

Connecting mobile mental health teams expertise in Europe

April 2012 – April 2015

*Mobile mental health teams in Belgium – formation programme based on
expertise in other countries*

Report June 2015

Patrick Van der Jeugt
Coordinator of the formation programme for Belgian Mobile Teams
Belgian Federal Public Service-Health

CONTENU

1 INTRODUCTION	4
1.1 L' ACCORD INTERMINISTERIEL 2010 ET GUIDE POUR UNE REFORME DE LA SANTE MENTALE EN BELGIQUE.....	4
1.2 ASPECTS BUDGETAIRES AYANT UN IMPACT SUR LE LANCEMENT DES PROJETS 107	7
1.3 LE PLAN FEDERALES DE FORMATION – PROCEDURES ET CONTENU	8
 2 LE PROGRAMMA DE FORMATION POUR DES EQUIPES MOBILES BELGES (FONCTION 2).....	10
2.1 BESOIN D'UNE CONSTRUCTION SOLIDE	10
2.1.1 UNE TRADITION DE DIALOGUE	10
2.1.2 PROPOSITION DE PROJET EU-PROGRESS	11
2.1.3 UNE RELATION DURABLE AVEC DES PARTNENAIRES À L'ETRANGER	11
2.2 'CE QUI EST UTILE?' EXIGE UNE APPROCHE SPECIFIQUE.....	11
2.2.1 INGREDIENTS CLES CRITIQUES EN TERMES DE LEUR IMPACT SUR LE CHANGEMENT	12
2.2.2 COMPOSANTS DE DIFFERENTS MODELES	12
2.3 CONTENU DU PROGRAMME: TYPE D'ACTIVITES DE FORMATION POUR LES EQUIPES MOBILES BELGES BASEE SUR L'EXPERTISE D'AUTRES PAYS	15
2.3.1 REUNIONS THEMATIQUES EN GROUPE	15
2.3.2 STAGES A L'ETRANGERS	16
2.3.3 SUPPORT LOCAL INDIVIDUEL (PAR DES EXPERTS ETRANGERS)	16
2.3.4 D'AUTRES ACTIVITES.....	16
2.4 ORGANISATION ET COORDINATION DU PROGRAMME DE FORMATION POUR DES EQUIPES MOBILES BELGES	17
2.4.1 L'APPROCHE THEMATIQUE	17
2.4.2 LES PAYS IMPLIQUES	20
2.4.3 APERÇU DES LIEUX POTENTIELS D'APPRENTISSAGE.....	21
2.4.4 METTRE (ET TENIR) LE PROGRAMME SUR LA BONNE VOIE	23
2.4.5 DOCUMENTATION DISPONIBLE.....	27
2.5 APERÇU DES ACTIVITES DE FORMATION AVRIL 2012 – AVRIL 2015	28
2.5.1. REUNIONS THEMATIQUES EN GROUPE: SESSIONS D'INTRODUCTION	28
2.5.2. DES STAGES À L'ETRANGERS	29

2.5.3. SUPPORT LOCAL	32
2.5.4. D'AUTRES ACTIVITES.....	35
2.6 APERÇU FINANCIER	36
3 FEEDBACK (STAGES, SUPPORT LOCAL)	38
3.1 COLLECTER, STRUCTURER ET PARTAGER DES EXPERIENCES D'APPRENTISSAGE PERTINANTES.....	39
3.2 LES EXPERIENCES D'APPRENTISSAGE	40
3.2.1 THEMES ET SOUS-RUBRIQUES	40
3.2.2 FACTEURS CRITIQUES DE SUCCES	43
3.2.3 INSTRUMENTS UTILES SOUTENANT LA PRATIQUE	45
3.2.4 QUESTION SUR LA RESOLUTION DE PROBLEMES	46
4 UNE POSSIBLE PROCHAINE ETAPE	57
5 APERÇU DETAILLE DES ACTIVITES PAR PROJET.....	58

1 INTRODUCTION

1.1 L' ACCORD INTERMINISTÉRIEL 2010 ET GUIDE POUR UNE REFORME DE LA SANTE MENTALE EN BELGIQUE

Le Printemps 2010 a vu se conclure, d'une part, un accord interministériel entre les ministres ayant des responsabilités et des compétences relatives aux soins de santé mentale au niveau fédéral, régional et communautaire et, d'autre part, un cadre belge sur les principes fondamentaux de la réforme de la santé mentale.

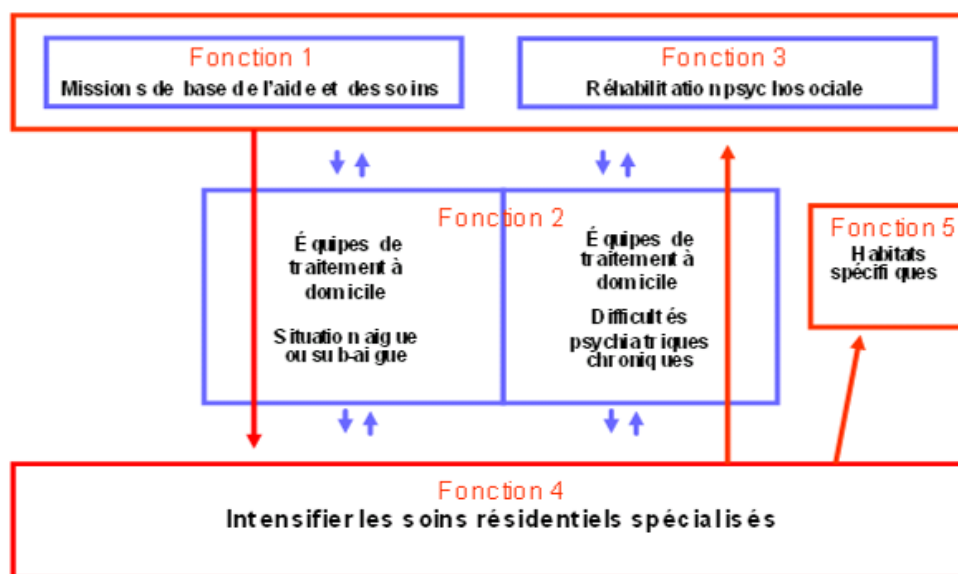
La Conférence Interministérielle (CIM) de Santé Publique a accepté de commencer la transformation d'un système de soins de santé mentale plutôt résidentiel vers un système plus orienté vers la communauté au moyen des explorations 107 pour des (jeunes) adultes de 16 à 65 ans ayant des troubles mentaux. « Le 107 » fait référence à l'article 107 de la législation belge sur les hôpitaux. En 2011, un budget a été mis à disposition pour une première série de telles initiatives de transformation locale (appelées « projets 107 »), un total de dix projets qui ont été lancés à la fin 2011, début 2012.

