

# contact

N°147

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

TRIMESTRIEL • 36<sup>E</sup> ANNÉE • MAI JUIN JUILLET AOÛT SEPTEMBRE 2016



DOSSIER

## La réforme des soins en santé mentale en Belgique

PREMIER ÉCHELON

Les soins infirmiers  
dans le budget  
des soins de santé



AIDE & SOINS  
A DOMICILE

Partenaire Mutualité chrétienne



## Temps et qualité

Brice MANY, Directeur général de la FASD

Nos métiers sont pratiqués par des gens compétents, vous. Pour beaucoup de nos professionnels, un diplôme est nécessaire pour occuper la fonction. Celui-ci apporte une forme de garantie sur vos compétences. Mais pour bien travailler, nous devons être performants et nos compétences doivent être mises en action. La performance, voilà bien un mot qui doit retrouver son sens dans nos métiers. Oubliez le monde du sport et de la compétition. La seule chose à en retenir, c'est la recherche du meilleur de soi-même qui se retrouve déjà un peu dans la performance chez Aide & Soins à Domicile.

J'en viens à la seconde partie de mon titre : la qualité. Pour trouver une vraie qualité dans l'aide et les soins, pour coordonner la situation autour d'un bénéficiaire avec qualité, la performance est nécessaire. Nos compétences garantissent une certaine qualité identique. Notre performance, c'est la recherche du meilleur de nous-même dans la présence et l'action, dans la relation de soins.

Et souvent, nous faisons danser la qualité avec le temps. Parfois, ils engagent un slow langoureux. Parfois, ils dansent un rock endiablé. D'autres fois, c'est une farandole, farandole de bénéficiaires ou de collègues. Et la performance s'écarte alors de la relation de soins. Je vais nous poser une question. Donnons-nous toujours ce que nous avons de plus performant, c'est-à-dire ce qui nous rend le meilleur dans la relation à l'autre ? J'espère que non. Je nous souhaite de donner le plus souvent possible ce que nous avons de

meilleur, d'accepter sereinement d'avoir été moins bon et de comprendre pourquoi.

Oublions les "je n'ai pas le temps". Faisons ce que nous pouvons faire de mieux dans le temps, pour donner à chaque temps, le plus de qualité possible. Gardons en tête les quelques questions qui permettent d'être dans la qualité : qui est la personne avec qui je suis, que vit-elle et moi, qu'est-ce que je vis ? Comment dois-je m'y prendre, avec mes compétences et comment vais-je m'y prendre pour être performant ? Quel est le sens de ceci pour elle et pour moi, c'est-à-dire, pourquoi je fais cela ? Cette dernière question n'appelle pas à des réponses philosophiques ou fumeuses. Rappelons-nous simplement qui nous aidons. La performance est dans la réponse au pourquoi. Nous sommes performants comme entreprise associative quand nous aidons des milliers de personnes à rester vivre chez elles dans de bonnes conditions ou à tout le moins dans des conditions suffisamment acceptables qui contribuent à leur bien-être.

Alors que nos services vont connaître une sérieuse évolution avec la création de l'assurance autonomie, rappelons-nous notre mission, si simple dans ses mots, si vaste dans une journée de travail, au contact de chaque bénéficiaire. Et rappelons-nous également que pour prendre soin des autres, il est nécessaire de prendre soin de nous. Plus nous prenons soin de nous, plus nous nous enrichissons de ce que l'autre nous donne.

## contact

LA REVUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

36<sup>e</sup> année • n°147 • mai-juin-juillet-août-septembre 2016  
Tél. : 02 735 24 24 • Fax : 02 735 85 86 • [secretariat@fasd.be](mailto:secretariat@fasd.be)

> **Editeur responsable** : Brice Many > **Rédactrices en chef** : Guillaîne Goosse & Pauline Deneubourg > **Comité scientifique** : Elisabeth Darras, Serge Jacquinet, Dominique Lamy, Brice Many, Alexandra Tasiaux > **Correspondants régionaux** : Christophe Vanesse, Catherine Craps > **Contribution** : ASD Liège Huy Waremme, Geneviève Aubouy, Catherine Craps, Didier de Riemaeker, Gérald de Schietere, Guillaîne Goosse, Bernard Jacob, Dominique Lamy, Jean-Philippe Lejeune, Audrey Maigre, Brice Many, Christophe Vanesse. > **Photos** : Fotolia, Shutterstock, [Grapher&Co] > **Relecture** : Elisabeth Darras, Guillaîne Goosse, Serge Jacquinet, Dominique Parisot, Alexandra Tasiaux > **Lectorat** : Secteurs de l'aide et des soins à domicile, des soins de santé en général et de l'action sociale > **Conception et mise en page** : Olagil - Tél : 02 375 65 15 - [www.olagil.be](http://www.olagil.be) > **Abonnement** : 12€ par an (20€ pour l'étranger) ou 3€ par numéro > **A verser au compte** : IBAN BE45 7995 7162 0089 (mention : abonnement Contact + mail et n° de tél). Les articles sont publiés sous la responsabilité de leur auteur. La reproduction, même partielle, à des fins non commerciales, des articles publiés dans Contact est autorisée à la seule condition d'indiquer la source et de nous envoyer un exemplaire de la publication.

# Stress et charges psychosociales : "Chère semaine de stress, notre histoire s'arrête là"

Guillaine GOOSSE, Rédactrice en chef - sur base des fiches "prévention" ASD-CESI

Les facteurs de stress sont très nombreux : traumatisme, choc émotionnel, opération chirurgicale, intoxication, froid et, de façon générale, astreintes de la vie quotidienne (bruit, appels téléphoniques multiples, interconnectivité, surmenage, transports, etc.). En outre, certaines situations, a priori favorables (bon résultat d'un examen, réussite financière, événement familial agréable, etc.), peuvent également entraîner des situations stressantes<sup>1</sup>.

Plus généralement, le stress est ressenti lorsqu'un déséquilibre est perçu entre ce qui est exigé de la personne et les ressources dont elle dispose pour répondre à ces exigences.

Les réactions à des circonstances identiques varient d'un individu à un autre. Certaines personnes sont mieux armées que d'autres pour répondre à des exigences élevées. Une modification de la situation familiale, des problèmes de santé, des difficultés dans la sphère privée peuvent altérer les ressources de la personne. La balance s'en retrouve déséquilibrée.

Le stress à court terme, engendré par exemple par l'obligation de respecter un délai, ne constitue pas un problème en soi. Il peut en effet stimuler chacun à donner le meilleur de soi-même. Le stress devient un risque pour la santé et la sécurité lorsqu'il est éprouvé dans la durée.

Bien que le stress soit perçu psychologiquement (irritabilité, anxiété, dépression,...), il peut également porter atteinte à la santé physique (problèmes de dos, troubles digestifs, cardiaques, hypertension,...).



© Shutterstock

<sup>1</sup> <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/stress/16296>  
Fiche CESI

## MESURES DE PREVENTION :

- N'exécutez pas de tâches qui ne sont pas prévues dans l'aide (déménagement, tapissage, cirage de parquets,...).
- Discutez avec le bénéficiaire de ce qu'il attend de vous lors de votre prestation. N'hésitez pas à lui dire si vous n'arrivez pas à assumer toutes les tâches qu'il vous demande.
- Organisez vos prestations habituelles et vos tâches pour éviter une répétitivité au cours d'une même journée (par exemple : évitez de faire 4x la file à la caisse du supermarché le vendredi).
- Si vous éprouvez des difficultés avec votre planning, vos horaires, les déplacements, parlez-en !
- L'aggravation de l'état de santé ou de l'indépendance d'un bénéficiaire peut allourdir votre tâche. Signalez-le !
- Votre responsable veillera à répartir équitablement dans l'équipe les bénéficiaires lourds, exigeants ou désagréables.
- **Le dialogue reste la garantie d'une meilleure compréhension et du traitement efficace des difficultés.**
- **Votre responsable, le conseiller en prévention et votre médecin du travail sont à votre écoute. Ils chercheront avec vous la meilleure solution pour améliorer votre bien-être au travail.**

PREMIER  
ÉCHELON



## Les soins infirmiers dans le budget des soins de santé

Audrey MAIGRE,  
Chargée de missions "Aide et Soins" FASD

**Le budget des soins de santé a fait la "une" de l'actualité en ce mois d'octobre suite aux mesures d'économie décidées lors du conclave budgétaire du gouvernement. La sentence est tombée : 902 millions d'économie imposées au secteur des soins de santé ! Un secteur qui voit d'année en année son budget soumis à économies alors qu'il est confronté à de nombreux défis telles que la prise en charge des maladies chroniques, des différentes problématiques liées au vieillissement de la population, ...**

Bien que décrié par l'ensemble des mutualités mais aussi de nombreux représentants du secteur des soins de santé, ce budget a été adopté et aura pour impact, notamment, l'augmentation du ticket modérateur (soit la part contributive des bénéficiaires) des antibiotiques.

