositif fait référence, comme tous ceux présentés en suivant, à la réhabilitation psychosociale et au rétablissement de la personne en situation de souffrance psychique. Il est ici travaillé, de manière précise et coordonnée, le « savoir habiter » à travers une mise en situation quotidienne d'habiletés.

Le système de fonctionnement performant des IHP et la culture du travail en réseau donnent une bonne visibilité de ces structures dans le maillage médico-social de la ville de Liège. Dans la même logique, les professionnels de l'IHP connaissent et maîtrisent le réseau, tout cela privilégiant une grande fluidité dans le parcours des personnes.

Pour autant, ces dispositifs aujourd'hui sont insuffisamment dimensionnés pour répondre à une demande exponentielle, ce qui a favorisé l'ouverture « des maisons pirates »¹².

2.2. Les capteurs de logement.

La fonction « capteur de logement » a été mise en place à l'issue de la réforme de santé mentale Psy107.

Nos observations ici, reposent sur nos rencontres avec deux capteurs de logement :

- Le capteur de logement de Namur,
- Le capteur de logement de Liège.

- Objectifs et publics visés :

« L'objectif des capteurs de logement vise à favoriser l'accès au logement pour des personnes vivant avec un trouble de santé mentale et/ou en situation de précarité. Il se réalise notamment par le

¹² Les maisons pirates sont des structures d'hébergement qui échappent au cadre légal et qui comblent un vide laissé par les services sociaux, les hôpitaux, les CPAS, les administrateurs de biens où même la justice.

développement de garanties pour le bailleur (diverses options de garantie financière et accompagnement psychosocial des personnes en logement).

L'accès à un logement en milieu de vie ordinaire (notamment issu du parc immobilier privé) est souvent rendu difficile pour les personnes en situation de souffrance psychiques. Ce, en raison de leurs faibles revenus, du montant élevé des loyers et des charges mais également de la stigmatisation liée à leurs problématiques ou à leurs modes de ressources financières (revenus d'intégration sociale (RIS)¹³ du Centre Public d'Action Sociale (CPAS)¹⁴, allocations pour personne handicapée, statut d'invalidité,).

- Modalités de mise en place et de fonctionnement

Les « capteur de logement » accomplissent les missions suivantes :

- Assurer la prospection de biens issus du parc immobilier privé,
- Tenir un rôle d'intermédiaire et de médiateur avec les propriétaires,
- Aborder ouvertement avec ceux-ci les enjeux financiers liés à la location,
- Proposer aux propriétaires des « options de garanties » (gestion du paiement de loyer, accompagnement à domicile et/ou gestion du bien),
- Si nécessaire, informer et déstigmatiser,
- Inciter les propriétaires à entrer dans une « démarche de solidarité à risque limité »,
- Aboutir à la captation de biens issus du parc immobilier privé.

La fonction « capteur de logement » est dite commerciale avec pour objectif une démarche d'inclusion sociale. Son activité s'organise nécessairement autour d'un projet partenarial avec des acteurs du sanitaire et du social, spécialisés dans le domaine de la santé mentale (réseau santé¹⁵, Housing First¹⁶, ...) et, également des professionnels de l'immobilier¹⁷.

Le financement « capteur de logement » est pris en charge par les autorités fédérales.

- Evaluation de l'impact pour les usagers et le système

La fonction de capteur de logement représente une véritable ouverture en termes de compétences. Si classiquement, les intervenants, au bénéfice des usagers de la psychiatrie, sont rattachés au médical, au soignant et au travail social, le capteur de logement a un tout autre profil. Il doit présenter des compétences et une expérience en droit et dans le secteur immobilier : « après mon

¹³ Le Revenu d'Intégration Sociale (RIS) est le revenu minimum accordé par le CPAS sous certaines conditions aux personnes qui ne disposent pas de ressource suffisante et ne peuvent se les procurer.

¹⁴ Les Centres Publics d'Actions Sociale (CPAS) sont des services publics. Ils ont pour mission de garantir à tous des conditions de vie conformes à la dignité humaine. A cette fin, ils proposent un éventail d'aides sociales - dont le revenu d'intégration sociale - auxquelles les citoyens défavorisés de la Commune peuvent faire appel sous certaines conditions. Ces demandes d'aide sont examinées par un travailleur social, puis sont approuvées ou non par le Conseil de l'Action sociale du CPAS.

¹⁵ Le réseau santé est un espace de concertations dans lequel professionnels, usagers et proches développent des outils, projets, initiatives et procédures vers de meilleurs soins en santé mentale. Le réseau rassemble des acteurs issus de secteurs différents qui, tous, de manière directe ou indirecte, participent au rétablissement de personnes vivant avec un trouble de santé mentale (soins ambulatoires, secteur social, réhabilitation, réinsertion socioprofessionnelle, formation, activités thérapeutiques de jours, soins hospitaliers, logement, hébergement,...).

¹⁶ Housing First positionne le logement comme un droit fondamental en proposant un accès immédiat au logement, depuis la rue, sans étapes intermédiaires et sans autres conditions que celles auxquelles est soumis un locataire classique. Il s'adresse à un public fragilisé par une chronicité du sans-abrisme et des problématiques de santé mentale et d'assuétude. Un accompagnement adapté, intensif est mis en place par une équipe pluridisciplinaire pour favoriser le maintien dans le logement et le rétablissement.

¹⁷ Extrait tiré du site des capteurs de logement : <http://capteurlogement.be/namur/>

diplôme de marketing, j'ai travaillé pendant deux ans dans une agence classique comme agent immobilier »¹⁸ ou « *J'ai une expérience en immobilier. C'est vraiment pour ça que j'ai été engagé.* »¹⁹.

La mise en œuvre de ces nouvelles compétences, dans le parcours des personnes en situation de souffrance psychique, s'accompagne d'une démarche de travail en réseau très marquée : « *On a une convention avec nos partenaires.* »²⁰. Le capteur de logement est connu, reconnu et utilisé par les services hospitaliers, les ASBL, etc. Cette connaissance réciproque est incontournable pour que le capteur de logement puisse mener à bien son intervention. En effet, le capteur de logement n'intervient que si le service orientateur s'engage à poursuivre l'accompagnement lors de l'accès à un logement : « *c'est une des conditions sine qua non pour travailler avec le service capteur logement.* »²¹ ou « *Cet accompagnement, c'est une des garanties que je propose aux propriétaires.* »²². De plus, en cas de survenu d'un problème financier ou administratif, le capteur de logement reste le référent pour le bailleur. Ainsi, le capteur de logement assure à la fois un rôle pivot et un rôle de médiateur facilitant incontestablement l'accès et le maintien dans le logement des personnes en situation de souffrance psychique.

Autre aspect très important, le recours au service du capteur de logement offre également une garantie non négligeable à l'utilisateur, celle d'éviter de se retourner par défaut vers des logements privés, très onéreux, à la limite de la salubrité : « *Mon but est d'avoir le rendez-vous pour arriver en logement et déjà, pour que moi je puisse voir le logement et voir s'il est correct et salubre.* »²³. A cela également, s'ajoute la prise en compte d'aspects particuliers en matière d'aménagements architecturaux. A titre d'exemple, c'est la considération apportée aux problèmes de mobilité de certains usagers. Le capteur de logement évite aussi à l'utilisateur d'être en relation directe avec le bailleur, ce qui lui permet d'éviter des situations d'échec, de jugement, de confrontation, etc.

Le capteur de logement s'avère être un acteur incontournable pour une recherche rapide et efficace d'un lieu de vie pour les personnes en situation de souffrance psychique. De par ses compétences et expériences dans le secteur immobilier, il est en capacité de cibler les offres immobilières les plus adaptées, que ce soit au niveau du montant du loyer que de la localisation du bien.

- Intérêts et limites

Le capteur de logement a pour principal intérêt de favoriser, concrètement et efficacement, l'accès au logement du parc privé pour les personnes en situation de souffrance psychique. Cette « captation » est rendue possible par sa connaissance fine du marché immobilier. A l'évidence, un travailleur social ne pourrait obtenir de tels résultats, notamment dans les villes où les tensions sur le marché locatif sont fortes.

Autre intérêt, les conditions d'accès au service du capteur de logement et les garanties proposées aux bailleurs favorisent le maintien dans le logement. A titre d'exemple, le capteur de logement de Namur a réalisé entre 120 et 130 contrats, soit autant de personnes relogées en quatre ans. Sur ce total, il est considéré que, pour plus de 70% des personnes en situation de souffrance psychique, le

¹⁸ Capteur de logement de Liège

¹⁹ Capteur de logement de Namur

²⁰ Capteur de logement de Namur

²¹ Capteur de logement de Liège

²² Capteur de logement de Namur

²³ Capteur de logement de Liège

maintien dans le logement est durable²⁴. Ce succès s'explique, tant par un engagement de suivi dans la durée, que par les effets concrets de la médiation avec les bailleurs.

Les limites dans l'intervention du capteur de logement se situent sur trois niveaux :

Le premier résulte de la stigmatisation des publics concernés et donc la difficulté de convaincre des propriétaires à « *rentrer dans une démarche solidaire* »²⁵.

Le second est à mettre en lien avec la complexité de certains usagers qui bénéficient de l'intervention du capteur de logement. Près de 30%²⁶ d'entre eux ne peuvent se maintenir dans le logement malgré les garanties effectives. La grande souffrance psychique altère parfois de manière durable, voire irrémédiable, la capacité d'habiter en milieu de vie ordinaire.

Le troisième est en lien avec les faibles ressources de certaines personnes en situation de souffrance psychique. Une telle situation contrarie l'accès à habitat inclusif basé sur un accompagnement global au bénéfice de l'utilisateur (actions sur la vie sociale, l'environnement et la sécurisation du parcours). La difficulté pour trouver un logement raisonnablement coûteux en zone urbaine proche des commodités (commerces, services de soins, transports en commun ...) et accessible au public accompagné est une des réalités à laquelle se trouvent confrontées les usagers malgré les garanties offertes du capteur. Comme l'indique l'un d'eux : « des personnes avec plus de revenus (...) peuvent nous passer devant très rapidement²⁷ ». En effet, l'offre de logement dans le parc immobilier privé est inférieure à la demande. Une telle tension, combinée à l'augmentation des loyers, représente un frein majeur dans la démarche d'inclusion des personnes en situation de souffrance psychique.

- Facilitateurs et obstacles

Le travail en réseau est le premier facilitateur pour le capteur de logement. Il y trouve les garanties nécessaires pour mener à bien ses interventions : « *S'il n'y avait pas d'accompagnement, je ne sais pas si on aurait un taux de maintien comme aujourd'hui*²⁸ ». Une telle affirmation met en évidence l'importance de ce travail en réseau, impliquant l'ensemble des acteurs concernés par l'inclusion sociale.

Le deuxième élément facilitateur est sa capacité à répondre efficacement aux attentes des usagers et des professionnels en charge de l'accompagnement. Dans une position d'interface, le capteur de logement participe largement à la réalisation du projet d'inclusion sociale de l'utilisateur.

Le troisième élément facilitateur est la mise à disposition d'outils afin de garantir au bailleur le paiement des loyers. Par exemple, l'utilisation du mandat irrévocable est un élément sécurisant le maintien dans le logement. Il consiste « *en un prélèvement à la source du montant du loyer versé au propriétaire*²⁹ » ou la création d'un fond de garanti.

Les obstacles se situent principalement au niveau de l'absence d'intégration ou de rattachement du capteur de logement au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Cette réalité pose parfois des difficultés dans le partage d'informations utiles.

²⁴ Rapport d'activité de 2017 – Capteur de Logement de Namur

²⁵ Capteur de logement de Namur

²⁶ Rapport d'activité de 2017 – Capteur de Logement de Namur

²⁷ Capteur logement Liège

²⁸ Capteur logement Namur

²⁹ Capteur logement Namur

2.3. Les Centres de Revalidation Psychosociale (CRP) :

Notre analyse s'est portée sur le CRP « L'Ancre » situé à Liège.