En juillet 2012 la CIM a libéré un budget pour une deuxième série, appelée la deuxième vague des projets 107, qui a permis le lancement de neuf nouveaux projets 107 début 2013.

Ces projets 107 ont l'intention de réaliser des transformations locales d'un certain pourcentage des ressources jusque-là attachées aux lits d'hôpitaux vers des soins de santé mentale dans la communauté et ceci dans des zones d'action (d'environ 100 000 à quelques 100 000 habitants) qui ont été définies par les candidats aux projets et approuvées par les autorités. Toutefois, une règle de jeu importante est qu'il n'est pas à l'hôpital individuelle rendant un certain pourcentage de son propre budget pour une transformation, de décider de façon autonome comment ce budget sera transformé ou réorienté : tous les services ou structures de soins de santé mentale actifs dans une région devront collaborer, en partageant des ressources, en créant la capacité nécessaire pour piloter les nouvelles formes de soins en réalisant les cinq fonctions mentionnées dans le Guide Belge pour la réforme des soins de santé mentale, en réaffectant le budget de lits d'hôpitaux ou même des unités d'hôpital, et ceci en liaison avec des soins primaires (première ligne), des soins de santé généraux et les ressources de soutien présentes dans la communauté (logement, emploi, éducation, culture, sport, loisirs, etc.). Ces cinq fonctions sont globalement décrites, comme suit:

- Fonction 1: missions de base de l'aide et des soins, activités en matière de prévention, promotion, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic (en mettant l'accent sur la liaison de la santé mentale vers la première ligne) ;
- Fonction 2: équipes de traitement à domicile dans des situations aiguës ou sub-aiguës (fonction 2a) et équipes de traitement à domicile pour des personnes ayant des difficultés psychiatriques chroniques (fonction 2b) ;

- Fonction 3: réhabilitation psychosociale (en mettant l'accent sur le rétablissement, l'inclusion sociale);
- Fonction 4: des soins résidentiels intensifiés et spécialisés dans les unités de traitement à petite échelle (court séjour, aussi bien pour les problématiques aiguës que chroniques, dans le cas où une hospitalisation s'avère nécessaire et indispensable)
- Fonction 5: des facilités résidentielles spécifiques permettant une offre de soins (lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu de vie substitutif du domicile est impossible)



Il va bien sûr de soi que la transposition dans la pratique de cette carte fonctionnelle nécessite un cadre de référence conditionnel qui énonce les principes de base relatifs à la collaboration inter-organisationnelle et interprofessionnelle. Tant la carte fonctionnelle que le concept de réseau ont été décrits dans le *Guide vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*, lancé en mai 2010 par les autorités compétentes en matière de santé (le fédéral et les Communautés/Régions). La terminologie relative aux programmes de soins de santé mentale pour les différents groupes d'âges (enfants et adolescents, adultes, personnes âgées), les circuits de soins (concrétisation d'un programme de soins de santé mental) et les réseaux est définie dans la législation belge. Les réseaux de services sont supposés de mettre en place un programme de soins de santé mentale compréhensif dans une région déterminée.

La carte fonctionnelle proposée dans le Guide offre une source d'inspiration pour un programme de soins de santé mentale compréhensif pour adultes (16 -65 ans), concrétisé sous la forme de circuits de soins par zones de travail ainsi que des recommandations minimales relatives à un modèle de réseau organisationnel en vue de promouvoir la collaboration nécessaire pour mettre en place des soins de santé mentale compréhensifs et intégrés et par conséquent garantir la concrétisation des circuits de soins. La désignation d'un coordinateur de réseau pour chaque réseau fait partie de ces recommandations minimales. La définition de la composante réseau ne

met cependant pas uniquement l'accent sur la collaboration inter-organisationnelle au niveau de l'établissement. Les principes de base organisationnels sont également concrétisés dans une coordination au niveau individuel du client ou de l'utilisateur en vue de mettre en place une concertation et une collaboration autour de l'utilisateur.

Le Guide explore aussi un plan de recherche et de formation ainsi que les étapes nécessaires sur le plan légal et financier. Cette initiative a été dotée d'une propre identité (PSY107) et d'un logo destiné à favoriser sa visibilité publique et à viser la transparence dans la communication. Les Communautés/Régions se sont déclarées prêtes à mettre certains accents spécifiques respectivement pour les Communautés flamande, française et germanophone ainsi que pour les Régions (Flandre, Bruxelles et Wallonie). Cela explique pourquoi cinq versions de ce guide ont été publiées, toutes avec le même cadre de référence « belge » mais complétées, à gauche et à droite, par des détails plus spécifiques aux différentes Communautés et/ou Régions et à leurs compétences (qui se situent principalement en dehors des soins de santé mentale organisés dans les hôpitaux).