Pourtant, les soins de santé ont déjà eu à fournir 22% de l'effort total d'assainissement réalisé en 2015 par la Belgique. Le secteur a donc eu à réaliser la plus grosse contribution.

Les dépenses de santé représentent un peu plus de 10% du produit intérieur brut (PIB) qu'elles soient financées par les individus eux-mêmes (2%) ou par la collectivité (8%). C'est également, en termes de dépenses, un des secteurs les plus importants de notre sécurité sociale puisqu'aujourd'hui c'est près de 40% de nos dépenses sociales qui y sont consacrées!

La croissance du secteur est continue et bien plus rapide que celle du PIB. Cette tendance va se poursuivre à l'avenir au vu des enjeux auxquels est confronté le secteur. Ceci nécessite donc une attention particulière et sans nul doute une politique de maîtrise des coûts mais pas à n'importe quel prix pour le bénéficiaire ou encore les prestataires de soins !

Les soins infirmiers à domicile font partie intégrante des soins de santé et ne déroge pas à la tendance du secteur. En effet, depuis 1998, les dépenses annuelles pour les soins à domicile représentent plus de 4% des dépenses totales de l'INAMI (5% en 2015).

### RÉPARTITION DES DÉPENSES PAR TYPE DE PRESTATAIRE (2015)

Honoraires médicaux

Budget des moyens financiers des hopitaux

Spécialités pharmaceutiques

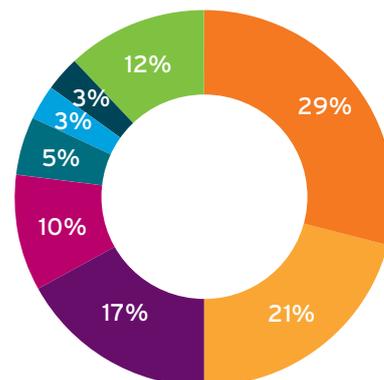
Maison de repos

Soins à domicile

Dentistes

Kinésithérapeutes

Autres



Sa croissance annuelle est d'ailleurs plus importante que la croissance moyenne de l'ensemble des dépenses de santé<sup>2</sup>. Selon le KCE<sup>3</sup>, en 2004, 6% de la population belge recevait la visite d'une infirmière à domicile. Ce pourcentage augmente significativement avec l'âge de telle sorte que parmi les personnes âgées de plus de 75 ans, 28% ont fait appel aux soins infirmiers à domicile.

Face à un tel constat, les soins infirmiers à domicile ne sont pas épargnés par les mesures d'économie et ce, de manière structurelle. On peut pointer, pour exemple, les économies d'un peu plus de 19 millions d'euros à mettre en œuvre en 2016.

L'instrument de répartition du budget fédéral entre les prestataires de soins n'est autre que la nomenclature bien connue des infirmiers à domicile. Depuis 1963 et la ratification de la loi Leburton, le système de santé belge est un système où les pouvoirs publics formulent les objectifs généraux de la politique de santé et fixent chaque année le budget nécessaire pour les atteindre, mais où sa mise en œuvre est en principe laissée aux partenaires sociaux, les organismes assureurs et les prestataires de soins. La conclusion d'accords et de conventions a lieu tous les deux ans entre les mutualités et les prestataires de soins. C'est à ce niveau que le montant des honoraires et le niveau de remboursement des prestations de santé ainsi que leurs règles d'application sont fixés.

Les économies imposées aux soins infirmiers à domicile se manifestent donc au niveau des modifications au sein de la nomenclature. On peut penser à la non indexation de la lettre W<sup>4</sup> ou encore la suppression des forfaits dans les dispensaires,... Si ces mesures ont fait leurs preuves et ont été validées par la commission de conventions, elles ne suffisent pas à rencontrer les économies qui sont imposées au secteur par le gouvernement.

C'est pour cette raison qu'une taskforce "économie" soit un groupe temporaire opérationnel a été constitué pour développer un certain nombre de mesures structurelles permettant le respect de la trajectoire de croissance des dépenses prévues. Les différentes propositions de cette taskforce ont été présentées à la Ministre de la santé Mme De Block et certaines ont été retenues. Malgré ce travail concluant et sans impact négatif pour le budget 2017 du secteur soins infirmiers à domicile, la commission de conventions a été informée en juillet 2016 (soit plusieurs mois avant le conclave budgétaire) de nouvelles mesures d'économies structurelles pour les soins de santé tous secteurs confondus. Le travail devra donc se poursuivre et demandent une agilité importante entre économies et rencontrent des besoins du secteur.

En conclusion, il est nécessaire, tel que nous l'avons vu, d'accompagner l'évolution des dépenses au sein des soins de santé afin d'assurer la viabilité du secteur au long court. Cependant, ces économies ne doivent pas mettre à mal le financement de nouvelles initiatives indispensables pour faire face à l'évolution des besoins en santé de la population. C'est sans doute par une analyse en profondeur de la dynamique actuelle de financement bien trop ancrée dans une médecine de soins aigus et hospitalière, qui est en décalage avec les besoins complexes des bénéficiaires souffrant de maladies chroniques ou vieillissant, que se trouvent des pistes de solution. Soutenir le développement et la pérennité des soins à domicile et plus largement les soins de premières lignes est sans nul doute un objectif majeur qui, espérons-le, ne sera pas oublié dans les nouvelles économies imposées au secteur.

**Les soins infirmiers à domicile ne sont pas épargnés par les mesures d'économie et ce, de manière structurelle**



1 Pauline Van Cutsem, "Budget fédéral 2016 des Soins de santé" in MC-informations 263 - mars 2016 - Bruxelles

2 KCE, "Le financement des soins infirmiers à domicile en Belgique" - 2010 - Bruxelles

3 Centre fédéral d'expertise des soins de santé

4 Lettre clé qui possède une valeur en euro et est multipliée à un nombre coefficient pour déterminer l'honoraire d'une prestation



## Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC)

Les troubles obsessionnels compulsifs sont des troubles de l'anxiété. Ceux-ci se matérialisent sous forme d'idées envahissantes et angoissantes, impossibles à écarter, qui reviennent sans cesse. Celles-ci conduisent à des rituels irrépressibles ou des ruminations d'idées répétées à l'extrême, qui visent à chasser les obsessions ou bien à obtenir un répit provisoire, en diminuant l'anxiété ou le sentiment de danger qu'elles suscitent.

Les TOC constituent une pathologie psychiatrique relativement fréquente. Les personnes qui en sont atteintes sont généralement conscientes de l'absurdité de leurs pensées ou de leurs comportements, mais elles ne parviennent pas à s'en libérer, y compris en cas de retentissements négatifs pour leur vie.

### A CHACUN SON TYPE DE PENSÉES OBSESSIONNELLES

Les thèmes des obsessions sont très divers. Très souvent, elles tournent autour de la peur des germes et des microbes : la personne craint d'être contaminée. Les obsessions se présentent également sous forme de pensées violentes ou sexuelles, y compris à l'égard des proches. Elles comportent parfois des impératifs d'ordre et de symétrie, ou font surgir des doutes ou des remises en questions incessants sur ce que l'on fait ou sur des décisions que l'on prend. Les actions compulsives qui découlent des pensées obsédantes sont tout aussi variées : nettoyages incessants, rangements continus, vérifications constantes, répétitions de phrases ou de mots, séries de listes établies sans fin mentalement, croyances absurdes auxquelles la personne se soumet, persuadée, par exemple, qu'il lui faut absolument toucher 20 fois de suite tel ou tel objet...

### LES CAUSES ?

Les causes des TOC sont méconnues. Un facteur génétique pourrait être impliqué. Il existe une tendance familiale aux TOC. Des causes neurophysiologiques, qui impliqueraient des dysfonctionnements de neurotransmetteurs ou de certaines zones du cerveau, sont également avancées, tout comme des facteurs psychologiques ou même immunitaires.

### TOC : GUERIR OU SOULAGER ?

Les TOC évoluent de façon variable.

- Lorsque les symptômes sont peu importants, il arrive qu'ils régressent avec le temps ou qu'ils demeurent à un niveau acceptable.
- Les TOC surviennent parfois par "poussées", avec des périodes plus calmes qui les entrecoupent.
- Les TOC peuvent aussi empêcher de vivre normalement et s'aggravent lorsqu'ils ne sont pas traités.

Une prise en charge précoce, avec la pose d'un diagnostic, permet de proposer des traitements susceptibles d'éviter les conséquences scolaires, sociales ou professionnelles liées aux TOC. Les thérapies cognitivo-comportementales, associées à un traitement médicamenteux faisant généralement appel à certains anti-dépresseurs et/ou anxiolytiques (qui entraînent davantage d'effets secondaires) donnent les meilleurs résultats. Le soutien des proches, appelés à ne pas juger et à ne pas participer, sous quelque forme que ce soit, à l'accomplissement des rituels, est également important.