- **Objectifs et publics visés**

Les personnes accueillies dans les CRP présentent des difficultés d'adaptation et d'insertion psychosociale au niveau professionnel, familial, social en raison de difficultés psychologiques importantes ou de troubles psychiatriques. Ce type de structure s'adresse aux personnes dès l'âge de 16 ans.

Pour atteindre ses objectifs de rétablissement, « L'Ancre » met en place des prises en charge de revalidation psychosociale pour des usagers qui « *ne sont pas « guéris », ni nécessairement en rémission de leurs symptômes, mais suffisamment stabilisés pour pouvoir envisager de « reprendre leur vie en main » et de se reconstruire [...]*³⁰.

En 2016³¹, 145 personnes ont demandé une prise en charge à « L'Ancre ». Parmi elles, 111 ont pu être accompagnées par l'équipe pluridisciplinaire, soit 73 % de demandes honorées pour une capacité d'accueil de 20 personnes par jour :

- 43 personnes étaient déjà connues avant 2014,
- 68 personnes nouvelles ont été accompagnées.

Cette même année, 56 personnes ont vu leur accompagnement s'arrêter pour des raisons diverses (atteinte des objectifs, réorientation, abandon...). Leurs durées de prise en charge ont varié d'1 à 60 mois avec une durée moyenne de 13 mois.

Ces chiffres montrent que les orientations sont adaptées au programme de réhabilitation du CRP. Les partenaires ont donc une bonne connaissance de l'offre de soins.

Les objectifs des CRP de façon générale, visent à la **restauration du fonctionnement psychosocial** avec, pour finalité, l'insertion de la personne sur les plans :

- **De l'habitat** afin qu'elle puisse vivre de façon autonome et gratifiante dans le cadre de vie de son choix.
9 usagers sur 10, pris en charge par le CRP de « L'Ancre », avaient comme objectif au sein de leurs projets personnels individualisés « *le domaine de l'autonomie personnelle et de la situation d'habitation* » :
 - 45% étaient accompagnés dans leur autonomie de base,
 - 81% en autonomie résidentielle,
 - 55% vers l'autonomie dans la communauté.
- **Du travail** afin qu'elle puisse (re)prendre un rôle actif en lien avec ses compétences professionnelles (emploi, formation, bénévolat) :
7 usagers sur 10, pris en charge par le CRP de « L'Ancre », avaient comme objectif « *les domaines des activités professionnelles*³² » :
 - 42% souhaitaient aller vers des activités de bénévolat,
 - 29% vers une formation,

³⁰ Extrait des annexes du rapport d'activité (2016) du Centre de Revalidation Psychosociale « L'Ancre » p.6

³¹ Les chiffres présentés se réfèrent au rapport d'activité 2016 qui nous a été remis.

³² Les activités professionnelles comprennent les activités salariées, de bénévolat et/ou de formation.

- 13% étaient dans la recherche d'emploi,
 - 23% vers un retour à l'emploi.
- **De la vie sociale** afin qu'elle puisse s'inscrire dans le lien social et la citoyenneté par l'engagement personnel et la participation active.
- 74% des usagers, pris en charge par le CRP de « L'Ancre », avaient comme objectif dans leur projet personnel, « *le domaine de l'inscription dans le lien social et la citoyenneté* ».

Les projets de vie s'articulent ainsi autour du développement des ressources personnelles, l'apprentissage de nouvelles habiletés et la mobilisation des ressources du milieu. L'évaluation est réalisée à l'admission en s'appuyant sur des échelles spécifiques, notamment la GAF³³ et la GECS³⁴. Ces dernières servent de support direct à l'action du CRP. « L'Ancre » a recours à un outil appelé « *le PPI visuel* », ou encore le « *PBI*³⁵ », qui permet une appropriation de la méthodologie et une définition plus synthétique des besoins de la personne. Cette évaluation, globale et pluridisciplinaire, permet la création d'un projet individualisé partant donc des besoins de l'utilisateur. Ce projet « *se veut réaliste et adapté aux capacités d'évolution de chacun. Il est respectueux des variations de rythme propre à chaque personne* »³⁶.

- **Modalités de mise en place et de fonctionnement**

Les Centres de Revalidation Psychosociale, insérés dans la cité, sont des unités indépendantes des hôpitaux et des centres de santé mentale. Créés dans le courant des années 1960, en réaction de professionnels de terrain à la psychiatrie asilaire, ils sont financés par l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (l'INAMI).

Les moyens utilisés sont des programmes de revalidation psychosociale pour contribuer au rétablissement des personnes. Pour cela, « L'Ancre » met en place des prises en charge :

- **Individuelles** : cet accompagnement revêt un caractère thérapeutique et réadaptatif (entretien psychologique, guidance familiale, guidance sociale, suivi médical, aide sanitaire, suivi d'insertion professionnelle, orthophoniste, psychomotricité relaxation, rencontre avec le référent, Entretien sollicité directement par les patients, rencontre avec l'agent de suivi, rencontre avec le Joab-coach, suivi dans le milieu de vie...),
- **Collectives** : l'utilisateur est mis en situation dans des activités socialisantes centrées sur la communication, le renforcement de l'empowerment, la gestion de la santé globale, l'apprentissage concret de l'autonomie, le renforcement cognitif, le développement des habiletés professionnelles de base³⁷.

L'équipe pluridisciplinaire est composée de 27 personnes dont un faible nombre est à temps complet. Elle se compose de psychologues, éducateurs, infirmiers, assistants sociaux, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, artistes, animateurs, etc. Elle comprend obligatoirement un

³³ GAF : L'évaluation globale du fonctionnement

³⁴ GECS : L'évaluation de la compétence sociale : temps spécifiques centrés sur l'autonomie de base, résidentielle, communautaire, la communication- langage, la socialisation, le travail, l'aspect cognitif académique, la motricité et l'adéquation du fonctionnement personnel

³⁵ PBI : Extrait des annexes du rapport d'activité (2016) du Centre de Revalidation Psychosociale « L'Ancre » page 125 à 127 sur 129

³⁶ Extrait de la plaquette du centre de revalidation psychosociale pour adultes de « L'Ancre »

³⁷ Extrait du rapport d'activité de l'année 2016 du Centre de Revalidation Psychosociale « L'Ancre » page 11 sur 129

médecin psychiatre. La pluridisciplinarité est mise en place selon le projet thérapeutique de l'utilisateur. Les thérapeutes peuvent également intervenir en fonction de compétences propres qui sont mises au service du projet de la personne.

- **Evaluation de l'impact pour les usagers et le système**

Les CRP s'inscrivent dans une dimension d'accompagnement spécialisée pour le rétablissement des personnes. En ce qui concerne « l'Ancre » les usagers ont des profils dont le fonctionnement est particulièrement altéré. Une personne sur deux souffre de troubles psychotiques chroniques. Pour autant, les connaissances des partenaires, concernant les modalités d'accompagnement du CRP « l'Ancre », génèrent des orientations qui, de plus en plus, intéressent les jeunes adultes.

Le rapport d'activité indique que sur les 111 personnes accompagnées, vingt-trois avaient entre 21 et 25 ans et, vingt-six entre 26 et 30 ans ; soit 44 % des publics accompagnés.

Ces orientations, au stade précoce de la maladie, proche de la première décompensation, évitent la chronicisation des troubles et donc contribuent à la réussite du rétablissement.

Pour ce faire, la pluridisciplinarité et la polyvalence des acteurs sont des choix objectivés par l'équipe en place. Elles permettent de croiser les compétences et rendent les observations plus fines pour la mise en place des accompagnements. Les prises en charge sont progressives et s'adaptent aux besoins évalués. Elles s'appuient sur la « remédiation cognitive » qui concourt au rétablissement des personnes. L'intensité et la régularité des modules favorisent la récupération cognitive ou la mise en place de stratégies de compensation. Ainsi, selon les besoins repérés, et les axes privilégiés par l'utilisateur, les professionnels proposent des ateliers individuels d'ordre pratique. « *L'idée récurrente du centre est de pérenniser les acquis de la réhabilitation au sein du service (in centro) vers le milieu naturel de l'utilisateur (in vivo) qu'il s'agisse de son autonomie résidentielle ou sociale et communautaire* »³⁸.

Un **binôme mobile** a été créé suite au constat concernant certains usagers en difficultés pour transposer leurs acquis à l'extérieur du service. Le plus souvent, ces personnes mettent en place des stratégies et développent des compétences conformes et adaptées en institution ; mais cette mise en place d'acquisitions ne perdure pas, ou pas assez, au sein de leur lieu de vie, de leur environnement. Cette modalité d'intervention « *consiste à réunir deux professionnels issus de deux services différents : l'un, travaillant dans le service fréquenté par l'utilisateur, et l'autre venant d'un tout autre service, afin d'obtenir un regard neuf et une autre vision de la situation* »³⁹.

Après l'envoi de fiche de présentation ciblant les difficultés et la demande de l'utilisateur, les professionnels se rendent alors au domicile de la personne afin de réaliser d'une part, un bilan d'autonomie résidentielle, d'identifier son réseau et d'autre part, d'évaluer les compétences transférées ou non à domicile⁴⁰. Cela permet un ajustement des objectifs de réhabilitation et une analyse plus fine de la problématique rencontrée par la personne dans les actes de la vie quotidienne.

De plus, la présence d'un **job coach**⁴¹ au sein de l'équipe mobilise les habiletés autour de l'emploi. Le projet professionnel d'un usager demande des habiletés globales travaillées dans les différents modules (hygiène, rythme au quotidien, communication, déplacement, mémorisation, concentration, ...). Ce professionnel intervient lorsque la personne souhaite être accompagnée vers une formation ou un emploi rémunéré. Il peut être amené à observer et évaluer l'utilisateur en ce qui

³⁸ Extrait du rapport d'activité de l'année 2016 du Centre de Revalidation Psychosociale « l'Ancre » page 27 sur 129

³⁹ Extrait de l'interview de Stéphanie, Logopède et professionnelle intervenant au sein du binôme à « l'Ancre »

⁴⁰ Agent d'insertion professionnelle

⁴¹ Extrait de l'interview de Manon, ergothérapeute et job-coach au sein de « l'Ancre »

concerne ses compétences professionnelles à strictement parlées, mais aussi ses compétences dans les relations interpersonnelles. Le job coach travaille également en collaboration avec l'employeur, ses partenaires privilégiés étant essentiellement des ESAT et des entreprises adaptées⁴².

Enfin, **un agent de suivi**⁴³ peut accompagner les usagers dans leurs démarches concrètes d'insertion, à l'extérieur du Centre. Il est le « bras extérieur » de l'équipe. Il intervient en amont, lors d'entretiens individuels à domicile avant l'entrée au CRP, en aval après la sortie pour, à la fois consolider les acquis de la revalidation, s'assurer de leur transposition dans le milieu de vie (domicile, quartier, poste de travail...) et aussi, prévenir le risque de rechute ou de dégradation de la situation.

Régulièrement des évaluations sont mises en place pour analyser la progression des habiletés de l'utilisateur. La personne est ainsi, en mesure de faire des liens entre ses objectifs, ce qui est travaillé et l'avancement de sa situation.

- **Intérêts et limites**

La polyvalence, axe fort du CRP, souhaitée par les professionnels, est organisée de telle manière que tous peuvent animer les ateliers proposés. Les échanges entre les professionnels et les usagers sont largement privilégiés pour adapter toute prise en charge, qu'elle soit individuelle ou collective (rencontre individuelle, réunions collectives). La proximité relationnelle des usagers auprès des professionnels est un choix délibéré de l'équipe, appréciée des usagers qui se sentent entendus et reconnus. On est ici dans une application concrète des principes de la réhabilitation psychosociale pour l'intégration des personnes dans le milieu ordinaire.

- **Facilitateurs et obstacles**

Le CRP est un modèle de prise en charge écologique dans le sens où l'on trouve des interactions permanentes entre ce qui est travaillé avec l'utilisateur au CRP et ce qu'il doit mettre en application dans son milieu de vie ordinaire.