Le label PSY107 fait référence à l'article 107 de la loi belge sur les hôpitaux : cet article permet de redéfinir un budget lié au lit d'hôpital, sous la forme d'une exploration temporaire et comme une étape dans la direction de la réalisation d'un programme de soins de santé mentale inter-organisationnel et fonctionnel pour adultes proposé dans les différentes zones de travail par un réseau inter-organisationnel qui rassemble les moyens et les ressources nécessaires à cet effet. Cela fait référence, à son tour à l'article 11 de la loi belge sur les hôpitaux : l'article 11 a pour objectif de remplacer la réglementation actuelle - relativement administrative - sur la programmation et le financement, principalement centrée sur les services hospitaliers individuels. L'objectif est d'évoluer vers un système qui finance des trajets de soins plutôt que des services (hospitaliers) individuels. Cela signifie, aussi pour les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux ayant des services psychiatriques que ce financement et cette programmation (« provision ») évolueront d'un financement et d'une programmation principalement orientés sur des lits hospitalier vers un financement de services résidentiels et autres, qui seront considérés comme des composantes d'un trajet (orienté sur un groupe d'âge, global, un trajet de soins aigus, un trajet de soins continus dans le temps, des trajets de soins destinés à certains groupes cibles spécifiques et notamment un mix de problématiques de santé mentale et judiciaires, une combinaison de problématiques psychiatriques et d'addiction ou de problématiques psychiatriques et d'un handicap mental). Cela explique également pourquoi, en Belgique, nous parlons des « expériences 107 » : comme d'une étape en direction de l'article 11, dans lesquelles les articles 107 et 11 de la loi belge sur les hôpitaux sont indissociablement liés. Dans ce cadre, il ne faut pas sous-estimer le fait que l'article 107 ne fait pas référence à la fermeture de lits d'hôpitaux, mais bien à une réorientation de la destination des moyens hospitaliers pendant une phase expérimentale. Cela explique également pourquoi, en Belgique, il n'est pas inhabituel de parler de « lits gelés ou neutralisés », qui restent dans le portefeuille des hôpitaux. Pendant cette phase expérimentale, aucune réglementation ne s'applique, ce qui est, il faut bien l'avouer, relativement inhabituel et inconnu dans la majorité des autres pays européens. Le contexte dans lequel se place cette phase expérimentale est donc plutôt volontaire que constitutionnel. Il s'agit là d'un cadre exceptionnel pour le lancement de nouvelles formes de soins de santé mentale comme des équipes mobiles, ce qui le rend difficile à expliquer aux professionnels et aux décideurs politiques en matière de soins de santé mentale des autres pays.

1.2 ASPECTS BUDGETAIRES AYANT UN IMPACT SUR LE LANCEMENT DES PROJETS 107

En différentes phases et sur la base des remarques et des suggestions intermédiaires formulées par la Taskforce SSM active au sein de la Conférence Interministérielle de la santé publique, les candidats aux projets 107 ont pu argumenter leur proposition et défendre leur projet devant un comité de sélection composé de représentants des divers ministres et administrations (fédéral, Communauté/Régions) disposant de compétences en matière de soins de santé mentale. Une liste reprenant les critères auxquels les projets devaient satisfaire était disponible.

Les dispositions budgétaires ont été élaborées en 2 phases pour 19 projets 107 : en juin 2011 et en juillet 2012. À partir de juin 2011, les 19 projets ont chacun bénéficié d'un budget pour un coordinateur de réseau et les hôpitaux concernés ont pu entamer la transformation d'un certain pourcentage de leur budget hospitalier. Seulement dix de ces projets ont obtenu l'autorisation de mise en route dans le courant de 2011 et ont, par conséquent, pu bénéficier d'un budget additionnel (en plus de la partie du budget par lit redéfinie) devant être prioritairement utilisé pour mettre en route de nouvelles équipes mobiles. En juillet 2012, la CIM Santé publique a approuvé la proposition de la Taskforce SSM de donner le feu vert à 9 autres projets 107 qui ont pu commencer à partir de janvier 2013. Certains de ces neuf « projets de la deuxième vague » ont décidé de ne pas attendre janvier 2013 pour démarrer tandis que d'autres ont attendu l'autorisation officielle.

Cela ne signifie pas que l'ensemble du territoire belge est couvert par des projets 107. Pour atteindre cette couverture totale, il faudra à tout le moins, procéder à certaines adaptations au niveau des zones de travail telles qu'elles ont été définies par les projets eux-mêmes. L'autre option, celle d'un nombre limité de projets 107 supplémentaires est actuellement (juin 2015) étudiée. Par contre, dans certaines régions qui ne sont pas encore couvertes par un accord 107, des hôpitaux mettent en place, de leur propre initiative, des mesures allant dans le sens de l'application du cadre de référence de la réforme 107.

Le fait que le lancement des projets 107 ait été réparti en deux vagues, avec peut-être une troisième vague bientôt, ne facilite pas le développement de programmes nationaux d'information et de formation, ni leur organisation pratique ou encore le choix du meilleur timing possible pour leur mise en route. Les coordinateurs de réseaux ont été désignés en 2011, mais la mise en route des équipes mobiles a, lui, toutefois été fort dispersé dans le temps.

1.3 LE PLAN FEDERALES DE FORMATION – PROCEDURES ET CONTENU

Dans le respect des grandes lignes du cadre de référence de la réforme belge, le ministère fédéral de la Santé publique a élaboré un plan de formation qui prévoit une formation ainsi qu'un coaching et support de différents groupes cibles : coordinateurs de réseau, figures clés des réseaux (groupes de travail stratégiques locaux), chefs et collaborateurs des nouvelles équipes, autres (autorités locales, représentants/membres des organisations d'usagers et des familles, psychiatres, médecins généralistes, personnel hospitalier, etc.).

Bien que le plan de formation prévoit des activités de formation pendant toute la durée de la phase expérimentale des projets 107, le ministère fédéral travaille avec des estimations budgétaires et des plans de formation annuels alors que les propositions d'activités de formation sont soumises pour approbation à la Taskforce SSM deux fois par an (janvier – juin / juillet – décembre).

Fin 2010 et dans le courant de 2011, plusieurs activités de formation ont déjà été organisées pour les nouveaux coordinateurs de réseau et les figures clés des groupes de travail stratégiques locaux actifs au sein des comités de projet locaux. Depuis 2012, le plan fédéral de formation PSY 107 propose trois formes de support pratique intégrées et coordonnées dispensées par des experts étrangers dans le but d'aider les projets 107 belges dans la mise en route et le déploiement des équipes mobiles au service des personnes présentant des besoins de soins (sub)igus et des équipes mobiles au service des personnes présentant des problématiques chroniques (fonctions 2a/2b de la carte fonctionnelle) : réunions en groupe pour les représentants des équipes mobiles de tous les projets belges, conseils et support sur le terrain par des experts étrangers et orientés sur le développement ainsi que la possibilité pour les chefs et/ou collaborateurs d'une équipe mobile de travailler avec une autre équipe active dans un autre pays et de partager leurs expériences.