### CERTAINS FAITS

- Hommes et femmes sont pareillement concernés par les TOC. Souvent, ceux qui en souffrent ont une faible estime de soi.
- Les événements de vie stressants risquent d'augmenter les pensées obsessionnelles et les compulsions.
- Les rituels ne procurent aucun plaisir à ceux qui les accomplissent, que du contraire.
- Pour poser le diagnostic de TOC, les médecins estiment que les symptômes qu'ils provoquent occupent au moins une heure par jour.



ARRÊT  
SUR IMAGE

**“Savoir sourire : quelle force  
d’apaisement, force de douceur,  
de calme, force de rayonnement !”**

Guy de Larigaudie

# La réforme des soins en santé mentale en Belgique

## SOMMAIRE DU DOSSIER

LA RÉFORME DES SOINS EN SANTÉ MENTALE EN BELGIQUE : INTRODUCTION	9
LES FORCES ANTAGONISTES DE LA RÉFORME	10
PROJETS ASD LIÉS À LA RÉFORME	12
FORMATION EN SANTÉ MENTALE : QUELLES ADAPTATIONS DEPUIS L'ADOPTION DES "PROJETS 107" ?	14
SENSIBILISATION AUX TROUBLES PSYCHIQUES ET OUTILS DE COMMUNICATION	16
RÉSEAU SANTÉ NAMUR	17
LES OUTILS DÉVELOPPÉS PAR LE RÉSEAU SANTÉ NAMUR	18
TRAVAILLER AU DOMICILE EN SANTÉ MENTALE	20

## La réforme des soins en santé mentale en Belgique : introduction

Bernard JACOB, Chef de projet et coordinateur fédéral de la réforme des soins en santé mentale (art 107)

La réforme des soins en santé mentale vient modifier profondément le paysage et la philosophie de prise en charge des usagers avec une problématique de santé mentale et/ou psychiatrique.

Les pratiques sont désormais orientées vers **une vision se centrant sur une prise en charge communautaire et vers le rétablissement**, et ce, en transformant l'offre hospitalière -qui apparaît comme une des plus fournies en Europe en termes de lits/habitant- en soins au plus près du quotidien et du cadre de vie de l'utilisateur. Cette philosophie implique une prise en compte de tous les intervenants qui constituent un **travail en réseau**, où la concertation est une des bases du travail. La finalité est le maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés.

Pour ce faire, le modèle que nous mettons en place en Belgique se caractérise par cinq fonctions :

1. Acteurs de la première ligne
2. Equipes mobiles
3. Réhabilitation psychosociale : la formation et l'insertion professionnelle
4. Milieu hospitalier
5. Logement et hébergement

Ces cinq fonctions sont un modèle symbolisant le réseau de services alternatifs. Celui-ci a comme originalité d'associer, au sein d'une vision globale et intégrée, l'ensemble des dispositifs en associant les ressources hospitalières et celles développées dans la communauté, qu'ils soient

directement en lien avec la santé mentale ou non. Sur une zone déterminée, l'ensemble des intervenants présents ont à créer des stratégies pour répondre à l'ensemble des besoins en santé mentale de la population de ce territoire. Le réseau ainsi construit est multidisciplinaire et basé sur des modalités d'interventions flexibles.

L'approche stratégique et les mécanismes de cette réforme se construisent de manière formalisée, grâce à des conventions de collaboration entre partenaires qui se réunissent et déterminent des procédures au sein de comités de réseau et de fonction. Un coordinateur de réseau est le garant de cette structuration, favorisant l'implémentation du réseau de partenaires.

Nous vivons actuellement une période qui peut être qualifiée d'historique, et ce, au regard des ambitions et de la complexité de la réforme, liées à l'hétérogénéité des partenariats professionnels impliqués, à la volonté d'intégration des usagers et des familles, ou encore au dialogue et au consensus permanent qu'elle suscite avec les différentes instances gouvernementales. La réforme est depuis 2009 dans une phase exploratoire en Belgique où les dix-neuf projets-pilotes, couvrant une partie importante du territoire du pays, s'installent structurellement en modifiant profondément les pratiques et la vision des soins. Il n'en reste pas moins que la réforme nécessite une mise au travail des acteurs sous la forme d'un apprentissage s'installant dans le temps. ■



## Les forces antagonistes de la réforme

Bernard JACOB, Chef de projet et coordinateur fédéral de la réforme des soins en santé mentale (art 107)

**Cette mise au travail et cet apprentissage peuvent connaître des forces antagonistes, la réforme des soins en santé mentale se voyant étayée par des leviers, mais peut également être confrontée à des freins et à des difficultés. Nous allons évoquer quelques-unes de ces forces antagonistes.**

### Les leviers :

Comme leviers, nous pouvons en évoquer plus d'une dizaine, illustrant la force et la volonté de ce mouvement historique :

1. l'implémentation au niveau national ;
2. un souhait politique fort que la réforme perdure et que sa vision s'installe (le soutien des différents niveaux de pouvoir est patent) ;
3. l'implémentation locale avec la prise en compte de l'avis des acteurs de terrain (approche 'bottom-up' couplée aux éléments 'top-down') ;
4. l'élaboration du modèle de soins sur le concept de Réseau (une zone d'action) se basant sur une offre globale et intégrée ;
5. le rôle essentiel du coordinateur de réseau pour la cohérence des ressources et la formalisation des procédures ;
6. l'ensemble des acteurs d'une zone concernée et l'intégration des ressources ;
7. l'implication de l'ensemble des acteurs (soins ou non) prenant en charge l'utilisateur ;
8. la concertation formalisée entre les professionnels et avec les usagers ;
9. l'implication des usagers/familles à tous les niveaux de décisions (micro, méso, macro) ;
10. le modèle basé sur l'approche communautaire avec une vision orientée vers le rétablissement (recovery) ;
11. le suivi scientifique de la réforme et de son implémentation ;
12. la mise à disposition de moyens financiers complémentaires.

### Faiblesses de la réforme :

Comme éléments venant freiner l'implémentation, nous pouvons également évoquer quelques faiblesses de cette réforme.

Nous pensons ici à cinq éléments :

1. le processus de changement conséquent qui doit s'envisager dans le long terme ;
2. le financement complémentaire qui s'effectue au départ des hôpitaux psychiatriques (risque d'un rôle trop important des hôpitaux psychiatriques mettant à mal la vision de base de la réforme) ;
3. la difficulté de certains acteurs de terrain de s'intégrer dans une nouvelle culture de travail basée sur les pratiques de réseau et la concertation avec l'utilisateur ;
4. la complexité des processus décisionnels et des changements organisationnels sur le plan macro (nombreux niveaux de pouvoir et de décision),
5. ainsi que la 'Sixième Réforme de l'Etat' au niveau politique en Belgique, avec un transfert de certaines compétences liées à la santé mentale, du niveau Fédéral vers les Régions et Communautés. Ce dernier élément amenant de l'incertitude et pouvant être cause de relâchement dans les avancées.



### Les défis :

L'équipe de coordination de la réforme des soins en santé mentale, et plus largement l'ensemble des partenaires et des intervenants politiques s'impliquant assidument dans ce vaste programme, rencontrent des défis à court et moyen termes, sur des sujets à la fois sensibles et essentiels quant à la réussite du programme fixé.

1. Il convient impérativement de couvrir l'ensemble du territoire de façon équilibrée, au bénéfice de chacun des usagers ;
2. de prendre en considération des recommandations internationales, notamment, de l'OMS ou de l'Union européenne, mais aussi, de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (Nations Unies) ;
3. d'intégrer les recommandations élaborées par les représentants des usagers et des proches ;
4. d'intégrer au sein de la réforme la nouvelle politique du plan 'internés' (soins en santé mentale pour usagers médico-légaux) ;
5. d'intégrer au sein de la réforme l'offre spécifique portant sur les unités de crise (neuf en Belgique) pour usagers toxico-manes ;
6. et enfin, l'élaboration du plan stratégique et de la vision de la nouvelle Réforme portant sur le secteur de la petite enfance, de l'enfance et de l'adolescence. En effet, l'intégration des jeunes à la réforme (avec des guidelines spécifiques) des soins en santé mentale est une priorité en termes de Santé Publique, avec une liaison entre ces secteurs et les soins pour adultes.

**Cette nouvelle vision communautaire des soins en santé mentale donne une place importante au secteur des soins primaires**

1 Extrait de l'article "Une réforme globale des soins en santé mentale basée sur une approche communautaire : l'expérience belge" Jacob B., Macquet D., Natalis S., Revue Santé mentale au Québec, volume 39, numéro 1, printemps 2014, p.209-242



© xxx

### Construction des réseaux de ressources :

La réforme des soins en santé mentale pour adultes a donc comme finalité de construire des réseaux de ressources complémentaires des soins en santé mentale et hors soins en santé mentale (première ligne de soins, logement, formation et emploi, socio culturel...) devant répondre aux besoins des usagers en les maintenant autant que possible dans leur milieu de vie et en utilisant les ressources spécialisées uniquement lorsque cela est nécessaire.

Cette nouvelle vision communautaire des soins en santé mentale donne bien évidemment une place importante au secteur des soins primaires que ce soit les médecins généralistes et les divers intervenants opérant au niveau du domicile. La philosophie de la réforme vise la prise en charge des besoins bio-psycho-sociaux et l'amélioration des capacités ou du pouvoir d'agir des usagers.