De nombreux partenariats ont été tissés, créant un véritable réseau autour de l'utilisateur. Pour l'année 2016, « l'Ancre » fait part de ces chiffres⁴⁴ :

Type de partenariat	Pour l'année 2016
Entourage, famille	92%
Santé mentale intra-muros	36%
Santé mentale ambulatoire	86%
Soins de santé ambulatoires	72%
Services sociaux	20%
Secteur du handicap	17%
Service judiciaire	7%
Secteur professionnel	6%

Ces partenariats sont formalisés au sein du PSI⁴⁵, centré sur l'utilisateur, et favorisent la transparence des rôles et missions de chacun. Cela demande une coopération étroite entre tous les acteurs pour

⁴² Plan de Services Individualisés

⁴³ L'agent de suivi, psychologue de formation, a une fonction de liaison et de mobilité dans le milieu de vie de l'utilisateur

⁴⁴ Extrait du rapport d'activité de l'année 2016 du Centre de Revalidation Psychosociale « l'Ancre » page 37 de 129

⁴⁵ Plan de services individualisés

coordonner des prises en charge cohérentes et globales en lien avec le PSI. Un des obstacles cependant repéré est la difficulté pour les partenaires de distinguer clairement les missions propres d'un CRP à celles d'un CRF. A titre d'exemple, les deux structures peuvent intervenir sur le champ de l'insertion professionnelle.

2.4. Les Centres de Rééducation Fonctionnelle (CRF) :

Notre analyse porte ici sur le CRF « La Charnière » situé à Namur.

- Objectifs et publics visés

Les CRF s'adressent aux personnes, dès l'âge de 16 ans, rencontrant un trouble psychiatrique sévère avec une perte d'autonomie, des difficultés importantes pour (re)trouver un emploi, ou se maintenir dans le milieu professionnel, ou scolaire.

Le CRF « La Charnière » a été créé suite à la réforme Psy107. Il répondait à l'absence de structure locale impliquée dans les accompagnements en faveur du rétablissement psychosocial des personnes. Il est « la charnière entre les domaines de soins et les domaines de l'insertion socio-professionnelle »⁴⁶.

Les objectifs visent à augmenter les capacités et les compétences des personnes en vue d'un retour à l'activité (rémunérée ou bénévole) ou d'un accès à une formation. Les projets s'articulent ainsi autour du développement des ressources personnelles, l'apprentissage de nouvelles habiletés et la mobilisation des ressources du milieu. La durée de la prise en charge de Rééducation Fonctionnelle est au maximum de deux ans, en fonction du diagnostic. Les accompagnements avec les jobs coach sont également mis en place sur une durée qui ne peut dépasser deux années. Ces deux axes pouvant être cumulés, les usagers peuvent prétendre à quatre années de suivi.

Le projet d'accompagnement de l'utilisateur est individualisé. Il tient compte de ses besoins et de ses objectifs. L'accompagnement consiste donc à l'amener à une (re)prise d'activité effective et durable, en tentant de réduire les risques de rechute.

En 2016⁴⁷, 99 demandes ont été formulées pour une prise en charge à « La Charnière ».

52 personnes ont pu être accompagnées dont :

- 20 avaient intégré le programme avant 2016,
- 32 ont démarré le programme,
- 67 ont été réorientées vers le soin, en raison de leurs symptômes encore trop importants ou n'ont pas donné suite à leur candidature.

Le premier semestre 2017 présente un taux de réussite concernant 59 usagers accompagnés vers l'insertion professionnelle :

- 11 ont obtenu un travail rémunéré,
- 16 étaient dans des domaines d'activités bénévoles volontaires,
- 12 ont entrepris une formation,
- 3 étaient en stage dans une entreprise.

Ces résultats indiquent la pertinence des orientations en CRF.

⁴⁶ Propos du Directeur médecin psychiatre

⁴⁷ Les chiffres indiqués dans ce document relèvent de notre entrevue avec la directrice du CRF

- Modalités de mise en place et de fonctionnement

Les Centres de Rééducation Fonctionnelle sont, comme les Centres de Revalidation Psychosociale, insérés dans la cité, indépendants des hôpitaux et des centres de santé mentale.

L'équipe pluridisciplinaire du CRF « La Charnière » compte en son sein 7 ETP financés par l'INAMI, 0.5 ETP subventionné par Maribel Social⁴⁸ et d'une paire aidante bénévole à temps partiel.

Postes financés par l'UNAMI :

- 1 ETP de directrice fonctionnelle (et coordination clinique), psychologue de formation,
- 0.32 ETP de directeur médical, médecin psychiatre,
- 0.68 de comptable
- 5 ETP (assistantes sociales, psychologues, jobs coach⁴⁹) composent l'équipe thérapeutique,

Poste financé par Maribel Social :

- 0.5 ETP d'animatrice inclus au sein de l'équipe thérapeutique

Cette équipe pluridisciplinaire utilise des programmes de réhabilitation psychosociale validés favorisant le développement des apprentissages chez un individu.

Deux étapes en particulier sont mises en place pour la réussite du projet :

- L'accompagnement dit de parcours : il s'agit d'organiser des stages en milieu professionnel, des accompagnements réguliers sur ces lieux de stages, des entretiens avec l'utilisateur et le référent de stage,
- L'accompagnement dit de carrière : il est mis en place lorsque la personne a intégré une entreprise.

- Evaluation de l'impact pour les usagers et le système :

Les compétences professionnelles mobilisées ont pour objectif de favoriser le rétablissement pour amener l'utilisateur à (re)trouver une activité. C'est pourquoi, les acteurs de terrain du CRF sont identifiés comme partageant tous les mêmes missions. Leurs formations de base, différentes, permettent de croiser les observations pour optimiser les accompagnements, qu'ils soient collectifs ou individuels.

Les modules d'interventions sont basés sur des « *syllabus* »⁵⁰ issus de modèles de prise en charge Québécois. Les responsables du CRF sont très engagés en faveur de la réhabilitation psychosociale. Ils participent aux colloques de l'association Québécoise de réadaptation psychosociale. Ils ont développé ainsi, un solide partenariat avec leurs homologues de « la Belle Province ».

⁴⁸ <https://www.leforem.be/entreprises/aides-financieres-maribel-social.html> : Le Maribel Social correspond à « des réductions de cotisations patronales qui permettent, en tant qu'employeur du secteur-non marchand, de créer des emplois supplémentaires lors d'un appel à candidatures de secteur afin d'augmenter ainsi la qualité des services ».

⁴⁹ 1 job coach a un baccalauréat en gestion des ressources humaines, le second a un master en sciences psychologiques et une formation complémentaire en ressources humaines.

⁵⁰ Le terme anglo-saxon de syllabus correspond en France aux programmes mis en place dans des modules d'interventions.

Cela a notamment donné lieu à la construction de *syllabus*, en lien avec les attentes de l'INAMI⁵¹, au moment de l'ouverture du CRF.

Par la suite, les observations des professionnels, leurs implications, ont permis de faire évoluer les différents programmes, selon les attentes et les besoins des usagers accueillis, objectivés lors des évaluations individuelles. Le modèle d'accompagnement utilisé fait donc ouvertement référence à la réhabilitation psychosociale : l'utilisateur, acteur de son projet est au centre du dispositif d'accompagnement. Le soutien de l'équipe, ses prises en charge, s'appuient sur le projet de vie de l'utilisateur et des objectifs qu'il se fixe.

Ce positionnement, clairement affirmé, demeure le fil conducteur de chaque intervenant pour chaque intervention mise en place. En soutenant le projet de la personne, les professionnels lui montrent qu'ils croient en ses possibilités de réussites. L'écoute, l'empathie, le respect sont les postures identifiées à l'égard des usagers. Ces acteurs, convaincus par l'empowerment, créent des conditions d'accompagnement favorables pour inscrire les personnes dans une dynamique volontaire.

Les prises en charges, se mettent en place sur la base d'évaluations des compétences de la personne, au moyen de modules d'interventions psychoéducatifs, cognitifs et psychosociaux. L'objectif est que chaque usager réussisse à développer une autonomie suffisante pour une vie plus harmonieuse. Pour cela, l'accompagnement individualisé vise le rétablissement général.

Cependant, comme nous l'avons déjà précisé, le retour à l'activité en est l'axe prioritaire. Pour cela, le modèle IPS (Individual Placement and Support) est celui adopté par le CRF « La Charnière ». Cette approche repose sur le postulat que les usagers peuvent rapidement trouver une activité pérenne en milieu ordinaire. Le programme IPS privilégie en effet, le « Place and Train » (Trouver un emploi et former). C'est-à-dire, « *insérer d'abord puis former dans le cadre de l'activité de travail, [...]* ». Cette mission de « job coaching » (de soutien à l'emploi) relève de la compétence des jobs coaches, formés à la réhabilitation professionnelle dans un processus global de rétablissement. Pour autant, (ré)intégrer une activité, consiste en une conjugaison de compétences à (re) développer, que l'équipe pluridisciplinaire travaille avec les personnes. L'animation des modules en collectif ont notamment pour objectifs de travailler sur la confiance, l'estime de soi et la réassurance⁵². Parallèlement, la coordination avec le réseau est largement privilégiée. En effet, pour nombre d'utilisateurs le réseau permet de maintenir, ou de développer, un niveau d'existence plus équilibré dans un environnement ordinaire. Pour cela, des aides spécifiques (équipe mobile, service d'accompagnement ...) sont sollicitées à la condition qu'elles soient demandées et commandées par l'utilisateur, les professionnels du CRF favorisant et impulsant la mise en relation.

⁵¹ https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_299B_Protocol_evaluation_conventions_INAMI_Synthese_0.pdf
« *TYPLOGIE DES CONVENTIONS AVEC L'INAMI : une classification pragmatique distingue les conventions en fonction de la nature de leurs activités. Cette classification comprend 5 catégories : • les conventions visant à fournir des soins de réadaptation ; • les conventions visant à fournir des soins multidisciplinaires (disease management) [...] ; • les conventions visant à fournir un diagnostic et un soutien/accompagnement multidisciplinaires [...] ; • les conventions visant à fournir un accompagnement multidisciplinaire, [...] ; • les cas particuliers qui n'entrent dans aucune des catégories susmentionnées, [...]. Cette typologie établit une distinction entre des soins de réadaptation et des soins multidisciplinaires. La réadaptation est basée sur l'obtention d'un résultat souhaité (amélioration fonctionnelle et / ou amélioration de la qualité de vie) tandis que la notion de multidisciplinarité met en avant le caractère intégré du processus mis en œuvre. Les deux se rejoignent dans la nature collaborative de la prise en charge. [...]* ».

⁵² Exemples de modules collectifs mis en place : habiletés sociales, gymnastique cérébrale, affirmation de soi par jeux de rôle, réflexions sur les thématiques liées à l'emploi, art thérapie, socialisation par le jeu, ...

- Intérêts et limites

La polyvalence et l'adaptabilité des professionnels installent une réelle dynamique pour accompagner les usagers dans leur projet de vie. La présence de la paire-aidante favorise également le soutien indispensable à mettre en place. En partageant son expérience, elle insuffle notamment un sentiment d'espoir.

La diversité des modules, ajustables en fonctions des besoins des personnes, contribuent en leur réussite. Leurs cohérences, les objectifs concrets déterminés par l'utilisateur favorisent l'ouverture vers le milieu ordinaire (interventions de professionnels lambda, visites organisées dans les entreprises, mises en stage sur le terrain). La réalité, mise en action, permet à chaque usager de constater la faisabilité de son projet, de le maintenir ou de le réadapter. Pour cela, il s'appuie sur des évaluations faites en présence du responsable de stage et de l'intervenant psychosocial. Guidé, l'utilisateur est seul à prendre ses décisions. En favorisant l'insertion dans la communauté, en améliorant la qualité de vie, en adaptant le projet de la personne selon son évolution, le CRF est une des structures repérée dans le paysage Wallon pour le rétablissement des usagers.