Aujourd'hui, des activités de formation qui s'adressent à d'autres groupes cibles ont également été lancées et poursuivies : collaboration en réseaux (pour les coordinateurs de réseau, partenaires de réseau), une formation consacrée à la réhabilitation psychosociale ainsi qu'une autre formation sur le rétablissement ont été lancées fin 2012 et poursuivies en 2013-2014. La formation Réhabilitation Psychosociale a été rattachée à la fonction 3 tandis que la formation relative au rétablissement vise l'introduction d'une approche orientée rétablissement en environnement hospitalier (fonction 4). Fin 2012 une réunion de mise en route a eu lieu pour les deux thèmes. Qui plus est, de nombreuses autres occasions sont également saisies pour inviter des experts à Bruxelles et discuter de sujets spécifiques avec les représentants des projets, le secteur en général, les autorités, etc.

La procédure d'approbation des propositions de formation par la Taskforce SSM deux fois par an qui impose, par conséquent, une planification basée sur le même calendrier, a constitué une entrave dans le cadre de la conception d'un trajet de formation pour les équipes mobiles basé sur l'apport d'une expertise étrangère. L'engagement avait été pris de donner à chacun des projets les mêmes opportunités (dans le cadre d'un trajet de formation de 3 ans), mais cet engagement a

nécessité de tenir compte de la phase de développement de chaque équipe, d'un calendrier acceptable, du temps de préparation nécessaire, des agendas et des engagements des équipes belges, des lieux d'apprentissage et des experts étrangers.

2 LE PROGRAMMA DE FORMATION POUR DES EQUIPES MOBILES BELGES (FONCTION 2)

2.1 BESOIN D'UNE CONSTRUCTION SOLIDE

Le programme de formation des équipes mobiles, qui fait partie du programme de formation PSY107, constitue une composante relativement atypique. Du fait, comme on l'a déjà pointé dans les points précédents, qu'il faut tenir compte d'un calendrier idéal très variable des activités de formation des équipes mobiles des différents projets et de la nécessité de présenter et (éventuellement) faire approuver les propositions de formation tous les six mois, ce qui peut entraver la bonne préparation, la bonne planification et l'organisation efficiente des activités. On a pu compter sur l'engagement, aussi bien du SPF Santé publique que des Fédérations belges de services de santé mentale dans l'élaboration d'une construction solide pour le programme de formation pour les équipes mobiles.

2.1.1 UNE TRADITION DE DIALOGUE

D'une part, cette construction spécifique, sous la forme d'un accord de collaboration entre les représentants du secteur de santé mentale et les autorités fédérales poursuit la tradition du dialogue, qui se reflète souvent dans les avis du Conseil national des établissements hospitaliers. Plusieurs visites de délégations mixtes composées de représentants des autorités et des fédérations des services de soins de santé mentale ont été organisées avant l'élaboration du cadre de référence de la réforme belge conçu en 2010. Toutes ses visites avaient pour but commun d'explorer les caractéristiques et les éléments critiques des composantes minimales nécessaires pour arriver à un concept approprié d'un nouveau système de soins de santé mentale belge compréhensif et tirer les leçons des transformations de systèmes de SSM compréhensifs ayant déjà fait leurs preuves dans d'autres pays.

Depuis des années les Fédérations étaient demandeuses d'une plus grande flexibilité dans l'utilisation du budget de soins de santé mentale qui, en Belgique, a toujours été principalement un budget hospitalier. Des équipes mobiles de soins de santé mentale, ultérieurement rebaptisées fonction 2 (voir point 1.1. et la carte fonctionnelle du Guide) ont été envisagées comme une nouvelle forme de soins fonctionnalisés pouvant répondre à la demande des Fédérations d'une plus grande flexibilité dans l'utilisation du budget hospitalier. Dans leur fonctionnalité, ces équipes mobiles ont, non seulement, constitué une source d'inspiration particulière au niveau de l'aspect technique du découplage des ressources humaines hospitalières des lits hospitaliers, mais elles ont aussi été considérées comme le moteur potentiel de la transformation d'un système largement résidentiel en un système de soins de santé mentale plus orienté sur la communauté en raison de leur capacité d'influencer et de changer le concept global de l'hospitalisation des personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale.

2.1.2 PROPOSITION DE PROJET EU-PROGRESS

Par ailleurs, l'accord de collaboration entre le SPF Santé publique et les Fédérations au niveau du programme de formation des équipes mobiles faisait directement suite à une première initiative destinée à renforcer et à structurer les échanges d'expertise entre les différents pays : en 2010 un partenariat été créé dans l'intention de se porter candidat à un budget européen avec le SPF Santé publique et le secteur de soins de santé mentale (représenté par les fédérations belges des services de soins de santé mentale) et les organisations de 9 autres pays européens. La pré-phase de cette proposition de projet européen (EU-Progress VP/2012/007) a également constitué une première étape de structuration d'un échange mutuel d'expertise entre les endroits qui font « sites de phare » au Royaume-Uni, en Irlande, aux Pays-Bas, en France et en Suisse et de partager ces échanges avec des partenaires de cinq autres pays européens (Norvège, France, Slovaquie, Roumanie, Grèce et Malte). L'importance de ce partenariat en 2010 sera illustrée plus loin dans ce texte, sous le point 2.4.2.

2.1.3 UNE RELATION DURABLE AVEC DES PARTENAIRES A L'ETRANGER

Un autre aspect important du développement d'une construction solide pour ce programme de formation est celui de l'assurance d'une relation durable avec les partenaires des autres pays, les lieux d'apprentissage et des experts. Cet aspect est lié à la confiance mutuelle au respect et à la loyauté.

Il suppose aussi une communication transparente sur les objectifs, les possibilités et des limitations de collaboration, les attentes et le return on investment potentiel. En résumé, cela signifie clairement communiquer que les échanges d'expertise visés doivent mener à un dialogue ouvert qui mette en route un processus d'apprentissage réciproque entre les équipes mobiles belges et rendent le processus d'apprentissage accessible aux équipes mobiles d'autres pays. Le but est donc d'adopter une approche de ce type plutôt que de se limiter à un simple transfert de connaissances à sens unique, en soi plus facile à organiser. Il ne s'agit pas ici de brèves apparitions à Bruxelles, mais bien de plusieurs journées de travail en commun successives à l'étranger et en Belgique et de l'engagement d'une disponibilité continue sur une longue période. Cela suppose une base solide et des perspectives à long terme, difficiles à intégrer dans une planification à court terme dans le cadre de laquelle des propositions de formation doivent être soumises pour approbation à la Taskforce SSM tous les six mois.