Nous l'avons précisé, le **rétablissement** est une notion centrale de la réforme. Les services de première ligne prennent donc une place importante dans le réseau. L'approche que nous poursuivons vise la consolidation des soins primaires et une meilleure intégration au sein du dispositif socio sanitaire, des acteurs du secteur généralistes et des soins à domicile dans une vision globale en déployant des stratégies de coordination.

La philosophie de la réforme est centrée sur les besoins de la population sur un territoire donné impliquant une responsabilité collective des partenaires en vue de répondre adéquatement aux besoins. Il s'agira donc de spécifier les réponses aux besoins en fonction du niveau d'expertise à mettre en place et surtout le soutien des services spécialisés aux soins primaires.

Peut-on considérer que la réforme entraînera le suivi d'un nouveau public par les acteurs des soins primaires et notamment les soins à domicile ? Les études montrent que, dans le contexte actuel, de nombreuses situations ayant des problématiques de santé mentale légères, sévères voire chroniques sont d'ores et déjà assurées par la première ligne non spécialisée. La réforme n'amènera pas de grandes modifications à cet état de chose si ce n'est, et nous l'espérons, par de bonnes pratiques de réseau, la possibilité d'avoir accès plus rapidement aux services spécialisés lorsque cela s'avère nécessaire. Le soutien des médecins généralistes et des professionnels des soins à domicile par des équipes spécialisées en santé mentale est essentiel dans cette nouvelle organisation ; les procédures et les méthodologies sont développées par les réseaux. Nous constatons, dans certaines régions du pays, d'excellentes pratiques innovantes en la matière qui devront, par la suite, être disséminées sur l'ensemble du territoire lors de l'approfondissement et de l'élargissement de la réforme des soins en santé mentale. ■

## Projets ASD liés à la Réforme



Christophe VANESSE, Assistant social ASD Namur  
Catherine CRAPS, Psychologue ASD Hainaut Oriental

### “Le Pass' INFO”

Depuis quelques années, Christophe Vanesse, assistant social à l'ASD de Namur, participe au groupe de travail transversal dans le cadre du réseau santé Namur. Le but de ce groupe est de réunir des professionnels, issus de différents secteurs en lien avec la santé mentale, afin de réfléchir aux bonnes pratiques qui pourraient se mettre en place autour d'un bénéficiaire.

Après plusieurs rencontres, il apparaissait qu'une des difficultés rencontrées par l'ensemble des acteurs était la circulation de l'information. En effet, lorsqu'on travaille au domicile et non en institution, il est souvent difficile de réunir tous les intervenants autour de la table. Ceci s'explique par le temps nécessaire à l'organisation de ces rencontres, la difficulté de coordonner les agendas de chacun, de trouver un lieu de rencontre...

L'autre difficulté majeure était celle du secret professionnel. En effet, dans le cadre d'un partage d'informations, il faut impérativement que tous les acteurs soient tenus au secret professionnel et que le bénéficiaire ait marqué son accord pour le partage de secrets.

Ce qui n'est pas une sinécure lorsqu'on se retrouve avec un réseau plus ou moins important autour d'une personne (famille, médecin, infirmière, aide familiale, assistant social...)

C'est en partant de ce constat que nous nous sommes dit avec Didier De Riemaeker, qu'il serait bien de s'inspirer du carnet de liaison des aides familiales utilisé en ASD afin de se transmettre les informations entre professionnels. Le fait que ce soit la personne qui soit détentrice du carnet permet

de marquer son accord, puisque c'est elle qui décide de le donner à un intervenant ou pas. De plus, elle a un droit de regard sur ce qui y est inscrit, ce qui oblige également les intervenants à négocier le contenu du carnet, en y inscrivant des informations pertinentes et nécessaires au travail en équipe. De cette réflexion est née le **Pass info**, qui est un carnet à destination des usagers et des intervenants.

Cet échange entre partenaires se faisait déjà dans certaines situations. Il nous semblait dès lors important de pouvoir insuffler cette dynamique à l'ensemble du réseau santé Namur. Bien sûr, ce n'est pas si facile puisqu'il s'agit de changer nos façons de travailler et d'arriver à faire connaître l'outil à un large public. C'est là un des grands défis pour le réseau Santé Namur.



### “L'importance de redonner confiance en la personne”

Le projet pilote INAMI dans lequel j'évolue depuis maintenant 2 ans a pour principales missions de privilégier le maintien à domicile, de soutenir le patient âgé, d'évaluer de manière globale sa situation en établissant un plan de soins adaptés.

Pour qu'un suivi à domicile soit le plus efficace et au plus près de la réalité du patient, une équipe de soutien (compre- nant des infirmières, une ergothérapeute et une psychologue) a été mise en place. L'objectif visé est l'amélioration du bien- être, des conditions de vie afin de retarder au maximum le placement en maison de repos ainsi que d'éviter les hospitalisations. Pour ce faire, le suivi du patient est per- sonnalisé, les visites sont très régulières et la collaboration avec le médecin reste incontournable. C'est ce travail pluridisci- plinaire qui permet de dégager des pistes de solutions pour l'amélioration de son cadre de vie, amenant des perspectives positives de maintien à domicile.

Concrètement, mon rôle en tant que psy- chologue est d'écouter, de soutenir, d'ac- compagner les personnes dans leur par- cours de vie, de les aider à surmonter les difficultés auxquelles ils sont confrontés au quotidien.

La vieillesse et/ou la maladie entraînent le plus souvent une perte d'autonomie, de multiples frustrations et souffrances avec lesquelles il faut pourtant continuer à avan- cer. Accepter de devenir dépendant à de multiples niveaux n'est pas chose facile et quand la solitude s'en mêle, c'est encore autre chose.....

Lors de la première rencontre, il est crucial de créer un lien avec la personne, d'établir une relation de confiance et ainsi favoriser un accompagnement de qualité. Le fait que ma visite soit programmée après le passage



de l'infirmière de soutien (la référente santé) qui a pu parler de l'existence de la psycho- logue, me facilite évidemment la tâche lors de cette première rencontre.

Etre à l'écoute des besoins de la personne âgée mais également prendre en considé- ration les personnes qui gravitent autour et qui de près ou de loin participent à la recherche d'une certaine qualité de vie pour la personne âgée fait aussi partie de mes missions. Ces “aidants proches” ont eux aussi parfois un grand besoin d'être écou- tés, de pouvoir déposer leurs paquets, leur fatigue, la lourdeur d'un quotidien parfois trop chargé. L'épuisement physique et psy- chologique qu'ils vivent, j'y suis tout autant attentive. Ce sont des acteurs essentiels dans la gestion du quotidien de la personne âgée. Leur rôle est central et les inclure dans cette dynamique est essentiel. Bien souvent sans eux, le maintien à domicile serait fortement remis en question, voire impossible.

Mon travail n'a pas de visée thérapeutique. C'est pourquoi, lorsque je suis amenée à ren- contrer des personnes qui auraient besoin

d'un suivi plus intense, je les réoriente vers des partenaires bien spécifiques qui pour- ront assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne.

Etre à l'écoute, sans jugement aucun, sans solutions toutes faites mais considérer la personne dans sa singularité, avec une tra- jectoire de vie qui lui est propre, dans le respect de ses valeurs, résume ma concep- tion de la relation d'aide.

Ce que je retiens après deux ans de terrain, c'est l'importance de redonner confiance en la personne, de l'aider à mobiliser ses ressources pour continuer à être acteur de sa vie. Là est tout l'enjeu de ce projet et sans le travail d'équipe, celui-ci serait fortement mis à mal. ■

**Pour qu'un suivi à domicile soit le plus efficace et au plus près de la réalité du patient, une équipe de soutien a été mise en place.**

## Formation en santé mentale : quelles adaptations depuis l'adoption des "projets 107" ?

Dominique LAMY, Médecin généraliste

La réflexion sur la santé mentale nous convie inmanquablement à titiller la norme. Les pathologies mentales se définissent par rapport à une norme, qui n'est pas que médicale, mais aussi sociale et juridique.

De plus, les représentations personnelles et professionnelles influent de façon non négligeable sur le contact avec la personne souffrant de pathologie mentale.

Quelles émotions, quelles sensations apparaissent lors de la rencontre avec la maladie mentale ?

**1<sup>er</sup> temps :** Lors de la formation, un temps est consacré aux échanges sur les représentations au travers de dessins réalisés sur le thème de la "plaie mentale". Les petits groupes constitués échangent et construisent une réflexion sur leur implication dans la rencontre avec les bénéficiaires souffrant de pathologie mentale. Que vois-je dans le dessin de l'autre ? Quelle interprétation fait-on du dessin de l'autre ?

Cette formation a été donnée pour la première fois en 2014. Elle est donc postérieure à la majorité des "projets 107" et à l'augmentation du nombre de bénéficiaires souffrant de pathologies mentales, vivant au domicile, et non plus à l'hôpital.