Pour autant, la liste d'attente en constante augmentation est une des difficultés majeures de ces structures. Malgré un nombre de places insuffisantes, les CRF tentent de répondre aux demandes croissantes. Les entretiens individuels peuvent en pâtir, avec le risque d'altérer la qualité des accompagnements dans leur globalité. Par ailleurs, le CRF, compte tenu des missions qui lui sont confiées, du périmètre d'intervention qui est le sien, s'adresse avant tout à des personnes qui sont déjà bien avancées dans leur parcours de rétablissement, la plupart étant autonomes dans la gestion de leur vie quotidienne.

- Facilitateurs et obstacles

Les CRF sont un des outils perçus et reconnus par les partenaires pour favoriser le rétablissement. Ainsi, l'orientation des usagers et leur démarche spontanée pour bénéficier d'une prise en charge par ce type de structure sont facilitées.

Le CRF « La Charnière » a fait la preuve de son efficacité pour favoriser l'inclusion des usagers dans la cité. Les professionnels participent notamment au développement du réseau. Les rôles et places de chacun impulsent ce mouvement de désinstitutionnalisation ; le retour à l'activité étant une des étapes « terminale » du rétablissement.

Malgré tout, la limite, principalement évoquée par les acteurs de « La Charnière » est la durée d'accompagnement déterminée à deux ans. Effectivement, accompagner des personnes, fragilisées psychiquement, dans un processus d'intégration – ou de réintégration – nécessiterait parfois un temps de prise en charge plus long. Le facteur temps, il est vrai, pour ces personnes est un élément fondamental à prendre en compte pour la qualité de leur prise en charge en facilitant l'adaptation et la consolidation des apprentissages.

Bien que le handicap psychique ne soit pas reconnu en Belgique, les personnes accompagnées au CRF ont, pour certaines, des limitations dues à leur handicap. Cette absence de reconnaissance est un des freins à l'inclusion. Cela s'observe notamment par les difficultés, pour ne pas dire l'impossibilité, pour elles d'intégrer des entreprises adaptées pour personnes handicapées.

Un autre des freins repéré, dans le cadre de l'insertion professionnelle rémunérée, est lié à l'arrêt du Revenu d'Insertion Sociale (cf. RIS note de bas de page - p. 23). En effet, le risque possible de rechute pour ces publics est insuffisamment pris en compte. Lorsque c'est le cas, cela entraîne une précarisation de leur situation en raison des complexités administratives pour rétablir le RIS : « on ne

peut pas se rétablir si on a les subsides coupées »⁵³. Cela provoque, pour les usagers, une réflexion sur le bénéfice-risque à s'engager dans la voie de la réhabilitation professionnelle.

Plus généralement, les acteurs de terrain mentionnent qu'un des obstacles supplémentaire à l'inclusion relève de la stigmatisation encore très importante dans la société, véhiculé largement par les médias.

2.5. Les équipes mobiles.

Notre analyse s'appuie de nos rencontres avec les acteurs de terrain des équipes mobiles suivantes :

- ⇒ Equipe mobiles ISOsL de Liège :
 - Equipe de Traitement Ambulatoire de Crise, dite ETAC
 - Equipe de Soins Psychiatriques à Domicile Intégrés, dite SPADI
- ⇒ Equipe mobile Psy107 de Liège
- ⇒ Equipe Concerto de Liège

- Objectifs et publics visés :

L'objectif principal des équipes mobiles est de dispenser des soins psychiatriques à domicile pour maintenir les personnes, dans leur milieu de vie, en favorisant leur autonomie. De ce fait, et comme le préconise la réforme Psy107, la personne ainsi occupe une place centrale dans son projet de soins. Les interventions de ces équipes, rattachées à l'institution psychiatrique, s'articulent avec le réseau déjà en place : médecin traitant, psychiatre, hôpitaux, services sociaux, ...

La Wallonie propose deux types d'équipes mobiles :

L'équipe mobile 2a s'adresse aux personnes présentant des problématiques psychologiques ou psychiatriques aiguës. Elle intervient pour une durée limitée en apportant :

- Une aide sous 48 h 00 sur le lieu de vie du patient,
- Des soins ambulatoires de traitement intensif.

L'équipe mobile 2b intervient auprès de personnes présentant des problématiques psychiques graves de longue durée. Elle propose une offre de soins à domicile, pour des personnes présentant des besoins complexes dans le domaine de la santé mentale, dont les soins ambulatoires classiques ne suffisent pas. Les objectifs suivants contribuent à maintenir l'utilisateur dans son lieu de vie :

- Contribuer à une meilleure qualité de vie de l'utilisateur,
- Favoriser l'autonomie du patient,
- Permettre une meilleure continuité des soins avec le réseau existant,
- Identifier et traiter rapidement les rechutes.

- Modalités de mise en place et de fonctionnement

Les équipes mobiles offrent une alternative à l'hospitalisation grâce à une intervention ambulatoire. Le financement de ces deux équipes est assuré par un redéploiement de moyens en lien avec le gel de lits psychiatriques. C'est pourquoi, ces équipes sont systématiquement portées par des hôpitaux. Cette situation correspond au modèle de financement tel qu'il est voulu par la réforme Psy107.

Concernant l'équipe mobile 2a : Les usagers en situation de crise sont généralement orientés vers cette équipe mobile par les médecins généralistes ou encore d'autres acteurs en première ligne (policier, famille, ...) ou l'utilisateur lui-même.

⁵³ Propos recueillis auprès de la paire aidante

Les équipes mobiles 2a sont joignables à tout moment, une permanence téléphonique étant en place. La réactivité de la réponse, dans un délai maximal de 48 h 00 crée des conditions favorables pour évaluer la situation rapidement et programmer la première intervention. Des réunions quotidiennes dans le service permettent à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire d'analyser la demande et de définir au mieux les modalités d'interventions (choix des professionnels de terrain qui interviennent au premier contact, lieu de rencontre, etc..), Deux professionnels, de formations différentes, sont désignés référents. Ils interviennent à tour de rôle au domicile de la personne. A titre d'exemple, l'équipe psychiatrique mobile d'accompagnement de crise en milieu de vie Psy107 mobilise pour ses missions 5 psychologues, 3 infirmiers psychiatriques, 1 infirmière spécialisée en santé communautaire, 1 assistante sociale, 1 secrétaire et deux médecins psychiatres

L'équipe pluridisciplinaire, en intervenant très rapidement, procède à un premier diagnostic pour définir le parcours de soins ambulatoires à mettre en place. Elle propose aux patients des soins psychiatriques intensifs (intervention 1 jour/2 pour commencer puis en fonction du besoin) à domicile de courte durée (jusqu'à 6 semaines). Les interventions consistent en une assistance pratique (évaluation, soutien, prévention, aide à l'élaboration du projet, modulable en fonction de l'évolution de la situation de la personne. Une médication peut également être proposée si besoin. L'idée est de passer le relais une fois le patient stabilisé. Avec son accord, l'équipe, en contact avec les différents réseaux (équipe mobile 2b, les services d'accompagnement, le capteur de logement) prépare le relais avec l'utilisateur, et sa famille s'il le souhaite.

Concernant l'équipe mobile 2b : Concernant l'équipe mobile 2b : L'équipe pluridisciplinaire (médecin psychiatre, psychologue, ergothérapeute, infirmiers, assistant social, éducateurs) propose une offre de soins sous forme d'un suivi au domicile. L'objectif est de mettre en évidence les ressources de la personne et de travailler l'adaptation dans la vie quotidienne en fonction des symptômes résiduels. Pour se faire, l'équipe mobile élabore des plans de soins individualisés, élaborés avec l'utilisateur, avec une durée moyenne de l'accompagnement de 18 mois. Le partenariat avec des prestataires de soins et des spécialistes en santé mentale est une autre priorité pour ces équipes. Un soutien aux proches peut être également proposé.

- Evaluation de l'impact pour les usagers et le système

Les équipes mobiles sont constituées de professionnels de terrain spécialisées dans le rétablissement symptomatique. En instaurant une relation de confiance avec l'utilisateur, ces professionnels adaptent leur prise en charge en fonction des objectifs et des besoins.

En ce qui concerne les équipes 2a, la capacité des acteurs à évaluer la situation globale de l'utilisateur permet d'adapter l'accompagnement pour, progressivement, sortir de la situation de crise. Deux professionnels, de formation différente, sont désignés référents. Ils interviennent à tour de rôle au domicile de la personne. L'intérêt de croiser les regards, pour la pertinence de l'évaluation de la situation de la personne, a cependant ses limites pour créer une relation de confiance. Pour autant, le soutien de l'utilisateur est cohérent dans toute la dimension d'accompagnement. Les professionnels, experts de la crise, savent ajuster leur accompagnement. Les réunions d'équipe, mises en place chaque jour, supervisent et formalisent les décisions. Selon les observations faites à domicile, l'équipe propose à l'utilisateur de s'engager dans un projet, à plus long terme, au-delà de leurs interventions, dont la durée reste limitée. L'objectif est en effet de trouver des solutions d'accompagnement pour consolider le rétablissement de l'utilisateur pour qu'il ne rechute pas. Avec son accord, l'équipe, en contact avec les différents réseaux (équipe mobile 2b, les services d'accompagnement, le capteur de logement), prépare le relais avec l'utilisateur et sa famille s'il le souhaite.

Les compétences multidisciplinaires des équipes 2b favorisent le rétablissement global de l'utilisateur. Acteur de son projet, ce dernier accepte la venue de professionnels à son domicile et fixe les objectifs qu'ils souhaitent atteindre. L'utilisateur, au centre de l'accompagnement, bénéficie d'une prise en charge très personnalisée. L'adaptabilité des acteurs, la considération positive et l'empathie sont les compétences repérées auprès de ces professionnels, confirmés par les entretiens avec les usagers. L'accompagnement mis en place, axé sur l'évaluation écologique et l'éducation thérapeutique, permet à la personne de (re)développer des habiletés pour gagner en autonomie et ainsi, (re)trouver une confiance en soi souvent perdue. La coordination avec le réseau est effective pour maintenir la personne dans son logement (famille, service d'accompagnement, médecin de famille, médecin psychiatre, service de soins à domicile, ...). En effet, en raison d'hospitalisations, parfois longues, les usagers peuvent être en difficulté pour accomplir les actes de la vie quotidienne. De fait, ces équipes travaillent sur un principe de réalité qui demande, parfois, d'amener l'utilisateur vers un projet de vie plus adapté à ses besoins comme envisager une intégration en IHP.

- Intérêts et limites

Concernant le travail réalisé par les équipes mobiles, il apparaît que leur action participe indéniablement au maintien à domicile des personnes connaissant des problématiques psychiques. Ainsi, il est important de souligner que la coordination des différents acteurs est un facteur incontournable favorisant l'inclusion sociale de ces personnes.

Pour ce faire, différents outils sont repérés :

La rédaction d'un projet de service individualisé (PSI) permet la planification et la mise en place des prestations de services répondant aux besoins de l'utilisateur. Le PSI, outil de coordination, est formalisé lorsqu'il y a un besoin de concertation, entre au moins deux services impliqués, dans l'accompagnement et besoins de la personne. La généralisation globale de cet outil depuis la réforme PSY107 favorise la communication et la coordination des différents acteurs.

Les réunions d'équipes quotidiennes des équipes mobiles dites de crise permettent aux professionnels d'analyser la situation rapidement et de programmer leurs interventions. Dans ce sens, elle favorise la réactivité et la coopération des professionnels, en faveur d'un accompagnement individualisé, au plus près des besoins identifiés de la personne. Cette réactivité est déterminante pour limiter le recours à l'hospitalisation. Ainsi, Les missions remplies par les équipes mobiles que nous avons rencontrées s'articulent autour d'un principe prioritaire de la réhabilitation psycho sociale : permettre au bénéficiaire d'occuper une place centrale dans l'élaboration de son projet. La réforme PSY 107 va dans ce sens. Les outils que nous avons pu découvrir (carte réseau, carte objectifs, PSI ...) favorisent l'implication de l'utilisateur. En effet, ces outils ont tous la particularité d'être travaillés par lui et pour lui. De cette façon, le projet, quel qu'il soit, est élaboré à partir de ses représentations, de son réseau et de sa capacités à se fixer des objectifs.