2.2 'CE QUI EST UTILE?' EXIGE UNE APPROCHE SPECIFIQUE

Bien qu'il soit toujours très alléchant de se concentrer sur les recommandations, les normes et la littérature factuelle internationales sur les équipes mobiles, leur contenu ne couvre pas suffisamment les besoins et le niveau de diversité des environnements de travail réels des nouvelles équipes mobiles belges dans leur phase précoce de mise en route et de déploiement. Cela s'applique également aux modèles implémentés dans d'autres pays : le but de ce programme de formation est surtout d'apprendre, pas de copier. Qui plus est, toute comparaison des faits, des chiffres et des modèles entre différents pays se heurtent systématiquement à des différences entre le niveau des descriptions générales et des indicateurs que l'on retrouve dans la littérature, aux niveaux des politiques nationales, dans les données de l'OMS, etc., d'une part, et la manière

dont les services de soins de santé mentale sont concrètement implémentés au niveau local dans une zone de travail, d'autre part. Ce programme de formation pour les équipes mobiles a pour objectif de donner aux collaborateurs de ces équipes et aux chefs d'équipe la chance de voir comment opèrent les équipes mobiles dans d'autres pays, d'apprendre de leurs collègues étrangers comment ils ont mis en place leurs équipes, quelles étaient leurs ambitions et comment ils ont évolué au niveau de leurs missions, de leur(s) groupe(s) cible(s) et de leurs pratiques quotidiennes dans le cadre d'un système régional de soins de santé mentale.

2.2.1 INGREDIENTS CLES CRITIQUES EN TERMES DE LEUR IMPACT SUR LE CHANGEMENT

À partir de cette vision et de cette préoccupation, on s'attend plutôt à ce que les activités organisées dans le cadre de ce programme de formation reposent sur une approche « can-do » étroitement liée à la pratique quotidienne et au travail clinique des collaborateurs et des coordinateurs des équipes mobiles et qu'elles visent une interaction avec les experts au niveau de l'utilisation des modèles, de l'aide dans l'interprétation de la littérature et dans l'apport de réponses aux questions qui ne sont pas abordées dans la littérature. Le programme de formation vise un apprentissage orienté expérience (en tant qu'équipe, que membre d'une équipe, que chef d'équipe) aux côtés des conseils manualisés et qui accepte les variations existantes et respecte le temps de développement nécessaire à l'implémentation de ces nouvelles équipes mobiles.

Ce programme de formation ne considère pas les recommandations existantes et la littérature en matière de meilleures pratiques ou de meilleures interventions prouvées comme le seul et unique point de départ. Nonobstant cela, personne ne mettra en doute le fait qu'il soit utile et nécessaire que les équipes mobiles belges satisfassent au moins à certains critères critiques des équipes mobiles de « type 2a » et de « type 2b ». À ce niveau, les équipes scientifiques devront être attentives au monitoring des équipes mobiles belges, tout comme les autorités devront l'être également dans le cadre de leurs visites et enquêtes régulières dans le cadre des projets 107. En complément de ces formes d'évaluation, le programme de formation souhaite mettre en place une discussion sur les éléments critiques des équipes mobiles en termes de leur impact potentiel sur les formes de soins existantes, et plus particulièrement sur les nombreux services hospitaliers fortement représentés dans ce domaine de travail (fonction 4): le changement du concept, des modalités et même du contenu d'une « hospitalisation ». Plutôt que de mener à une discussion sur : le type de modèle à implémenter, le type de système à préférer (équipes mobiles de soins de santé mentale spécialisées, répondant aux critères de fidélité, en tant que composants d'un système de soins de santé mentale compréhensif dans une région versus un système de soins de santé mentale intégré compréhensif orienté communauté et développé au titre d'alternative en plus du système hospitalier), à quels indicateurs répondre, etc.

2.2.2 COMPOSANTS DE DIFFERENTS MODELES

L'impact sur le changement ne peut pas être évalué sans analyser le processus de changement : d'où vient le changement, dans quelle structure des fonctions existantes les équipes doivent-elles s'intégrer, etc. Les nouvelles équipes belges peuvent comprendre des éléments issus de différents modèles et cela, précisément pour pouvoir prendre la forme la plus adaptée.

Plusieurs modèles étrangers et leurs critères de fidélité s'avèrent particulièrement intéressants pour les équipes mobiles. Les formations et programmes de formation à l'étrangers destinés aux équipes et à leur gestion qui donnent au critère de fidélité une place prépondérante ne sont pas, par définition, utiles et utilisables pour les équipes belges. Pour diverses raisons, il est loin d'être évident de répondre aux critères de fidélité d'un modèle étranger précis. D'où aussi la nécessité de bien informer les partenaires potentiels des autres pays, entre autres, sur les particularités suivantes du contexte belge et notamment sur la (l'absence de) stratégie d'implémentation pour les nouvelles équipes au moment du lancement des projets 107 :