L'impression ressentie par les aides familiales et aides ménagères du domicile est un ressenti de peur face à l'inconnue pathologie, face à l'inhabituelle réaction de la personne.

Que va-t-il dire ? Que va-t-il faire ? Que dois-je dire ou faire ? Que ne faut-il pas dire ou faire ?

**2<sup>ème</sup> temps :** Un temps de la formation est consacré à l'abord des pathologies psychiatriques et leur présentation. Mieux connaître pour avoir moins peur. Un temps de questions-réponses permet à chaque participant de poser ses questions, de raconter sa propre expérience.

Ces deux premiers temps de la formation permettent de se mettre en scène dans son métier, dans chaque situation rencontrée

et de prendre de la distance, du recul par rapport au vécu.

Dans cette formation, la demande est forte de trouver et apprendre trucs et ficelles, et "traitements" rapides, efficaces et radicaux face à l'incompréhension de la pathologie. La demande est pressante de trouver une réponse médicamenteuse rapide pour toute situation. "Si je connais la pathologie du bénéficiaire, je peux sans doute mieux l'ap-



© Shutterstock



© Shutterstock

préhender, l'aider". Notre rôle est de leur renvoyer l'absence de "recette" pour chaque pathologie. L'idée est de proposer des attitudes générales car les comportements thérapeutiques spécifiques ne peuvent être abordés et détaillés pour chaque pathologie. La formation est donnée en binôme, par deux praticiens de terrain, un médecin généraliste et une psychologue clinicienne, de façon à rencontrer les différentes dimensions de la relation thérapeutique en santé mentale en soins de première ligne, et donc à domicile. Il s'agit aussi d'ouvrir le débat à l'interdisciplinarité, construction plurielle de réponses à un problème complexe.

Différentes situations concrètes et vécues par des participants sont alors analysées en groupe afin de comprendre la situation et les réponses apportées ou à apporter. Le groupe partage ses propres solutions, avec l'aide des deux animateurs.

En conclusion, une dizaine d'outils sont proposés par la psychologue face à toute situation problématique en santé mentale. Ces outils, qui peuvent paraître simplistes, permettent de se positionner en tant que personne, en tant que professionnel. Nous ne pouvons ici les détailler tous, mais voici quelques pistes de réflexion abordées lors de la formation au travers de la casuistique apportée.

Lorsque nous intervenons au domicile, dans quel cadre se place notre intervention ? Quel est notre rôle ? Il faut le savoir mais aussi le dire au patient. Le but est d'aider, pas de juger, ni de contrôler. Cela permet aussi au bénéficiaire de préciser sa demande au professionnel.

En tant qu'aide familiale, je n'ai pas à donner de médicament ou de soins médicaux. Mais je peux proposer une aide pour les courses, pour du rangement ou pour préparer un repas. La question posée sur l'activité à réaliser ce jour permet au bénéficiaire de structurer sa demande, de mettre de l'ordre dans son organisation ménagère mais sans doute aussi mentale.

L'humour est un outil puissant mais à utiliser à bon escient. Il permet de dédramatiser certaines situations, d'y apporter le recul nécessaire. De la même façon, les félicitations pour une action menée valorisent la personne et lui redonnent une position d'acteur. Le bénéficiaire est alors instauré en position de partenaire et plus d'assisté. Une relation d'égalité se crée.

Un de ces outils est le recours aux autres. Nous ne sommes pas tout seuls avec le bénéficiaire. La pluridisciplinarité s'invite comme acteur à part entière. Il peut y avoir une équipe composée de différents acteurs

ayant chacun sa spécificité, son rôle. La relation d'aide et de soins en santé mentale se construit avec différents intervenants, en fonction des besoins propres à chaque situation. La casuistique est riche de ces histoires à deux, trois ou beaucoup plus d'acteurs, y compris le patient, investi de son rôle de partenaire de sa propre vie, de sa propre santé.

Les "projets 107" nous apportent plus de situations où la santé mentale s'invite comme élément supplémentaire, augmentant la complexité de nos quotidiens. La réponse se trouve non seulement dans la formation continue des acteurs de première ligne, mais aussi dans le développement d'une interdisciplinarité vraie, où tous les acteurs sont respectés, entendus, mais aussi conviés. ■

**La pluridisciplinarité s'invite comme acteur à part entière.**

## Sensibilisation aux troubles psychiques et outils de communication

Jean-Philippe LEJEUNE, Chargé de communication  
Similes Wallonie

Similes Wallonie est une association de familles et d'amis de personnes atteintes de troubles psychiques.

Nous estimons qu'il est indispensable de reconnaître la souffrance des familles et des proches de personnes malades et donc de multiplier les moyens et les lieux pour les soulager. C'est notamment ce que nous proposons avec l'organisation de groupes de parole dans de nombreuses villes wallonnes. Notre mission est aussi d'informer au mieux les familles confrontées aux problèmes de santé mentale (documentations sur les maladies, démarches administratives ou juridiques, écoute active, entretiens individuels...). Depuis 2005, nous formons des professionnels de premières lignes amenés à travailler avec des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale et/ou leur entourage : les assistants sociaux et surtout les services d'aides à domicile. Cela représente une trentaine de journées par an tous services confondus.

### Qu'y a-t-il dans ces formations ?

Nous proposons différents modules construits en fonction des besoins du service. Selon les demandes, ces formations se donnent en 2 jours ou en 4 demi-journées.

Nous parlons tout d'abord des principales maladies psychiques :

1. La schizophrénie
2. le trouble bipolaire
3. les Toc's
4. le trouble de la personnalité borderline.

Le but n'est pas d'apprendre à poser un diagnostic, ce n'est pas notre métier, mais bien d'informer les services d'aide à domicile sur ce que sont vraiment ces pathologies afin qu'elles soient mieux comprises. Il y a beaucoup d'idées préconçues sur ces mala-



dies, notre rôle est aussi de rassurer et de déstigmatiser. Une série d'extraits de films et de témoignages nous y aide en portant un autre regard sur les comportements des malades et sur ce que la maladie engendre comme souffrance. Cela permet aussi de mieux identifier les symptômes.

Au-delà de la théorie, nous partons toujours de situations vécues par les aides familiales dans leur travail et nous proposons également des outils de communication qui leur permettent d'accompagner au mieux la personne malade (augmenter la motivation ; faire preuve d'empathie, sortir des conseils non sollicités...). Toujours en partant de cas concrets, nous expliquons en quoi il est utile de fixer des limites dans son travail et les conséquences du non-respect de celles-ci. Même si certaines situations sortent du cadre de la santé mentale, ces outils sont universels, ils peuvent aider l'aide familiale dans d'autres contextes (personnes séniles, dépressives, angoissées, alzheimer...)

### Quelques témoignages qui émanent de services qui ont suivi ces formations.

*"J'ai trouvé très positif le partage avec des professionnels de situations vécues et cette*

*remise en question dans notre rôle d'aide familiale grâce à l'apport de nouveaux outils"*

*"J'ai beaucoup appris sur les pathologies et comment mieux les aborder quand on y est confronté"*

*"Je suis plus rassurée face à une personne atteinte d'un trouble psychique car l'image que j'avais de la maladie mentale provenait des films qui assimilaient souvent ces personnes à des personnes violentes et dangereuses"* ■

### INFOS

Similes Wallonie, rue Lairesse, 15  
à 4020 Liège

04/344.45.45 ou wallonie@similes.org

Consultez notre site [www.similes.org](http://www.similes.org)



Propos de Didier DE RIEMAECKER,  
Coordinateur du Réseau Santé Namur, recueillis  
et mis en forme par Guillaîne GOOSSE, Rédactrice en chef

## Réseau Santé Namur

Les réseaux 107, dont le Réseau Santé Namur fait partie, est une aventure qui commence en 2011. C'est la continuité de plusieurs réformes en psychiatrie depuis plus de quarante ans.

### Un peu d'histoire :

- Avant les années 70 : la psychiatrie purement hospitalière était la plus répandue.
- Années 70 : l'ambulatoire démarre. A cette époque, la psychiatrie prend place dans la communauté et plus exclusivement à l'hôpital. En effet, le patient vient consulter mais n'est pas hospitalisé.
- Années 90 : l'usager vit sous un toit où il est encadré par une équipe d'accompagnement, en général une maison de ville. C'est la création des habitations protégées et maisons de soins psychiatriques. Ce n'est pas un accompagnement 24/24, ce n'est pas un hôpital. Cela représente déjà une transformation par rapport à l'environnement hospitalier connu jusqu'alors.
- Depuis 2010-2011 : volonté que l'usager soit de plus en plus au domicile, son domicile à lui et non pas l'hôpital, l'ha-

bitation protégée ou la maison de soins psychiatriques.