Pourtant, en ce qui concerne l'équipe mobile 2a, la durée d'intervention déterminée à l'avance est là aussi une difficulté observée. Nombreux usagers décompensent lorsque la prise en charge est arrêtée. Au-delà de la préparation du passage de relais, il est ici aussi question des possibilités propres aux individus pour se rétablir. Il est demandé de traiter une problématique de crise selon un laps de temps fixé à l'avance ; l'importance des troubles et ce qui a conduit à la crise est parfois insuffisamment pris en considération.

- Facilitateurs et obstacles

Les équipes mobiles sont aujourd’hui parfaitement repérées par les usagers et le réseau. En participant activement au mouvement en faveur de la désinstitutionnalisation, elles sont incontournables dans les prises en charge. La flexibilité, l’adaptabilité, la réactivité, la distanciation ou encore la maîtrise des principes de la réhabilitation psychosociale sont autant d’atouts mobilisés au profit de l’usager et du réseau. L’ambulatoire est aujourd’hui reconnu dans ses spécificités et interpellé à bon escient.

Toutefois, les demandes de plus en plus importantes posent de réelles difficultés. A titre d’exemple, 370 interventions par an, pour une des équipes de crise investiguée, créent une tension importante au niveau des délais d’intervention. Ces délais de prise en charge sont en effet, plus difficiles à respecter et, les temps d’interventions diminuent, au détriment des accompagnements. Les structures d’accueil, dans la même configuration, n’ont pas la possibilité de répondre systématiquement aux besoins repérés par l’ambulatoire. Or, sans consolidation des accompagnements les projets d’insertion des usagers sont compromis. Ce constat montre aujourd’hui les limites d’un système en restructuration et l’urgence de trouver des solutions durables pour maintenir une politique en faveur de l’inclusion.

Complément d’information :

Le fait de maintenir les usagers à domicile, sans un recours systématique à l’hospitalisation complète en psychiatrie, exige un développement des accompagnements en milieu ordinaire de vie assurés par des équipes mobiles spécialisées, des services de santé de ville, des travailleurs sociaux, ...

Ce virage ambulatoire et inclusif fait donc émerger des besoins en termes de :

- Sensibilisation et formations sur les maladies psychiatriques,
- Coaching,
- Coordination,
- Soutien.

C’est ce que se propose de faire une équipe comme celle de Concerto à Liège, auprès des intervenants du réseau d’aide et de soins d’un usager.

3. Recommandations.

Cette mission d’étude et d’observations du système de santé mentale en Belgique-Wallonie permet d’émettre les recommandations suivantes en faveur d’une évolution du système de santé mental français :

Recommandation n°1 : Institutionnaliser la réhabilitation psychosociale de manière concomitante dans les établissements et services des secteurs sanitaire, médico-social et social recevant des personnes en situation de souffrance psychique et/ou de handicap psychique

La réhabilitation psychosociale se définit comme « *un ensemble de procédés visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir, c’est-à-dire à obtenir un niveau de vie et d’adaptation satisfaisant par rapport à leurs attentes.* »⁵⁴.

⁵⁴ <https://centre-ressource-rehabilitation.org/qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psychosociale>

Cette approche trouve un écho de plus en plus favorable auprès des acteurs du champ de la santé mentale, notamment grâce aux initiatives portées par le Professeur Nicolas FRANCK et son équipe du Centre Ressource de Réhabilitation Psychosociale et de Remédiation Cognitive du Centre Hospitalier Le Vinatier à Lyon.

En outre, les politiques publiques de santé encouragent dorénavant l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale à s'inscrire dans une logique de parcours et de rétablissement facteur d'inclusion sociale. Le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale confirme cette volonté, incontestable sur le fond, en indiquant «*Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. A ce titre, il prévoit [...] les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.*».

En Région Nouvelle Aquitaine, si le mouvement de la réhabilitation psychosociale est largement relayé par le Centre Référent de Réhabilitation Psychosociale (C2RP) à Bordeaux et le Centre Référent de Réhabilitation Psychosociale de Limoges (C2RL), la mise en œuvre des techniques et outils ayant fait la preuve de leur efficacité est trop souvent laissée à l'appréciation de l'intervenant. Il serait donc souhaitable que la réhabilitation psychosociale s'institutionnalise en étant explicitement déclinée dans les projets d'établissement ou de service, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou les référentiels Qualité des structures en situation d'accueil de personnes porteuses d'un trouble psychique sévère.

Recommandation n°2 : Expérimenter la fonction de capteur de logement dans des territoires connaissant à la fois une forte tension dans l'accès au logement locatif et un taux de recours élevé aux hospitalisations longues et inadéquates en psychiatrie.

Les personnes en situation de handicap psychique cumulent une double vulnérabilité. D'une part, elles sont particulièrement exposées à des hospitalisations longues et inadéquates qui portent atteintes à leurs capacités et aptitudes à se maintenir dans un logement en milieu ordinaire. D'autre part, elles disposent souvent de faibles ressources financières limitant leur capacité d'accès à des logements de qualité du secteur privé.

La mise en place de la fonction de capteur de logement étroitement liée aux réseaux de santé mentale du Territoire Wallon a fait ses preuves pour fluidifier les parcours sur la question de l'accès comme du maintien dans le logement en milieu ordinaire. Il serait donc intéressant d'expérimenter cette fonction dans les communautés urbaines et ce, d'autant plus, qu'elle permet également de diminuer le risque de recours à des habitats indignes.

Recommandation n°3 : Inscrire dans le cahier des charges des Conseils Locaux de Santé Mentale la mise en œuvre des cinq fonctions :

- La première fonction concerne les activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, de détection précoce et de la pose d'un diagnostic
- La deuxième fonction cible les équipes ambulatoires de traitement intensif
- La troisième fonction vise les équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale
- La quatrième fonction couvre les unités intensives de traitement résidentiel

- La cinquième fonction se centre sur les formules résidentielles spécifiques lorsque le maintien à domicile ou en milieu substitutif n'est plus possible

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé a reconnu les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) et ainsi garanti leur pérennité. Ce dispositif, « [...] permet, selon les spécificités locales de : favoriser une prévention et un repérage précoce ; améliorer l'accès à la continuité des soins ; lutter contre l'exclusion à travers des actions pour l'insertion sociale et professionnelle et l'autonomie des usagers ; participer à la lutte contre la stigmatisation⁵⁵ ». Cela, dans une dynamique collaborative et participative des différents acteurs du sanitaire, du social et du médico-social, des représentants d'usagers et d'aidants et, de la présence « primordiale⁵⁶ » du maire, Président du CLSM, ou de son représentant, « car il a la légitimité et les leviers d'actions pour instaurer une politique locale transversale⁵⁷ ». Les CLSM ont désormais une place incontournable dans le paysage français pour élaborer une politique locale de santé mentale, en lien avec les besoins identifiés, et dont la souplesse permet aux acteurs d'adapter ces besoins au territoire.

Ce fonctionnement a en commun avec la Belgique une volonté d'adapter sa politique de santé mentale, au niveau des territoires de proximité, pour répondre aux besoins de ces publics fragilisés et parallèlement, impulser une transformation des représentations de la société civile.

En Belgique, la création de la fonction de coordinateur de réseau de soins de santé mentale, suite à la réforme Psy107, permet cette organisation. « À cette fin, il doit organiser des réunions, pour chaque fonction, où les acteurs de terrain représentant les partenaires, où les « garants de services », se rencontrent pour élaborer des procédures destinées à coordonner leurs services dans le cadre du travail autour du patient. Acteurs centraux des projets d'exploration, les coordinateurs doivent orchestrer le développement de nouvelles réponses organisationnelles au sein d'un réseau valorisant les ressources locales : « En grande partie, la réussite du processus est entre leurs mains. Ils doivent parvenir à la construction d'un réseau intégré avec des processus et des procédures très clairs qui doivent apporter la bonne réponse. Le concept mis en place est très global et on attend que la réalité, l'expertise, la créativité locale, viennent s'inscrire dans ce concept...⁵⁸ ».

Aussi, les CLSM sont les dispositifs fonctionnels pour favoriser une dynamique cohérente d'ensemble intersectorielle. Pour structurer cette collaboration, les coordinateurs des CLSM auraient la responsabilité de mettre en œuvre ces 5 fonctions : « Lui [le coordinateur] il est le chef d'orchestre de tout ça, il doit trouver le dénominateur commun entre toutes ces ressources et construire des outils communs basés sur l'usager » (Coordinateur fédéral)⁵⁹ ».

Recommandation n°4 : Expérimenter dans tout le territoire de santé l'intervention des :

- Equipes mobiles de traitement ambulatoire de crise pour les personnes présentant des problématiques psychologiques ou psychiatriques aiguës,
- Equipes mobiles de traitement à domicile pour les personnes présentant des problématiques psychiques graves et de longue durée.

Intervenir dans le milieu naturel des patients est une disposition commune avec la Belgique en ce qui concerne les équipes mobiles. Leurs financements, en Belgique comme en France, sont assurés par le redéploiement de moyens lié au gel de lits en santé mentale. Ces équipes, pilotées par les hôpitaux, constituent un maillon supplémentaire pour aborder le soin dans une dimension plus souple.

⁵⁵ www.ors-idf.org/dmdocuments/2015/cahier/N38.pdf : Pauline Guezennec, Maud Jerber - La démarche des Conseils Locaux de Santé mentale – Les cahiers de l'IAU îdF n°170-171 – Septembre 2014

⁵⁶ Ibid

⁵⁷ Ibid

⁵⁸ <https://journals.openedition.org/sociologies/4853> : Au coeur de la Réforme des Soins de Santé mentale en Belgique : les coordinateurs de réseaux.

⁵⁹ Ibid

En Wallonie, les acteurs de terrain rencontrés, nous ont convaincus de l'intérêt pour les patients de pouvoir bénéficier de ces équipes ambulatoires multidisciplinaires dans chacun de nos départements. Ce, à plusieurs titres :

- Le premier, concerne *L'égalité des droits et des chances* pour qu'une approche alternative à l'hôpital permette à tout patient de bénéficier des mêmes offres de prestations,
- Le second corrobore la volonté de s'inscrire dans une démarche de rétablissement où l'offre de soins, en cohérence avec les besoins, s'inscrit dans un dispositif d'ensemble, complémentaire, adapté et hautement spécialisé,
- Le troisième, plus pragmatique, « *consiste* [par l'intervention de l'équipe mobile dite de crise] *à prévenir ou à écourter les admissions psychiatrique*⁶⁰. Son objectif serait d'intervenir rapidement, sur un laps de temps court, de façon à mettre en place le suivi de la personne dès le début de la crise jusqu'à la phase de stabilisation, en anticipant l'arrêt de l'accompagnement. C'est à dire, en envisageant progressivement, avec le patient, la suite de son accompagnement au moyen d'autres modèles d'accompagnement adaptés, comme la mise en place, si les besoins de l'utilisateur le nécessitent, de l'intervention d'une équipe mobile de traitement à domicile,
- Le quatrième quant à lui, s'adresse aux personnes dont l'accompagnement des soins demande l'intervention régulière de l'équipe de traitement à domicile pour favoriser le maintien dans le logement et éviter une rechute.

Recommandation n°5 : conforter la mise en place d'équipes pluridisciplinaires dédiées à la personne en situation de handicap psychique dans les secteurs sanitaire et médico-social.

Les personnes en situation de handicap psychique ont des besoins d'accompagnement pour lesquels les outils de la réhabilitation sont fonctionnels (remédiation cognitive, éducation thérapeutique, entraînement des compétences sociales, renforcement de l'autonomie, soutien à l'emploi, soutien des familles). Ce dispositif de réhabilitation psychosociale, utilisé dans l'ensemble de la Wallonie, est le modèle qui contribue au rétablissement de la personne.