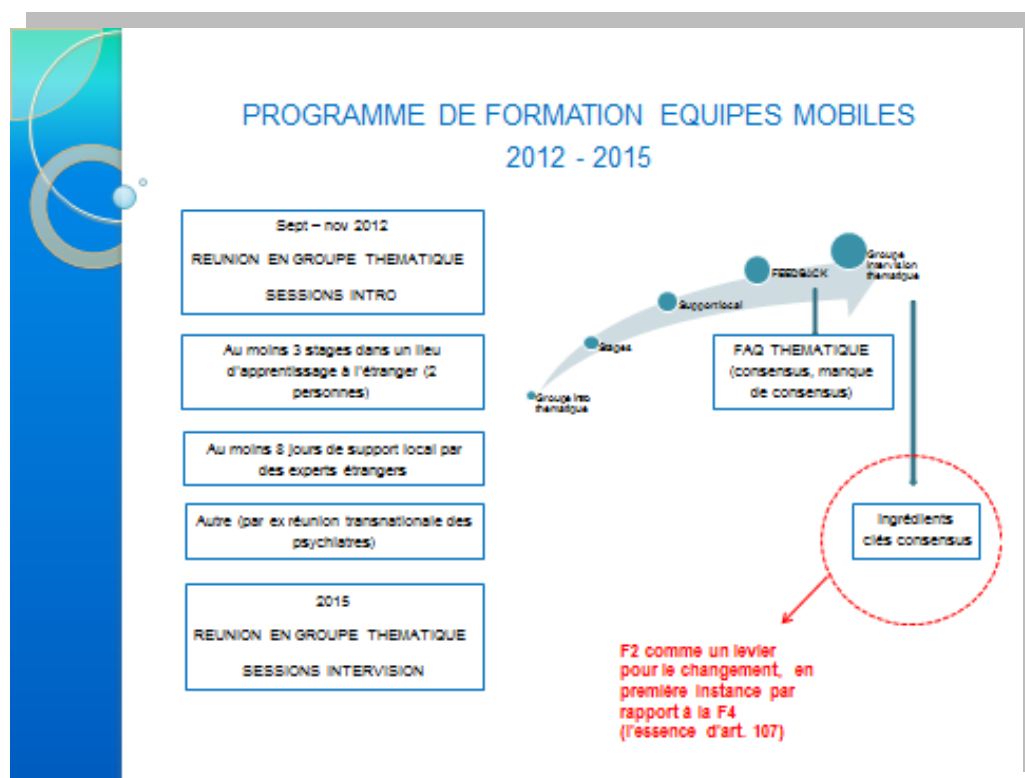
- contrairement à la majorité des établissements ou services situés dans les pays voisins, la plupart des services de soins de santé mentale résidentiels et ambulatoires en Belgique sont des services individuels autonomes (non-profit, financés par les autorités), ce qui rend le contexte de l'introduction d'une nouvelle forme de soins très particulier ;
- alors que les attentes sont nombreuses à l'égard des équipes mobiles au niveau de ces aspects, le financement des services de soins de santé mentale existants ne vise, ni justification, ni responsabilité pour des régions de travail, ni encore de définition claire des critères d'inclusion et d'exclusion ou une approche particulière du système de soins de santé mentale;
- les autorités n'imposent aucun modèle spécifique et on ne dispose, ni de recommandations, ni de stratégies d'implémentation ;
- la conformité aux critères du modèle (des équipes mobiles) auxquels doivent répondre les candidats projets 107 ne fait pas non plus l'objet d'une grande attention. Les candidats ont pu décrire en des termes relativement généraux quelles étaient leurs intentions en matière de lancement des équipes mobiles. L'exercice budgétaire, ou plus précisément l'exercice comptable lié à la conversion d'un certain pourcentage du budget par lit a été mis beaucoup plus en avant que la satisfaction à certains critères de fidélité fonctionnels ;
- même si une certaine attention a été accordée aux critères de conformité ou fidélité, plusieurs modèles se sont distingués, dont la majorité était inspirée de modèles anglo-saxons qui n'étaient donc pas très connus des francophones ;
- l'étude des équipes étrangères et de la manière dont elles fonctionnent actuellement, revient souvent à examiner un type de service qui a déjà trouvé sa place dans un système de soins de santé mentale (au niveau local, régional ou national) qui ne peut pas être comparé à un système belge, s'il existe, en raison des nombreuses différences locales ou régionales. Qui plus est, ces équipes étrangères ont aussi évolué ces dernières années et ne seront plus, non plus, exactement les mêmes dans quelques années. En d'autres termes, leurs critères de fidélité ou facteurs critiques de réussite actuelle peuvent être fortement colorés par leur contexte spécifique actuel (avec un contexte budgétaire souvent relativement déterminant) et leurs objectifs actuels ;
- avant le lancement des équipes mobiles belges, leurs missions, leur place et rôle ainsi que leur mode de fonctionnement au quotidien ont été discutés dans le cadre des négociations locales avec les partenaires – souvent de nouveaux partenaires – au sein de nouveaux comités et groupes de travail. Cette façon de procéder a donné lieu à des interprétations très locales, souvent influencées par les relations et les positions historiques. Cela explique aussi pourquoi certaines équipes courent le risque de démarrer sous la forme d'un service qui travaille en amont ou en aval de l'hôpital psychiatrique en guise de « siège principal », ou

comme des îlots plutôt isolés encore difficiles à intégrer dans un système local ou encore en tant que service chargé de combler les lacunes du système actuel et de constituer la suite du développement de projets à petite échelle ou d'être orientés vers les populations largement exclues par les services existants ;

- La réforme de soins de santé mentale en Belgique ne peut pas être considérée indépendamment du débat quasi permanent sur la réforme de l'État et la nouvelle répartition des compétences entre les autorités fédérales et les Communautés/Régions. La fragmentation du budget et des compétences à différents niveaux est une caractéristique de soins de santé mentale en Belgique. Il est toujours possible que la réforme politique prenne le dessus et que les établissements de soins de santé mentale et les professionnels impliqués dans la réforme soient finalement mis sous pression par les autorités auxquelles ils ressortissent. Des exemples de l'impact que pourrait avoir cette situation sur les équipes mobiles ont été identifiés. C'est ainsi que le budget hospitalier reste une matière fédérale tandis que, par exemple, les soins aux personnes handicapées relèvent d'une compétence aux mains des Communautés et/ou Régions. Cela explique pourquoi les Communautés et les Régions accordent une plus grande attention aux thèmes tels que les hospitalisations de longue durée et les problèmes graves de santé mentale et de longue durée, qui entraîne à son tour un accroissement de l'attention portée aux fonctions 3 et 5 en chevauchement avec la fonction 2 (équipes mobile de traitement au service des personnes ayant une problématique complexe et de longue durée) ;
- ./...

2.3 CONTENU DU PROGRAMME: TYPE D'ACTIVITES DE FORMATION POUR LES EQUIPES MOBILES BELGES BASEE SUR L'EXPERTISE D'AUTRES PAYS

Les points précédents expliquent la raison pour laquelle le programme de formation destiné aux équipes mobiles a opté pour une autre approche didactique, et cela, en vue de stimuler un processus d'apprentissage mutuel entre les équipes mobiles belges grâce au partage des expériences d'apprentissage basées sur l'expertise acquise dans d'autres pays. Le programme comprend principalement trois types d'activités de support lié à la pratique des collaborateurs ou coordinateurs des équipes mobiles belges par des experts ou des équipes étrangères. Le programme de formation est présenté comme un trajet de formation dans lequel différentes activités complémentaires sont proposées sur une durée d'environ 3 ans en tenant compte d'un calendrier acceptable pour les équipes de tous les projets 107.