La réforme 107 se matérialise de deux façons :

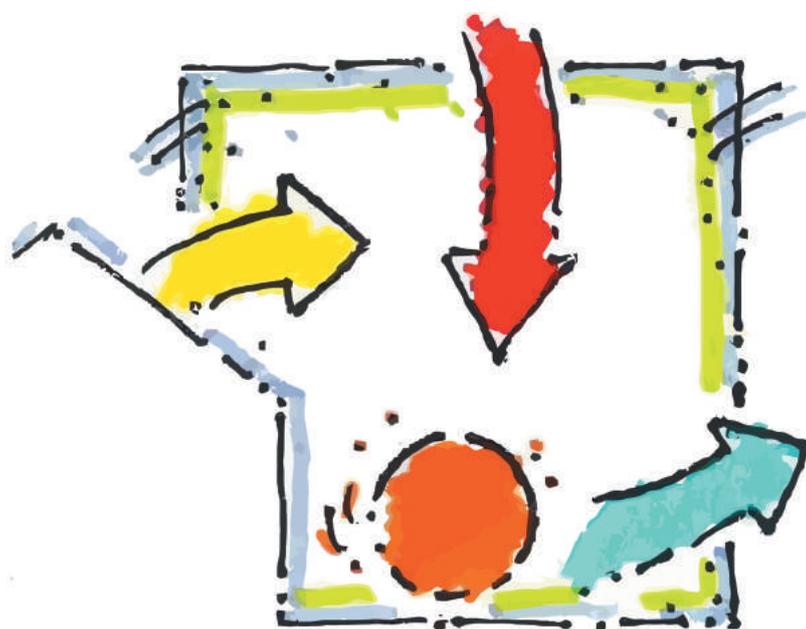
#### 1. ÉQUIPES MOBILES/PLEIADE :

Ces équipes permettent aux patients d'être encadrés par des professionnels à leur domicile.

2. **RÉSEAU** : Autour de ces équipes mobiles s'organisent de nombreux partenariats. Pendant de nombreuses années, la psychiatrie a fonctionné en réseau très serré, quasiment uniquement au sein de l'hôpital, parfois accompagné d'autres professionnels de la santé mentale ou de la psychiatrie. L'idée de la réforme est de créer une dynamique partenariale intersectorielle avec la volonté de créer des ponts vers différents secteurs en par-

tant d'un principe : un usager en santé mentale, c'est un "monsieur madame tout le monde" qui a besoin d'un toit, d'un emploi, ... Le but des coordinateurs 107 est de tisser ces partenariats.

Chaque coordinateur 107 doit faire la cartographie de ce qui existe dans chacune des cinq fonctions présentées en introduction de ce dossier. L'objectif est que ces fonctions interagissent entre elles et créent des liens sur des projets entre partenaires travaillant dans des secteurs différents. Le coordinateur a donc comme rôle de faire le lien et d'activer des ressources disponibles : organiser des moments de rencontres entre les partenaires, créer une interconnaissance entre eux, ... La deuxième étape est de créer des projets partenariaux plus concrets et plus spécifiques portés conjointement par les partenaires des différents secteurs. Dans le cas de Namur, beaucoup de nouveaux outils ont été créés. Ceux-ci ont été pensés de manière asectorielle. En effet, chaque outil peut être utilisé quel que soit la situation ou le trouble de la personne. Des réunions entre les coordinateurs sont organisées régulièrement. C'est l'occasion pour ces derniers de discuter de l'état d'avancement de chaque projet 107, d'échanger des bonnes pratiques, de s'inspirer des outils des autres projets. Le SPF a également mis en œuvre un manuel des pratiques innovantes pour aider les coordinateurs à trouver l'inspiration ailleurs et pour prouver que c'est possible ailleurs. Cela permet d'enlever certains freins. ■



## Les outils développés par le Réseau Santé Namur



Propos de Didier DE RIEMAECKER,  
Coordinateur du Réseau Santé Namur, recueillis  
et mis en forme par Guillaîne GOOSSE, Rédactrice en chef

La place de l'utilisateur en psychiatrie était à revaloriser. L'objet principal de la réforme est un énorme changement : l'utilisateur est maintenant présent dans tout le processus d'élaboration des outils.

Il n'y a pas une réunion du réseau où les usagers ne sont pas invités. Un Conseil d'usagers a d'ailleurs été créé où n'importe quel usager de Namur peut venir en tant qu'expert, consultant du réseau namurois, relater son expérience de l'utilisation de tel ou tel outil, ... Chaque outil est construit à partir des réflexions d'un focus group composé entre autres des usagers et des proches des usagers. **Le point commun de nos outils est l'empowerment et la place de l'utilisateur, l'utilisateur qui récupère le pouvoir d'agir sur ses soins.**

Quatre catégories d'outils ont été développées :

### 2 outils pour s'orienter.

1. **GUIDE SANTÉ MENTALE & ASSUÉTUDES** : Connaissance de ce qui existe au sein des réseaux. Cet outil a été créé avec les usagers, les proches

et les professionnels. Une arborescence simple a été imaginée. En fonction des besoins de la personne, elle va trouver les ressources qui existent autour d'elle et qui lui sont nécessaires. Au verso, les contacts précis de toutes ces ressources sont précisés. Trois formats existent :

- Carte/plan de ville (8000 exemplaires distribués sur toute la province) ;
- Version A2 à afficher dans les cabinets des professionnels, ... ;
- Version en ligne.

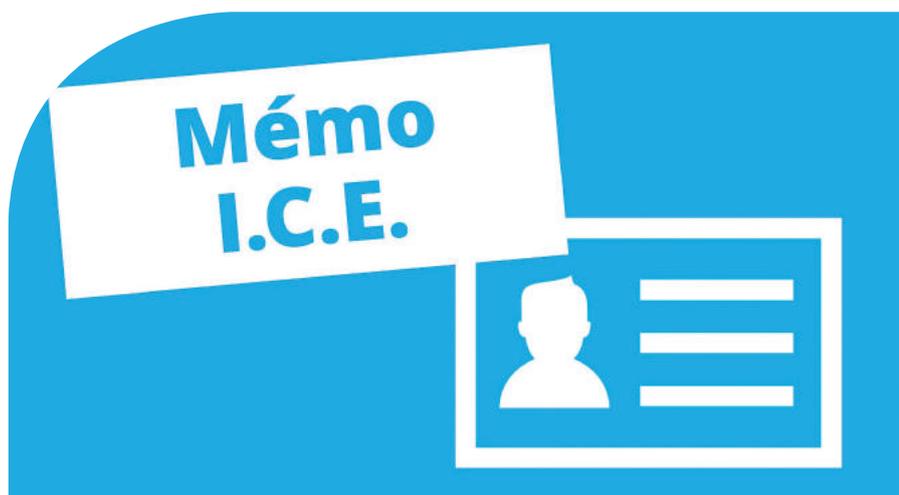
2. **PSYMOBILE NAMUR** : Une application smartphone a été réalisée pour trouver les équipes mobiles "PsyMobile Namur". L'intérêt est que, comme c'est sur un smartphone, une fois que la personne dans le besoin a affiné sa recherche, elle peut directement appeler le service dont elle a besoin sans devoir composer le numéro. L'application est

"native" c'est-à-dire qu'elle n'a pas besoin de 4G pour fonctionner. Namur est le seul projet 107 à avoir développé cette application. Jusqu'à présent, elle a été téléchargée une centaine de fois.

### 3 outils pour collaborer.

3. **CARTE RÉSEAU** : Namur s'est inspirée du projet Morpheus. La forme a été modifiée pour qu'elle soit applicable au projet. L'idée de cet outil est très simple : partir du point de vue de l'utilisateur sur son réseau. Souvent, les professionnels ont l'impression d'avoir une idée claire du réseau de la personne, mais on ne sait pas quelle représentation l'utilisateur s'en fait. L'idée est de demander à l'utilisateur de placer les membres de son réseau plus ou moins proche de lui selon l'importance qu'ils ont à ses yeux. Différentes consignes ou codes existent pour nuancer. Le vrai intérêt de l'outil est de créer un dialogue avec l'utilisateur : "Raconte-moi ton réseau et comment tu te situes par rapport à celui-ci?". Cela répond notamment à la question : Y a-t-il des ressources à activer en cas d'urgence et sont-elles les bonnes ? Cet outil est très simple à mettre en œuvre.





Chaque outil est construit à partir des réflexions d'un focus group composé entre autres des usagers et des proches des usagers.

4. **PASS-INFO** : C'est un carnet de liaison entre l'utilisateur et tous les professionnels. L'idée n'est pas que ce carnet reste au domicile de l'utilisateur comme celui-ci des aides familiaux par exemple, mais bien que l'utilisateur l'emporte avec lui. Il va activer les liaisons avec les intervenants, il en est le garant. C'est donc aussi lui qui décide à qui il le transmet. Il est rédigé avec lui, mais si certaines infos ne lui conviennent pas, il peut arracher la page. S'il ne veut plus de ce carnet, il le jette.