Les objectifs visés, nous l'avons vu, sont de valoriser et de stimuler le potentiel des personnes en déterminant, avec elles, des projets réalistes après évaluations.

Nos homologues Wallons, dans cette dimension du rétablissement, ont également fait un autre choix essentiel à nos yeux : recruter des acteurs de formations sanitaires et sociales, pour des missions identiques, quel que soit le secteur d'interventions.

Ainsi, au-delà des réseaux formalisés, complémentaires certes, pour appréhender et accompagner l'utilisateur dans sa dimension globale, cette forme de pluridisciplinarité est indéniablement une valeur ajoutée pour mettre en œuvre des accompagnements très spécialisés. Les acteurs de terrain rencontrés ce sont d'ailleurs tous exprimés en faveur de cette orientation. La mise en commun de leurs compétences est pour eux essentielle pour adapter les accompagnements des personnes.

Dans notre culture française, force est de constater que l'attention portée à ce type de pluridisciplinarité est encore trop souvent morcelée sur les terrains, insufflant bien inconsciemment un clivage d'un autre temps.

Or, la pluridisciplinarité, sur les mêmes terrains et pour les mêmes missions, dans une dimension d'égalité, permettrait de s'appuyer sur des compétences complémentaires et contribuerait largement au rétablissement des personnes.

Favoriser une telle dynamique demande alors que nous prenions en compte le champ de la formation comme un des pivots central incontournable.

De notre point de vue, l'association des étudiants des différents secteurs est un des enjeux à la réussite de cette entreprise. La pluridisciplinarité de proximité, le travail partenarial ou en réseau

⁶⁰ Manuel des pratiques innovantes - Equipes mobiles de crise à l'attention des personnes présentant des problématiques psychiques aiguës – p. 51 et 52

appellent à ce que les acteurs de terrain prennent en considération les autres corps de métiers complémentaires au leur. La formation initiale devrait pouvoir amener les futurs professionnels à appréhender la nécessaire interdépendance des différents acteurs et développer ainsi une acculturation indispensable, aux bénéfices des usagers. Parallèlement, dans le cadre de formation continue, former les professionnels de terrain à la psychoréhabilitation est une des clés pour apporter des réponses en lien avec les particularités de ces publics.

Recommandation n°6 : Développer l'offre d'accueil en Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) dédiée aux personnes en situation de handicap psychique.

Ce type de dispositif s'avère particulièrement efficient pour fluidifier les parcours de vie et de soins, rétablir les capacités et aptitudes à habiter et renforcer l'adhésion aux soins dans la durée. C'est donc un levier incontournable pour négocier avec succès à la fois le virage ambulatoire en psychiatrie et le virage inclusif.

Recommandation n°7 : Renforcer le cahier des charges des Résidences accueil et leur dotation journalière par place autorisée afin de permettre une mise œuvre effective des quatre fonctions liées à l'habitat inclusif.

Les Résidences accueil sont des maisons relais dédiées aux personnes en situation de souffrance psychique et de handicap psychique. Cette « spécialisation » n'a en rien modifié la dotation journalière par place qui est de 16€. Une augmentation significative de ce montant renforcerait le nombre et la qualification des intervenants sur site. A titre d'exemple, en Belgique-Wallonie, le ratio des intervenants en IHP est de 1 pour 8 usagers. De plus, l'accompagnement des résidents est confié, par le biais de partenariats, à des SAVS ou SAMSAH. Toutefois, l'offre médico-sociale n'a pas été redimensionnée sur les territoires d'implantation des résidences accueil ce qui crée des difficultés réelles d'accès à un accompagnement médico-social dans les 6 mois de l'admission. Une adaptation de l'offre en services d'accompagnement pour personne en situation de handicap psychique s'avère donc nécessaire.

Recommandation n°8 : Développer les places d'accueil temporaire dans l'habitat inclusif afin de favoriser un dispositif d'évaluation en immersion.

« Les priorités en matière de santé mentale sont aujourd'hui de répondre à un objectif de rétablissement pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique, impliquant, au-delà de la stabilisation de leurs troubles, la promotion de leurs capacités et leur accès à une vie active et sociale choisie. La prise en charge et l'accompagnement du handicap psychique doivent permettre à ces personnes un accès à l'ensemble des dispositifs de droit commun, tout en continuant à mobiliser des dispositifs plus spécifiques ⁶¹ ».

En Belgique, comme sur notre territoire français, l'habitat inclusif est un nouveau modèle en faveur de l'émancipation, notamment pour des personnes en situation de handicap psychique, souhaitant « choisir son habitat et les personnes avec qui le partager ⁶² ». Cette indépendance des personnes est organisée en adaptant et en proposant des accompagnements individualisés selon leurs demandes et besoins. Sur les deux territoires, nous constatons une demande croissante à laquelle les dispositifs ne sont plus en mesure de répondre : la demande dépasse l'offre. Pour autant, l'intérêt de ces projets, devraient, au regard de la fluidification des parcours, permettre d'organiser des sorties de personnes,

⁶¹ Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche «une réponse accompagnée pour tous», de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016 – p. 5

⁶² Guide de l'habitat inclusif – pour les personnes handicapées et les personnes âgées – Novembre 2017 – p. 9

hospitalisées au long cours ou accueillies dans des institutions médico-sociales dont l'autonomie est suffisante pour intégrer un habitat inclusif. En lien avec la feuille de route « *une réponse accompagnée pour tous [...], les axes 3 et 4 appellent quant à eux [à] des évolutions qualitatives de l'accompagnement des personnes via la participation accrue des personnes et l'évolution des pratiques professionnelles pour aller vers plus d'individuation, plus de coordination et le respect des recommandations des bonnes pratiques*⁶³ ». Aussi, envisager des places d'accueil temporaire au sein même des habitats inclusifs pour favoriser un dispositif d'évaluation en immersion répondraient aux besoins observés sur les différents terrains Wallons et de l'hexagone. L'évaluation, dans le cadre d'un accompagnement, s'appuierait sur *le savoir habiter*. Elle permettrait ainsi d'observer en direct les capacités de la personne, pour travailler ou affiner avec elle son projet. Cette évaluation des besoins et des capacités, en lien avec la réhabilitation psychosociale, porterait sur des critères précis concernant :

- Les fonctions cognitives de la personne,
- Ses habiletés autour de la vie courante, de son hygiène en général,
- Des relations entretenues avec autrui,
- La communication orale et écrite.

4. Retour d'expérience sur la mission d'étude en Belgique-Wallonie.

Cette démarche d'ingénierie participative a été riche d'enseignements. Pour la plupart des professionnels en présence, ce fut leur première expérience de découverte d'un fonctionnement institutionnel en dehors de la France. Ainsi, chaque professionnel de terrain a pu exprimer à quel point leur implication dans cette mission leur a permis d'être conforté dans la qualité de leurs interventions quotidiennes. Toutefois, ils ont tous pris la mesure que le mouvement de la réhabilitation psychosociale, qui imprègne souvent de manière trop superficielle les pratiques professionnelles du sanitaire comme du médico-social, offre des opportunités considérables pour les usagers et les aidants naturels et/ou professionnels.

Le Centre Hospitalier Esquirol et l'Association PRISM sortent renforcés de cette expérience. Tout d'abord, ce fut la première fois dans notre département, que des professionnels de la psychiatrie et du médico-social furent amenés à croiser leurs regards, à partager une expérience commune en dehors de leur contexte habituel. Il est d'ores et déjà possible de mesurer des retombées positives concrètes dans la prise en charge conjointe d'usagers ou dans leur orientation. En d'autres termes, cette mission d'études et d'observations en Belgique-Wallonie permet d'améliorer la fluidité des parcours des personnes en situation de handicap psychique sur notre territoire de proximité.

Plusieurs suites sont envisagées. Parmi les pistes privilégiées, il y aurait :

- Une restitution de cette étude auprès des membres du Groupement de Coopération Sanitaire du Limousin « Handicap et Santé Mentale »,
- Une évolution de la méthodologie de travail au sein du Conseil Local de Santé Mentale de Limoges avec la mise en œuvre des cinq fonctions comme déclinées dans les réseaux de santé mentale wallons,
- Une expérimentation de la fonction de capteur de logement,

⁶³ Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche «une réponse accompagnée pour tous», de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016 – p. 4

- Un renforcement des liens avec l'Association SIMILES pour conforter la démocratie sanitaire locale ainsi que les pratiques d'entraide et de psychoéducation.

L'analyse critique de cette mission d'études et d'observations concerne les points suivants :

- Le coût/bénéfice est favorable puisqu'il est de 1 191€ par participant tout compris ce qui est, à titre de comparaison, bien inférieur au coût d'une formation courte dispensée en France,
- La collaboration entre chercheurs et acteurs de terrain a été constructive à tous les niveaux. L'accueil au sein des structures fut particulièrement chaleureux tout en étant méthodique. La parole librement exprimée a facilité le recueil de données dans un laps de temps court. A titre d'exemple, il nous a été possible de mesurer très rapidement des représentations très contrastées sur la réforme « PSY107 » entre les professionnels de terrain et les managers.
- Les équipes wallonnes ont exprimé à la fois leur surprise et leur satisfaction concernant cette marque d'intérêt d'une équipe française. Cette mission allait à contre sens avec leurs représentations du système de santé mentale français perçu souvent comme à la pointe en matière de rétablissement. Force est de constater que la mesure s'impose. A titre d'exemple, si la France est avancée dans l'expérimentation de la fonction de médiateur de santé pair-aidant, la Belgique a su innover avec la fonction de capteur de logement. De plus, il est important à nouveau de souligner que la réhabilitation psychosociale est « institutionnalisée » depuis plus de 25 ans en Belgique, tant dans le secteur sanitaire que médico-social, contrairement à la France,
- Les enseignements liés à cette mission d'études et d'observations ont bien un caractère opérationnel puisqu'ils seront réinvestis tant dans les unités de soins du Centre Hospitalier Esquirol que dans les établissements et services de l'Association PRISM.

Enfin, des observations complémentaires seraient à mener au niveau de l'efficacité des réseaux de santé mentale wallons. En effet, les deux études réalisées par le Centre de Référence en Santé Mentale, agréé et subventionné par la Wallonie, sur les « réseaux 107 » et les services de santé mentale n'ont pas abordé précisément ce point important dans un contexte très contraint en matière de finances publiques.

5. Conclusion

La montée en puissance des prises en charge ambulatoires et du travail en réseau formalisé représentent un changement structurel pour tous les acteurs de la santé mentale qu'il est nécessaire d'accompagner.

Cette intensification « *des interactions entre les usagers, les professionnels et les politiques* »⁶⁴ doit s'appuyer sur un langage commun, à ce jour insuffisamment formalisé.

Le développement de stratégies, de prises en charge et d'accompagnement, faisant référence à la réhabilitation psychosociale et au concept d'inclusion, nécessite la mise en place d'évaluations précises, élargies et continues du parcours de l'utilisateur.

⁶⁴ *Santé mentale, les enjeux de la réforme*, l'Observatoire, Revue d'action sociale & médico-sociale, n°72/2011-12, p. 11

Le mouvement de décloisonnement de l'offre de soins et d'accompagnements doit pouvoir s'appuyer également sur une réaffirmation des compétences, en le reliant à des métiers et des expériences. Ce, pour que chacun puisse trouver sa place au sein des équipes et dispositifs basés sur la pluridisciplinarité.

Les évolutions notables, intervenant actuellement dans le champ de la santé mentale, se font certes, aux profits des usagers, des pratiques innovantes, mais également des familles et des proches des personnes en situation de souffrance psychique. Cependant, il devient urgent de donner aux familles et aux proches une place réelle et reconnue dans le processus de rétablissement de la personne en situation de souffrance psychique. Il s'agit bien là de leur permettre de développer des compétences complémentaires à celles mises en œuvre par les aidants professionnels. Cet aspect est incontournable pour permettre à la personne en situation de souffrance psychique de se maintenir durablement et efficacement au sein de la cité.