2.3.1 REUNIONS THEMATIQUES EN GROUPE

Des réunions en groupe successives seront organisées pour les représentants des équipes mobiles de tous les projets 107 belges. Une première série de réunions en groupe thématiques a eu lieu sur la période de septembre à novembre 2012. Ces réunions en groupe ont été annoncées comme des séances d'introduction thématiques et ont été dirigées par au moins deux experts étrangers. Ce qu'il convient d'entendre par le terme « thématique », est expliqué sous le point 2.4.1. L'objectif a toujours été de clôturer le programme de formation en 2015 par des réunions

en groupe : sessions d'intervision thématiques en guise de conclusion avec utilisation du feedback structuré issu des stages et du support local. Le chapitre 4 propose une alternative potentielle.

2.3.2 STAGES A L'ETRANGERS

Le programme de formation destiné aux équipes mobiles propose aux équipes mobiles de tous les projets 107 d'accompagner, trois fois, pendant une semaine environ, une équipe mobile à l'étranger. Ces visites sont conçues comme des stages pour les collaborateurs ou les chefs d'équipe et sont réparties dans le temps pour répondre de manière optimale au calendrier tant des équipes belges que des équipes hôtes à l'étranger. Chaque projet vise également un certain équilibre entre les stages des équipes 2a et 2b.

2.3.3 SUPPORT LOCAL INDIVIDUEL (PAR DES EXPERTS ETRANGERS)

Le troisième élément de cette formation liée à la pratique propose une série de journées de support, de coaching et de conseil pour les deux types d'équipes mobiles (besoin de soins aigus, besoin de soins continus dans le temps), organisées au niveau local et données par des experts étrangers. Le nombre total de jours par projet est limité (pas plus de 8 jours par projet 107).

2.3.4 D'AUTRES ACTIVITES

Chaque année, un nombre limité d'autres activités sont également prévues qui montrent également un lien direct avec la pratique quotidienne des équipes mobiles. Un exemple : la rencontre internationale entre les psychiatres actifs dans des équipes de crise mobiles, organisée à Birmingham en novembre 2012.

Un aperçu détaillé des activités organisées entre avril 2012 et avril 2015 est disponible à la page 28 (point 2.5)

2.4 ORGANISATION ET COORDINATION DU PROGRAMME DE FORMATION POUR DES EQUIPES MOBILES BELGES

Sur le plan de l'organisation et de la coordination des activités de formation des équipes mobiles belges, des choix ont dû être opérés pour garantir l'adéquation entre le programme de formation et ses objectifs. Certains de ses choix sont de nature plutôt pratique tandis que d'autres sont liés à des considérations budgétaires et didactiques.

2.4.1 L'APPROCHE THEMATIQUE

L'organisation des réunions en groupe et la structuration des expériences d'apprentissage des équipes mobiles belges reposent sur neuf thèmes.

Le fait de travailler avec des thèmes et cela, avant le début du programme de formation des équipes mobiles, est un choix délibéré. La phase de mise en route des équipes mobiles s'est caractérisée par une forte ambiguïté : absence de recommandations strictes, prévision de trois années d'expérimentation, pas de stratégies d'implémentation développées par les autorités, etc., et face à cela, indéniable de nombreuses attentes tant de la part des partenaires de réseau que des autorités, parfois basées sur des interprétations relativement fragmentaires des modèles étrangers.

Pour aider les équipes à sortir quelque peu de cette ambiguïté, l'approche thématique les a aidées à plus se concentrer sur les aspects de la pratique quotidienne, sur les choix fortement liés et rattachés à leur propre réalité ainsi que sur les aspects qui leur semblent utiles, intéressants et essentiels. L'approche thématique invite également à élaborer un modèle qui dépasse les frontières nationales ou à éviter à mettre un certain système trop en avant et il était également important de faire comprendre aux experts et aux lieux d'apprentissage étrangers qu'il ne s'agissait pas de vendre ou d'implémenter un modèle en particulier. Enfin, le fait de travailler avec des thèmes et des sous-rubriques précis permet d'éviter un input (expertise étrangère) et un output (expériences d'apprentissage des équipes belges) de nature plutôt générale. Tous ces thèmes et ces sous-rubriques doivent être abordés dans la perspective des équipes mobiles qui se trouvent en phase de mise en route et ont besoin d'expérience et de conseils liés à la pratique :

	1 La mise en route et le développement/déploiement ultérieur des équipes mobiles <ul style="list-style-type: none"> ➤ composition multi-disciplinaire de l'équipe ➤ fonctionnement multi-disciplinaire de l'équipe ➤ compétences nécessaires des membres d'équipe ➤ distinguer des phases sur la mise en route (phase 1, phase 2, ...) ➤ orientation sur le rétablissement dans les équipes mobiles ➤ orientation vers des résultats (outcome) et impact sur la mise en route et développement/déploiement ultérieure (comme: définitions des objectives, évaluation des résultats/données, l'impact de ces évaluations...) ➤ facteurs critiques de succès pour la mise en route et développement/déploiement ultérieur (liés à l'équipe, la zone d'action, le groupe cible, accessibilité ...) ➤ engagement, rester impliqué, l'approche assertive (et ses limites) ➤ instruments utiles soutenant la pratique dans la mise en route et développement/déploiement ultérieur ➤ organisation pratique
	2 Hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> ➤ rôle, place, fonction de l'hospitalisation ➤ interventions devant la porte d'entrée (des unités d'urgences, unité d'urgence psychiatrique, hôpitaux psychiatriques....), gatekeeping ➤ le processus de décision (admission ou éviter une admission) ➤ en cas d'admission: rôle des équipes mobiles, "inreach" dans les unités résidentielles, sortie précoce ➤ admission non volontaire, le travail mobile et "coercition" ➤ équipes mobiles comme des véritables alternatives à l'hospitalisation (alternatif de haute qualité) ➤ utile pour faciliter la coordination entre EM et hôpital
	3 Crise et risque <ul style="list-style-type: none"> ➤ perspectives, points de vue (crise et risque pour le patient, son entourage, le professionnel) ➤ perspective du professionnel: agression, vulnérabilité, sécurité personnelle ➤ dépistage de risque ➤ dépistage de crise ➤ management de crise, gestion de crise ➤ éviter une admission dans une situation de crise ou de risque ➤ éviter des mesures judiciaires, des admissions non volontaires dans une situation de crise ou de risque ➤ procédures de visites ➤ communication de crise ➤ dépistage de la présence des facteurs de sécurité ➤ coordination entre 2a et 2b

4 Rôle du psychiatre
➤ la responsabilité clinique / médicale
➤ leadership clinique
➤ travailler en mobilité en garantir la qualité de soins
➤ garantir une qualité de soins dans un contexte de négociabilité
➤ la collaboration avec des généralistes
➤ la collaboration avec des psychiatres / médecin "traitants" ("externe")
➤ nombre d'heures / nombre d'ETP de psychiatre (le travail dans une équipe mobile: à temps partiel, à temps plein?)
➤ permanence, garde, veille
➤ travailler dans une équipe mobile en combinaison avec d'autres rôles (dans une autre service, dans une unité d'un hôpital....)
➤ des visites à domicile, comme membre de l'équipe
➤ type 2a et 2b: d'autres accents ?