5. **PROJET INDIVIDUEL CONCERTÉ (PIC)** : Chaque projet 107 doit mettre cet outil de concertation classique en œuvre. L'objectif est d'augmenter la cohésion et la cohérence dans les soins aux usagers avec une concertation dans laquelle l'utilisateur est intégré : on se réunit, on se coordonne, on coordonne les actions opérationnelles, les enjeux opérationnels et concrets (qui fait quoi - comment - pour quand ? Quels objectifs pour tel type d'action ? Qui va mettre cela en œuvre ? Qui va activer qui ?). Pour chaque patient est désigné un référent qui va organiser les concertations. A Namur, l'utilisateur fixe l'ordre du jour. Si l'utilisateur n'est pas présent, la réunion n'a pas lieu. Les éléments cliniques n'apparaissent cependant pas dans le cadre de ces réunions :

**Ex** : il y a une injection à faire. Qui fait l'injection ? Qui s'assure qu'on a bien les ordonnances pour se les procurer ? Qui s'assure de contacter l'infirmière à domicile pour que l'injection soit réalisée ? La nature de l'injection ou du traitement n'est pas prise en considération dans le cadre du PIC.

## 2 outils de prévention

6. **MEMO ICE** : Cet outil très simple se présente sous la forme d'une carte de visite. Il est nominatif. On y retrouve certaines données médicales de base (épilepsie, allergies, rhésus sanguin, ...) et au verso, les coordonnées de personnes de contact en cas d'urgence. C'est un outil résistant et pour certains leur seul document d'identité. Un exemple concret : une personne un peu désorientée internée est libérée à l'essai. Sa conjointe avait gardé ses différents documents d'identité. Un jour, il a eu un accident et c'est la seule carte qu'il avait sur lui. Les services d'urgence ont donc pu très rapidement appeler et activer le réseau de la personne. En effet, les retours des acteurs de première ligne éprouvent souvent de grandes difficultés d'identification face à une personne en décompensation.

7. **PLAN DE CRISE** : Cet outil n'a pas encore de nom définitif. L'idée est de dire que l'utilisateur est expert de ses crises. Les professionnels ont beau être très bien formés, on ne sait pas toujours ce qui va aider cet utilisateur-là dans cette crise-là. L'expertise est chez l'utilisateur. "*Raconte-moi comment tu gères tes crises...*". L'objectif est d'identifier les personnes

ressources qu'il veut activer en cas de crise. L'accord de ces personnes est indispensable. Il est important de créer un dialogue avec les personnes qui se trouvent sur cette liste. D'habitude, l'utilisateur se retrouve à appeler son répertoire. Il est également important pour l'utilisateur de savoir quand les personnes ressources sont disponibles. "*Tu m'aides et si tu me donnes une limite, je la respecterai*". Les usagers sont également invités à faire une liste de toutes les personnes qui leur font du bien en cas de crise.

## 1 outil d'interconnaissance

8. **LABEL IMMERSION ADMISE** : Basé sur le principe du "*Vis mon job*", chaque service accueillant complète une fiche signalétique spécifiant le type d'immersion qu'un professionnel peut réaliser chez lui. Les différentes fiches d'immersion seront consultables sur le site internet du Réseau Santé Namur. L'objectif est de réaliser une immersion permet de mieux comprendre la réalité de travail d'un autre partenaire, d'améliorer la compréhension de son fonctionnement et de développer de meilleures collaborations. A terme, pour l'utilisateur, cela favorisera une meilleure orientation au sein du réseau. ■



## Travailler au domicile en santé mentale

Gérald DE SCHIETERE, Responsable Unité de Crise  
Cliniques Universitaires St-Luc - Bruxelles - Belgique

### Témoignage de terrain

Nous arrivons au domicile du patient, Anne-Marie, une collègue infirmière, et moi. Un ami, Arnaud, nous attend sur le pas de la porte de l'immeuble, c'est lui qui nous a sollicité pour intervenir. Il était inquiet des troubles du comportement de Mathieu (nom d'emprunt), qui refuse de faire les démarches pour obtenir ses allocations sociales, et risque de ne plus pouvoir payer son loyer. Mathieu est réticent au début de l'entretien, cela sera régulièrement le cas lorsque nous reviendrons dans les semaines qui suivent. Grâce à Arnaud, qui explique ses angoisses et rend légitime notre intervention, nous rentrons en contact avec Mathieu, il nous explique les cris qu'il entend parfois en journée ou plus fréquemment la nuit, qui lui donnent des ordres, des injonctions, qui lui font peur et le menacent de représailles s'il n'obtempère pas.

Intervenir au domicile permet aux soignants de mieux appréhender le contexte du patient : nous sommes sur son terrain, respectueux de cette intimité qui se dévoile à nous : expérience émotionnelle intense qui ne se tarit pas avec le renouvellement des visites à domicile. Parfois nous avons peur, de faire intrusion, de faire face à de l'agressivité. Nos visites se déroulent toujours en binôme, parfois même à trois intervenants. Nous rencontrons les patients et leurs proches au plus près de leurs vécus : dans leur logement souvent mais aussi dans un café tout près, dans un parc, au cabinet de leur médecin généraliste voire même dans des lieux de soins où ils se sentent en sécurité. L'éventuelle crainte de faire intrusion ou pour sa propre intégrité psychique se mue progressivement, nous ressentons

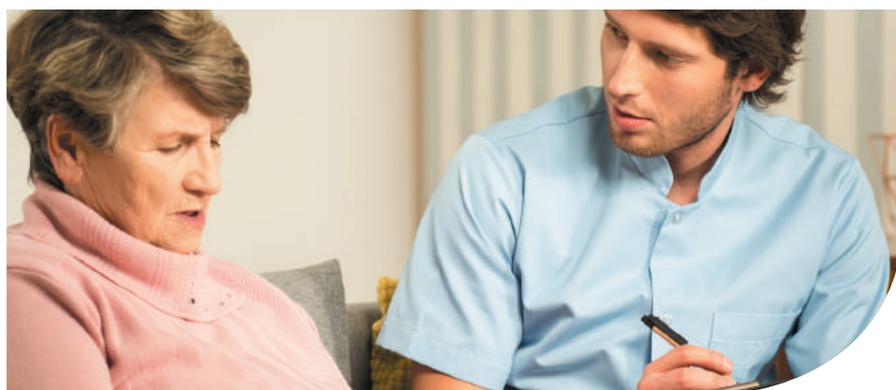
alors la création du lien entre le patient, ses proches et nous. Parfois ce lien ne se crée pas, la souffrance psychique déborde et la présence d'un trouble psychiatrique annihile notre souhait d'aider la personne.

L'expérience de la mobilité se transforme alors en une épreuve de l'impuissance. Nous avons été au maximum de notre capacité de rentrer en contact et cela n'a pas "réussi". Mais régulièrement, nous arrivons à donner de l'espoir, au patient, à ses proches, au réseau de soins que nous avons tenté de créer autour de lui si celui-ci n'existait pas. Ce travail de contact est important, il permet de donner des ressources à l'utilisateur qu'elles soient sociales, relationnelles, médicales... En laissant la situation aux équipes qui interviennent dans la durée au domicile, nous leur léguons le lien thérapeutique, que parfois elles nous avaient transmis pendant quelques mois. Nous savons toute la patience et la persévérance qu'il faut pour maintenir la relation avec une personne souffrante psychiquement. Il nous faut remercier inlassablement ces personnes,

aidants informels ou professionnels, qui offrent dans la durée de la disponibilité et leurs compétences à ces patients. *"Prendre soin, c'est assumer notre métier pour en faire peut-être le dernier rempart face à l'indifférence de notre monde, le dernier refuge de l'humanité dans notre société"* écrit Emmanuel Hirsch.

Arnaud était venu nous rencontrer pour offrir à son ami des soins qu'il estimait indispensable. Il souhaitait que ces soins se déroulent au domicile et le plus respectueusement possible vu le refus initial de Mathieu de rencontrer une équipe soignante dévolue à la souffrance psychique. Mathieu a pu accepter l'aide proposée et retrouver un certain équilibre psychique ainsi que l'accès à ses allocations sociales.

S'autoriser de ce savoir toujours incertain et fragile qu'est la psychiatrie pour ouvrir de nouvelles perspectives à la personne en souffrance est un de nos souhaits les plus profonds. ■



# L'intégration des services en santé

Compte-rendu de Geneviève Aubouy

Au départ d'un ouvrage canadien, il s'agit d'explorer l'"intégration" des services de santé sous l'angle d'un nouveau paradigme : passer de services fondés traditionnellement sur les besoins des personnes vers une approche reposant sur les besoins d'une population. D'emblée cela dépasse le principal cadre d'intervention des services à domicile : les aînés en perte d'autonomie.

Le postulat de base est que la manière dont sont organisés les services est l'un des déterminants de la santé, sur lequel on peut agir pour augmenter la qualité des soins et le bien-être des bénéficiaires et de la population.

Autrement dit cette approche populationnelle repose sur l'idée que la santé est l'affaire de tous, pas seulement des professionnels, et qu'elle se déploie de la naissance à la mort. Les services, sociaux et/ou de santé, ne doivent donc pas se focaliser sur les moments critiques de la vie (maladie,...) mais bien travailler avec tous les acteurs de la communauté, pour augmenter "la capacité collective à produire (...) du bien-être".