L'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap(s), notamment pour celles en situation de handicap psychique, est l'affaire de tous.

Et, bien que le législateur œuvre pour une désinstitutionalisation, indiscutable sur le fond, il est fondamental de déterminer de nouvelles pratiques professionnelles pour obtenir un ensemble en mouvement cohérent et articulé.

Au regard de l'histoire de la psychiatrie, nous partageons, avec Monsieur Bernard Jacob, son analyse qu'une telle mobilisation va demander du temps pour aborder ce changement culturel et entrer dans l'ère de la santé mentale. Pour cela, nous devons penser ces nouvelles pratiques, faire « bouger les lignes » de telle manière que la société aborde ce virage avec suffisamment de confiance pour, à terme, voir avant tout l'individu et non plus le « fou » avec toute la connotation négative que ce terme véhicule.

Pour cela, nous avons la certitude que de l'union des familles, des professionnelles, des politiques, viendra l'adaptation de la société.

6. Annexes.

Annexe 1 : Méthodologie.

- **Composition de l'équipe**

Cette mission d'étude a impliqué vingt et un professionnels du Centre Hospitalier Esquirol, de l'Association Prévention Réinsertion Information en Santé Mentale et de l'Agence Régionale de Santé de la Nouvelle Aquitaine. Elle s'est déroulée du 25/06/2018 au 29/06/2018. Elle a été préparée avec l'appui de notre partenaire wallon, l'ASBL SIMILES. De plus, l'ensemble des participants a participé activement à la planification de ces interventions.

Pour le CH Esquirol :

- ✓ Philippe NUBUKPO, Professeur des universités – Praticien hospitalier, Médecin Chef du Pôle Universitaire d'Addictologie en Limousin
- ✓ Anibal ALMOSTER, Directeur adjoint, Responsable de la division des finances
- ✓ Claire GANIVET, Cadre socio-éducatif, Coordonnateur de parcours, Département de réhabilitation
- ✓ Rémi DELROUS, Infirmier, Unité de soins à temps complet, Département de réhabilitation

- ✓ Majda GASTRIN, Ergothérapeute, Equipe mobile handicap psychique, Département de réhabilitation
- ✓ Johan CHAPUT, Infirmier, Equipe mobile handicap psychique, Département de réhabilitation
- ✓ Mathieu JOURDANAS, Assistant de service social, Département de réhabilitation
- ✓ Hélène THOMAS, Médiateur de santé pair, Centre référent de réhabilitation psychosociale
- ✓ Philippe LAFONT, Médiateur de santé pair, Centre référent de réhabilitation psychosociale
- ✓ Delphine WALOCHA, Praticien hospitalier, Unité de soins à temps complet, Département de réhabilitation
- ✓ Pomeline RAIMBAULT, Psychologue clinicienne, Département de réhabilitation
- ✓ Florian CRESPIEN, Infirmier, Equipe mobile handicap psychique, Département de réhabilitation

Pour l'Association PRISM :

- ✓ Olivier PINAULT, Directeur d'un SAMSAH, Directeur par intérim d'une Résidence accueil et de groupes d'entraide mutuelle, animateur d'un programme de psychoéducation sur la schizophrénie
- ✓ Pauline CAILLEUX, Assistante de service social, référente de parcours de vie et de soins dans un SAMSAH
- ✓ Patricia MARTIN, Technicienne de l'intervention sociale et familiale, référente de parcours de vie et de soins dans un SAMSAH
- ✓ Sergiu BULIGA, Médiateur de santé pair dans un SAMSAH
- ✓ Alexandre RAYNAUD, Technicien de l'intervention sociale et familiale, référente de parcours de vie et de soins dans un SAMSAH
- ✓ Hélène CREYSSAC, Infirmière, référente de parcours de vie et de soins dans un SAMSAH
- ✓ Sandra BUGEAUD, Monitrice éducatrice, hôte dans une Résidence accueil
- ✓ Stéphanie SERVIERE, Infirmière, référente de parcours de vie et de soins dans un SAMSAH

Pour l'ARS Nouvelle Aquitaine :

- ✓ Stéphane DUFAURE, Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, responsable de l'unité personnes handicapées – SSIAD

- Démarche méthodologique utilisée

Terrain d'investigation n°1 : Les initiatives d'habitations protégées
Lieux d'immersion : <ul style="list-style-type: none"> • Initiative d'habitation protégée ISoSL (Liège) • Initiative d'habitation protégée Club André Baillon (Liège) • Service intégré d'aide et de soins psychiatriques dans le milieu de vie (Liège)
Professionnels impliqués : <ul style="list-style-type: none"> • Majda GASTRIN – CH Esquirol • Rémi DELROUS – CH Esquirol • Johan CHAPUT – CH Esquirol • Pauline CAILLEUX – Association PRISM

Terrain d'investigation n°2 : Les capteurs de logement, les usagers et la pair-aidance
Lieux d'immersion : <ul style="list-style-type: none"> • Capteurs de logement (Liège et Namur) • ASBL Together (Liège) • Maison des usagers « Les Colibris » (Namur)
Professionnels impliqués : <ul style="list-style-type: none"> • Mathieu JOURDANAS – CH Esquirol • Patricia MARTIN – Association PRISM • Sergiu BULIGA – Association PRISM

Terrain d'investigation n°3 : Les Centres de Rééducation Fonctionnelle (CRF)
Les CRF ont pour objectifs, dans un délai assez court (maximum deux ans, selon le diagnostic psychiatrique), d'aider les bénéficiaires à augmenter leurs habiletés et adapter leur mode de vie pour pouvoir exercer des activités professionnelles (ou poursuivre des études) et/ou (re)vivre dans le milieu familial ou autre milieu de vie
Lieu d'immersion : <ul style="list-style-type: none"> • CRF « La charnière » (Namur)
Professionnels impliqués : <ul style="list-style-type: none"> • Hélène THOMAS – CH Esquirol • Stéphane DUFAURE – ARS NA • Alexandre RAYNAUD – Association PRISM

Terrain d'investigation n°4 : Les Centres de Revalidation Psychosociale (CRP)
Les CRP ont pour objectifs de restaurer le fonctionnement psychosocial des personnes atteintes d'une maladie psychiatrique avec pour finalité l'insertion de la personne sur les plans de l'habitat, du travail et de la vie sociale.
Lieu d'immersion :
<ul style="list-style-type: none"> • CRP « L'ancre » (Oupeye)
Professionnels impliqués :
<ul style="list-style-type: none"> • Philippe LAFONT – CH Esquirol • Delphine WALOCHA – CH Esquirol • Hélène CREYSSAC – Association PRISM

Terrain d'investigation n°5 : Les équipes mobiles
Lieux d'immersion :
<ul style="list-style-type: none"> • Equipe SPADI (Liège) • Equipe PSY107 (Liège)
Professionnels impliqués :
<ul style="list-style-type: none"> • Pomeline RAIMBAULT – CH Esquirol • Florian CRESPIEN – CH Esquirol • Sandra BUGEAUD – Association PRISM • Stéphanie SERVIERE – Association PRISM

Terrain d'investigation n°6 : Les experts de la santé mentale
Personnes rencontrées :
<ul style="list-style-type: none"> • Nicole DEMETER – Directrice - ISoSL - Santé Mentale • Marc-André DOMKEN – Directeur médical - ISoSL - Santé Mentale • Olivier CROUFER – Directeur - Centre Franco Basaglia • Pietro GALLOT – Responsable d'atelier - ASBL Article 23 • Jean-Michel STANSEN – Directeur - ASBL Article 23 • Bernard JACOB - Coordinateur fédéral de la réforme des soins en santé mentale • Stéphanie NATALIS - Expert scientifique participation usagers/proches, coordination du projet « Manuel des pratiques innovantes » • Didier De RIEMAECCKER – Coordinateur du réseau de santé mentale de Namur • Claudine FRESON – Présidente - ASBL Similes • Jean-Marie BECKERS – Animateur de Conseils de proches - ASBL Similes
Professionnels impliqués :
<ul style="list-style-type: none"> • Philippe NUBUKPO – CH Esquirol • Anibal ALMOSTER – CH Esquirol • Claire GANIVET – CH Esquirol • Olivier PINAULT – Association PRISM

Chacun des groupes a été en immersion sur le terrain, a réalisé des entretiens ciblés auprès des professionnels et des usagers et a mené des observations ainsi que recueilli les documents utiles (projet d'établissement ou de service, rapport d'activité, outils d'évaluation, programmes d'intervention, etc.). Cette démarche a été réalisée à l'aide des grilles d'entretien et d'observation. Les données ont été collectées quotidiennement par les coordonnateurs de la mission. De plus, cette démarche s'est accompagnée d'un débriefing quotidien avec l'ensemble des participants à la mission.

Les entretiens et observations ont fait l'objet d'une retranscription mot à mot. Puis l'ensemble de ces données ont été croisées avec celles collectées dans le cadre de l'analyse documentaire préalable et postérieure à la mission.

- **Outils de recueil d'information**

Grille d'entretien avec les professionnels
<p>Personne(s) conduisant l'entretien</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Fonction :</p> <p>Nom de la structure belge</p> <p>Date de l'entretien</p> <p>Le professionnel concerné</p> <p>Emploi occupé :</p> <p>Ancienneté :</p> <p>Quels sont vos diplômes, formations certifiantes ou qualifiantes ? (Intitulé, Année d'obtention, Principales compétences acquises)</p> <p>Quel emploi occupez-vous actuellement ? (Référentiel de compétences au métier)</p> <p>Quelles formations en cours d'emploi avez-vous suivies ? (Intitulé de formation continue)</p> <p>Quelles sont les principales compétences mises en œuvre sur votre emploi actuel ?</p> <p>Quel regard portez-vous sur votre emploi actuel ? (Points d'intérêts, éléments positifs et négatifs, compétences...)</p> <p>Quelle(s) approche(s) et/ou méthodologie(s) d'intervention influence(nt) le plus votre pratique professionnelle ?</p> <p>D'après vous, comment votre pratique professionnelle favorise l'inclusion des personnes en situation de handicap psychique ?</p> <p>D'après vous, comment votre pratique professionnelle favorise l'accès ou le maintien dans le logement des personnes en situation de handicap psychique ?</p> <p>Au regard de votre expérience professionnelle, quels aménagements architecturaux et environnementaux favorisent l'accès ou le maintien dans le logement des personnes en situation de handicap psychique ?</p> <p>D'après vous, quels partenariats ou modalités de travail en réseau favorisent l'accès ou le maintien dans le logement des personnes en situation de handicap psychique ? (Coordination, articulation entre le sanitaire et le social, décroisement, partage d'information, éventuels freins, outils, temps de travail partagé, évaluation commune, ...)</p> <p>Au regard de votre expérience, quelle place est donnée à l'utilisateur dans la mise en œuvre de son projet de vie et de soins ? Et pour les proches ?</p> <p>Identifiez-vous des freins à l'inclusion des personnes en situation de handicap psychique ?</p> <p>Quel regard portez-vous sur la réforme en santé mentale actuellement en œuvre en Wallonie ?</p>

Grille d'entretien avec les usagers ou les proches

Avez-vous vécu de nombreuses hospitalisations ? / Votre proche a-t-il vécu de nombreuses hospitalisations ?

Depuis la loi psy 107, observez-vous des changements favorables à votre vie/ à la vie de votre proche dans la communauté ?

Avez-vous une équipe mobile qui vient à votre domicile ? Qu'est-ce que cela vous apporte ? Est-ce que vous pensez qu'il faudrait apporter des améliorations ? Si oui Lesquelles ?

Ou : Une équipe mobile intervient-elle au domicile de votre proche ? Qu'est-ce que cela lui apporte ? Est-ce pour vous facilitant ? Pensez-vous que des améliorations soient à apporter ?

Avez-vous des professionnels qui viennent apporter leurs aides dans votre logement/ dans le logement de votre proche ? Si oui, est-ce utile pour vous et pourquoi ? Si oui, pensez-vous que cela soit utile pour votre proche ? Si non, pensez-vous en avoir besoin ? Si non, pensez-vous que votre proche en ait besoin ?

La prise en compte de vos projets est-elle suffisante ? La prise en compte des projets de votre proche est-elle suffisante ?

Pensez-vous que vous avez suffisamment/ votre proche a suffisamment la possibilité de prendre des décisions, faire des choix, sur votre / sur sa vie quotidienne ?

Participez-vous à la vie communautaire ? Votre proche participe t-il à la vie communautaire ?

⇒ Si oui, pouvez-vous nous dire ce que vous faites et avec qui ? Qu'est-ce qui, pour vous, facilite votre participation à la vie communautaire ? Qu'est-ce qui pour vous facilite la participation de votre proche à la vie communautaire ?

⇒ Si non, pouvez-vous nous expliquer les raisons ? Est-ce qu'il y aurait des solutions qui faciliteraient votre participation à la vie communautaire ? Si non, en connaissez-vous les raisons ? Quelles seraient les solutions pour que votre proche puisse participer à la vie communautaire ?

Connaissez-vous la réforme « Psy 107 » mise en place en Belgique en 2010 ? idem famille/proche pour toute la partie 7

⇒ Constatez-vous des améliorations pour l'inclusion des personnes qui ont un problème de santé mentale ? Si oui, pouvez-vous nous dire à quelles améliorations vous pensez ?

⇒ Proposeriez-vous des améliorations de la réforme pour l'inclusion des personnes ? Si oui, quelles seraient les améliorations à apporter ?

Pour vous, quelles sont les mesures d'inclusion les plus adaptées à vos besoins/ aux besoins de votre proche ?

Selon-vous qui doit participer à la recherche de solutions pour continuer à favoriser l'inclusion sociale dans la communauté ? Idem famille.

Grille d'observations			
Thèmes	Les + (atouts, points forts, ...)	Les – (difficultés, fragilités, ...)	Réflexions ou observations complémentaires
Equipe pluridisciplinaire			
Compétences mobilisées Organisation fonctionnelle			
Méthodologies ou Outils utilisés			
Partenariats / Réseaux			

Grille d'entretien avec les experts
<p>Quel est le mécanisme de financement de la réforme ? Permet-il de couvrir les besoins ?</p> <p>En quoi la réforme psy 107 a-t-elle modifié le paysage ?</p> <p>En quoi la réforme psy 107 permet-elle de mieux répondre aux besoins des usagers ?</p> <p>La réaffectation des moyens hospitaliers est-elle effective ? Avec quels résultats concrets ?</p> <p>Pensez-vous que vos objectifs d'humanisation des soins et de désinstitutionalisation sont atteints ?</p> <p>La réforme psy 107 a-t-elle eu des effets concrets sur les ruptures de parcours ou la fluidification des parcours ?</p> <p>Cette réforme est-elle mise en œuvre sur l'ensemble des territoires ?</p> <p>Quel regard portez-vous sur l'action des réseaux ? Les 5 fonctions sont-elles remplies ?</p> <p>Identifiez-vous des oppositions à cette réforme ? Lesquelles ?</p> <p>Y a-t-il de grands bénéficiaires de la réforme ?</p> <p>Y a-t-il des laissés pour compte de la réforme ?</p> <p>Y a-t-il aujourd'hui un consensus entre les différents acteurs ?</p> <p>L'objectif d'inclusion sociale de l'utilisateur, y compris par et dans le logement, est-il atteint ? Pour quelles raisons ?</p>

Annexe 2 : Ressources documentaires

Textes règlementaires :

Décret du 3 avril 2009 relatif à l'agrément des services de santé mentale et à la reconnaissance des centres en santé mentale en vue de l'octroi de subventions

SERVICE PUBLIC FEDERAL – SECURITE SOCIALE – 24 juin 2002 – Déclaration conjointe des Ministres de la Santé publique et des Affaires sociales sur la politique future en matière de soins de santé mentale

Arrêté royal du 10 juillet 2008 portant coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

CIRCULAIRE N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016

ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées et protocole facultatif, Article 19

Ouvrages, revues et guides

FRANCK Nicolas, Sous la direction de, *Outils de la réhabilitation psychosociale : Pratiques en faveur du rétablissement*, Médecine et psychothérapie, Elsevier Masson, 2016

Santé mentale, les enjeux de la réforme, l'Observatoire, Revue d'action sociale & médico-sociale, n°72/2011-12

Manuel des pratiques innovantes en santé mentale en Belgique, Mai 2016

SIMILES, Le vécu des familles de personnes atteintes de troubles psychique, 2004

Guide vers de meilleurs soins en santé mentale – par la réalisation de circuits et de réseaux de soins – Wallonie

Guide de l'habitat inclusif – pour les personnes handicapées et les personnes âgées, Novembre 2017

Recherches, études et rapports

DGCS, Enquête nationale relative à l'habitat alternatif/inclusif pour personnes handicapées, personnes âgées, personnes atteintes d'une maladie neurodégénératives ou leurs aidants, Synthèse des résultats, Février 2017

DGCS – CNSA, Guide de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées, Novembre 2017

L'Union sociale pour l'habitat, L'accès et le maintien dans le logement des personnes ayant des difficultés de santé mentale, Les cahiers, N°103, Mars 2006

DGCS, Démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap, Janvier 2015

Inspection Générale des Affaires Sociales, Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, TOME 1 RAPPORT, Novembre 2017

LAFORCADE Michel, Rapport relatif à la santé mentale, Octobre 2016

Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins

Centre de Référence en Santé Mentale, *Sondage des Services de Santé Mentale dans un contexte de réforme multiples*, Mars 2017

Centre de Référence en Santé Mentale, *PSY 107 : Enquête sur l'implication des acteurs de terrain wallons dans les réseaux 107*, Septembre 2016

Rapport d'activité 2016 du CRP de « L'Ancre »

Rapport d'activité 2017 du capteur de logement de Namur

Articles

THUNUS Sophie, LORQUET Nadège, *Au cœur de la réforme des soins en santé mentale en Belgique : les coordinateurs de réseau*, SociologieS, Novembre 2014

THUNUS Sophie, *Changements institutionnels dans le champ de la santé mentale en Belgique : dynamiques écologiques et sociales*, Colloque « Les services de santé mentale dans la cite », Octobre 2015

CAEL Youri, BURQUEL Charles, *Réforme de la psychiatrie et milieu de vie : enjeux*, Santé conjugulée, n°70, Mars 2015

Sites Internet consultés

<https://www.mc.be/que-faire-en-cas-de/situation/arrivee-belgique/securite-sociale/fonctionnement>

<http://capteurlogement.be/namur/>

<https://www.leforem.be/entreprises/aides-financieres-maribel-social.html>

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_299B_Protocole_evaluation_conventions_INAMI_Synthese_0.pdf

<https://centre-ressource-rehabilitation.org/qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psychosociale>

www.ors-idf.org/dmdocuments/2015/cahier/N38.pdf : Pauline Guezenec, Maud Jerber - La démarche des Conseils Locaux de Santé mentale – Les cahiers de l'IAU îdF n°170-171 – Septembre 2014

<https://journals.openedition.org/sociologies/4853> : Au coeur de la Réforme des Soins de Santé mentale en Belgique : les coordinateurs de réseaux.

6.1. La synthèse des connaissances documentaires.

Le secteur sanitaire psychiatrique et le secteur médicosocial français sont particulièrement encouragés depuis trois années à mettre en œuvre des stratégies de prise en charge et d'accompagnement inclusives au bénéfice des personnes en situation de souffrance psychique et de handicap psychique. Pour les uns, il s'agit d'opérer un « virage ambulatoire » et, pour les autres, un « virage inclusif ». Ces mutations profondes tentant de dépasser le caractère binaire de l'offre de soins et d'accompagnement – l'institution ou le domicile – sont autant désirées que redoutées car il s'agit bien là de se repenser « hors-les-murs » et de réinvestir l'habitat.

A la différence de la France, c'est en 2010 que la Belgique a amorcé le virage ambulatoire en santé mentale. En effet, tout en proposant un éventail d'offres en matière de soins de santé et de bien être pour les personnes souffrant de troubles psychiques, la Belgique était – est encore – un des pays européens où le nombre de lits en psychiatrie présentait un des ratios les plus élevés : 152 lits psychiatriques pour 100 000 habitants. A titre indicatif, le ratio français, également important, affichait un ratio de 90 lits pour 100 000 habitants.

Aussi, la Belgique, sensibilisée comme tous les pays par l'OMS, fait donc le choix en 2010 de s'engager dans un processus favorisant l'inclusion des personnes qui présentent des troubles mentaux. Le parti pris belge est alors de mettre en place une réforme des soins en santé mentale applicable dans tout le Royaume. Baptisée Psy 107, la réforme a l'objectif de mettre en place une politique de soins intégrés en désinstitutionnalisant les soins de santé mentale. La fermeture progressive des lits dans les hôpitaux psychiatriques et les établissements de soins est le moyen mis en œuvre. C'est en effet en gelant des lits que les moyens sont réaffectés progressivement dans des équipes mobiles, dont l'objectif est le traitement à domicile des problèmes psychiatriques aigus ou chroniques. Il est ici question, non pas de fermer administrativement les lits, mais d'affecter une partie des moyens pour développer, avec d'autres acteurs de terrain, cinq fonctions à la réussite du projet global d'inclusion :

- la prévention et le dépistage,
- l'accompagnement ambulatoire intensif,
- la réinsertion et l'inclusion sociale,
- le traitement résidentiel intensif de courte durée (l'hospitalisation inévitable),
- le développement d'habitats spécifiques diversifiés permettant une offre de soins adéquate.

L'ensemble de ces dispositifs travaille désormais sur une base territoriale, telle la Wallonie, et se constitue d'un réseau de différents acteurs (professionnels, usagers et proches d'usagers) impliqués dans le suivi des personnes. Un coordinateur est chargé de piloter l'ensemble.

Dans cet ensemble en mouvement, la place des usagers et de leurs proches a permis aux associations de participer à la mise en place de la réforme. Similes Wallonie est l'une d'elles. Son implication lui permet de donner son avis sur le déroulement et l'évolution de la réforme et d'élaborer des recommandations. En 2004, la parution de son « livre blanc – Le vécu des familles de personnes atteintes de troubles psychiques » est un positionnement pour la prise en compte des personnes souffrant de problématiques psychiques et par ricochet leur famille. Il s'adresse aux professionnels de la psychiatrie, du médical, paramédical, social, judiciaire, associatif, aux milieux politiques, aux médias, etc. Sa détermination et sa constance fait de SIMILES aujourd'hui un des acteurs incontournable dans le paysage Belge.

Par ailleurs, la souplesse de la réforme amène les différents acteurs à se positionner et être force de propositions novatrices, favorables à l'inclusion des personnes. En 2016, le secteur

de la santé mentale a présenté « un manuel des pratiques innovantes ». La multiplicité des objectifs de ce document montre l'engagement des différents secteurs vers et pour l'inclusion sociale des personnes ayant des troubles psychiques. Il s'adresse d'une part aux professionnels, aux usagers et leurs proches. Et, il donne un éclairage, d'autre part, sur de « bonnes pratiques » en lien avec la réforme Psy 107, pour toutes personnes intéressées par les réformes de soins en santé mentale, que ce soit à un niveau local, national et international. En effet, « La réforme est un processus continu. Je souhaite que la Belgique poursuive son chemin vers l'accessibilité des soins en santé mentale et vers l'amélioration de la qualité des services pour tous. Je souhaite aussi que l'expérience décrite dans cette publication soit utile à tous ceux qui déploient des efforts, dans ce sens, dans d'autres communautés et pays⁶⁵ ».

Dans ce contexte, l'habitat inclusif prend une dimension toute particulière et devient un objet incontournable pour l'inclusion des personnes en situation de souffrance psychique et de handicap psychique.

⁶⁵ Docteur Shekhan Saxena, Directeur, Département Santé mentale et abus de substances psychoactives – Organisation Mondiale de la Santé.