Pour encourager cette transition, des efforts sont nécessaires, sur les plans structurels et cliniques. Au Québec, déjà engagé depuis vingt ans dans cette réforme, les écueils sont connus et doivent éveiller notre vigilance car on les retrouve chez nous également : standardisation, bureaucratisation galopantes, lenteur de l'informatisation, manque de volonté de réformer le mode d'attribution des budgets... Le niveau clinique est lui aussi en reste : les cultures organisationnelles, professionnelles doivent choisir de développer ce modèle intégrateur. Les formations des gestionnaires, des cliniciens doivent inclure cette composante

importante de santé publique, pour permettre ensuite, sur le terrain, le déploiement d'une réelle collaboration interprofessionnelle. Tout cela nécessitera une vraie attention de la part des pouvoirs publics.

En Belgique, les "Plans de soins intégrés pour malades chroniques" développés par le fédéral et les entités fédérées, en sont un bon exemple. Leur ampleur déroutent les professionnels impliqués : insuffisamment outillés sur ce cadre conceptuel qui les sous-tend, ils risquent de ne pas en saisir tous les enjeux parce que, précisément, la santé publique est parfois éloignée du quotidien des services. D'ailleurs cette innovation ne peut être pérenne que si elle est soutenue par un dispositif adéquat, sur du long terme. Pour encourager le changement, il faut s'appuyer sur ce qui se déploie depuis des années : l'augmentation de la collaboration interprofessionnelle, voire intersectorielle, et l'implantation d'une culture de l'évaluation.

Aujourd'hui un service considéré comme "de qualité" est désormais le fruit d'un travail collectif cohérent, reposant sur le principe d'équité : donner à chacun selon ses besoins, seul moyen de réduire réellement les inégalités de santé au sein d'une population.



*L'intégration des services en santé*  
Presses de l'Université de Montréal  
Collection Paramètres

Y. Couturier, L. Bonin et Louise Belzile - 2016.

## De l'appel... au soin

ASD Liège-Huy-Waremme

L'importance des équipes "support" de l'aide et soins à domicile n'est plus à démontrer car elles soutiennent nos métiers quotidiennement. Ces équipes administratives s'activent au premier plan de la prise en charge d'un nouveau patient : premier contact, analyse de la demande, encodage et planification... Levons un coin du voile leur fonctionnement à l'ASD Liège Huy Waremme...

"Notre plus grande satisfaction est de répondre 24h/24, 7 jours/7 et d'assurer un suivi concret et immédiat. Un patient qui nous appelle à 22h pourra bénéficier de la visite d'une infirmière dès le lendemain matin !", nous précise d'emblée Isabelle Corman, responsable téléphonie à l'ASD de Liège. Pour répondre aux nombreuses nouvelles demandes, l'ASD de Liège peut compter sur une équipe de 9 téléphonistes, répondant aux appels de 8h à 16h30 tous les jours de la semaine. Cette équipe de téléphonistes, répartie sur 3 centres (Liège, Huy et Aywaille), travaillent sur une plateforme téléphonique commune (via Voice over IP). Elle a pris en charge les demandes de pas moins de 4.500 nouveaux soins, auxquels il faut ajouter les 6200 messages adressés à l'équipe administrative Soins infirmiers et aux Infirmiers Chefs, rien que sur les 9 premiers mois 2016 !

En dehors des heures d'ouverture, tous les appels sont déviés vers PSD (la centrale de permanence téléphonique). Celle-ci réceptionne les appels, traite les urgences (en appelant le personnel soin infirmier de garde durant la nuit) et transmet toute nouvelle demande à l'ASD afin que le suivi interne puisse s'opérer. C'est pourquoi, tous les matins dès 7h30, la première tâche de la téléphonie est de traiter les nouvelles demandes qui ont été transmises durant la nuit. Quotidiennement, cela représente en moyenne 30 nouvelles demandes tous les matins, dont la moitié pour les soins infirmiers.

Depuis quelques années, l'ASD de Liège utilise un "programme de gestion de relation client" qui lui permet de garder un historique de tous les bénéficiaires et de ses demandes. C'est via cet outil ("Antalys") que la téléphonie communique toutes les demandes à l'équipe administrative "Soins Infirmiers".

Dès que les employées administratives reçoivent une nouvelle demande de la téléphonie, elles encodent les éléments propres à cette nouvelle prise en charge dans un autre environnement informatique : "CITRIX". Sur base de cet encodage, le nouveau soin est plani-

fié dans une tournée d'une infirmière de terrain. "Lorsqu'un nouveau soin est encodé dans CITRIX, celui-ci s'affiche également directement sur la tablette de l'infirmière, ce qui nous permet d'être très réactif!", nous dit Ann Bara, responsable administrative des Soins Infirmiers à l'ASD Liège-Huy-Waremme.

Tout comme l'équipe des téléphonistes, l'équipe administrative Soins Infirmiers est répartie sur les 3 centres, afin de favoriser une étroite collaboration avec l'Infirmier Chef. "Les apports informatiques actuels nous permettent également beaucoup plus de souplesse dans le suivi administratif des demandes en Soins Infirmiers. Nous travaillons tous sur les mêmes plateformes informatiques et téléphoniques donc l'absence d'une travailleuse dans un centre ne pose plus de difficulté car les collègues des autres centres peuvent facilement prendre le relais !" nous précise Ann Bara.

C'est un travail en flux tendu qu'opère quotidiennement l'équipe administrative en soins infirmiers.



© ASD Liège

**"Les apports informatiques actuels nous permettent beaucoup plus de souplesse dans le suivi administratif des demandes en Soins Infirmiers"**

Cela nécessite beaucoup de précisions dans les encodages. Le risque d'une erreur d'encodage dans les dates de prescriptions pouvant par exemple entraîner le non-passage d'une infirmière... de même qu'une incidence sur la tarification !

## La FASD au Parlement wallon pour l'assurance autonomie

De Brice Many Directeur général FASD

Les parlementaires wallons qui suivent de près les matières sociales et santé ont décidé d'entendre les acteurs de terrain sur l'assurance autonomie. La FASD faisait partie des acteurs invités à exposer ses réalités et réflexions sur l'assurance autonomie.

Ce fut une grosse journée. Le matin, la société Forsides a présenté le modèle de financement de l'assurance-autonomie. Question complexe. On sait qu'en 2017, les budgets de l'assurance-autonomie seront constitués à partir de plusieurs sources : des budgets qui viennent des moyens du secteur, d'autres qui viennent de l'allocation aux personnes âgées (APA) et d'autres enfin qui viendront des cotisations que devront payer chaque habitant en Wallonie. Quels seront les moyens totaux année après année ? Quels seront les besoins d'ici 20 à 30 ans ? Les moyens financiers qui seront disponibles au fur et à mesure du temps suivront-ils la courbe des besoins de la population ? Personne n'a une réponse définitive mais les calculs présentés permettent de se faire une idée. Il est plus évident encore que l'assurance-autonomie ne pourra pas tout prendre en charge. Elle permettra d'augmenter la réponse aux besoins car ceux-ci vont grandir de façon importante.

L'après-midi, place aux différents intervenants : Santhéa, fédération de Maisons de Repos et de Soins, ASPH, association socialiste pour les personnes handicapées, FCSD, UNIPSO, qui représente toutes les entreprises du secteur non-marchand (dont nous donc), FEDOM, Mutualité Chrétienne et FASD. Il se dégage une unanimité sur l'opportunité de

créer une assurance-autonomie. Chacun indique aussi qu'il s'agit d'un défi. Ce sont les premières idées retenues par le Ministre Prévot qui a redit sa volonté de faire aboutir le projet.

De notre côté, nous avons rappelé le rôle important de nos métiers et de la collaboration entre l'aide et les soins. Nous avons redit toute l'importance d'une intervention en début d'entrée dans la dépendance par l'aide à l'entretien ménager et expliqué la place de l'accompagnement à la prise des repas pour maintenir l'autonomie et permettre aux gens de continuer à vivre chez eux. Le manque de gardes à domicile a également été rappelé. Nous avons pour finir amplifié le message déjà communiqué au travers de notre colloque : il faut faire évoluer les métiers. Toute une série d'actes limites doivent pouvoir être posés notamment par les aides familiales. Il faut revoir les législations et pour cela, s'entendre entre tous les ministres concernés.

De nombreuses réunions auront encore lieu avec le cabinet pour faire aboutir ce projet et nous y serons pour défendre et valoriser vos métiers.



Toute une série d'actes limites doivent pouvoir être posés notamment par les aides familiales.

© Istockphoto



# AIDE & SOINS À DOMICILE VOUS SOUHAITE UNE EXCELLENTE ANNÉE COLLABORATIVE 2017



“La pierre n’a point d’espoir d’être autre chose que pierre.  
Mais de collaborer, elle s’assemble et devient temple.”

Antoine de Saint-Exupéry



**AIDE & SOINS  
A DOMICILE**

Partenaire Mutualité chrétienne