5 Valoriser l'expertise d'expérience
➤ un expert d'expérience en tant que membre d'une équipe mobile
➤ des conditions préalables pour valoriser l'expertise d'expérience
➤ comment réaliser une première étape en vue de valoriser l'expertise d'expérience?
➤ utilisations de l'expertise d'expérience par des équipes mobile: des résultats et l'impact
➤ un expert d'expériences: formation et rôle dans une équipe mobile
➤ un expert d'expérience: un statut: bénévole, employé,
➤ disposer d'une responsabilité, prendre une responsabilité comme expert d'expérience dans une équipe mobile : les possibilités, les limites
➤ famille, des proches: intégration de leur expérience dans une équipe mobile
➤ type 2a et 2b: d'autres accents ?

6 Problèmes spécifiques en combinaison avec des troubles mentaux, et le travail mobil
➤ possibilités et limites des ou pour les équipes mobiles, ciblant des personnes avec des problèmes spécifiques
➤ une fonctionnement régulière ou spécialisée: c'est quoi?
➤ des troubles mentaux en combinaison avec l'assuétude
➤ des troubles mentaux en combinaison avec la déficience intellectuelle
➤ des troubles mentaux en combinaison avec des problèmes judiciaires
➤ troubles de la personnalité
➤ Intégration des compétences spécifiques dans les équipes mobiles
➤ critères d'exclusions basées sur le problème / pathologie
➤ type 2a et 2b: d'autres accents?

7 Le trajet de soins aigu
➤ quelles activités, quelles interventions (« quoi ? »), quelles modalités (« comment ? »), quel programme de soins (soins aigus) – modules/composants ?
➤ quels acteurs sont impliqués, quels services, professionnelles ? – Qui ?
➤ de quelles fonctions psy107 peut-on s'attendre une contribution à le trajet de soins aigu?
➤ échange d'informations dans le trajet de soins aigu
➤ la coordination d'un trajet de soins aigu

	8 Le trajet de soins continus dans le temps <ul style="list-style-type: none"> ➤ quelles activités, quelles interventions, (« quoi ? »), quelles modalités (« comment » ?), quel programme de soins – modules/composants ? ➤ quels acteurs sont impliqués, quels services, professionnelles, secteurs (logement, travail, éducation, loisir, sécurité, culture....) ? – Qui ? ➤ de quelles fonctions psy107 peut-on s’attendre une contribution à le trajet des soins continus dans le temps? ➤ échange d'informations dans le trajet des soins continus dans le temps ➤ la coordination d’un trajet de soins de longue durée
	9 La diversité culturelle <ul style="list-style-type: none"> ➤ appliquer des alternatives pour la psychiatrie “occidentale” ➤ une sensibilité culturelle ➤ langues parlées par les membres des équipes / composition de l’équipe ➤ type 2a et 2b: d’autres accents

2.4.2 LES PAYS IMPLIQUES

Les pays dans lesquels travaillent les experts et sont localisés les lieux d'apprentissage avaient déjà été impliqués dans une pré-phase d'une proposition de projet européen (EU-Progress VP/2012/007) sur la période de janvier – juin 2011. En 2010, un partenariat avait été conclu à cet effet entre les autorités fédérales belges (SPF Santé publique) et le secteur de soins de santé mentale belge, représenté par les Fédérations belges des services de soins de santé mentale, auxquels avaient été ajoutés cinq partenaires de projets issus d'autres pays européens (Norvège, Slovaquie, Roumanie, Grèce et Malte) dans le but de rassembler des experts et des représentants des lieux d'apprentissage à l'étranger de quatre pays supplémentaires (Angleterre, Irlande, France, Suisse et Pays-Bas) pour discuter des expériences 107 belges.

Ce partenariat a répondu à l'appel à propositions pour l'expérimentation sociale, Progress, de l'UE. La procédure d'évaluation a toutefois pris du retard ce qui a entraîné le SPF Santé publique à s'engager plus en finançant ce qu'on a appelé une pré-phase du projet Progress. Dès que les partenaires ont été informés par la Commission européenne que leur demande de projet n'avait pas été retenue, le SPF Santé publique et les Fédérations belges ont poursuivi leur partenariat dont le cadre et le contexte ont été adaptés. Cela a mené un accord entre le SPF et les Fédérations qui prévoyait qu'une partie du budget de la formation PSY107 serait plus particulièrement investie dans des activités de formation destinées aux nouvelles équipes mobiles belges et à une coordination de ces activités de formation.

Fin 2011 – début 2012, les possibilités ont ensuite été explorées au niveau des pays qui avaient participé à la pré-phase du projet Progress mais cette fois, avec un accent spécifique sur l'expertise en matière d'équipes mobiles (*lieux d'apprentissage potentiels*) et de l'expertise liée à la pratique dans le cadre de la mise en route et du déploiement de ces équipes mobiles (*experts pour les réunions en groupe et le support local*). Après la mise en route en 2012 avec une première série de réunions en groupe (les sessions d'introduction thématiques) et des journées d'introduction au support local et aux premiers stages à l'étranger, une exploration

supplémentaire a été consacrée aux lieux d'apprentissage potentiels dans d'autres pays (Grèce, Italie, pays de Galles).

Les critères utilisés pour l'exploration des *lieux d'apprentissage potentiels* ont été les suivants :

- on a supposé que les équipes mobiles étaient des unités de soins clairement fonctionnalisées ayant une place et un rôle clairement définis dans un système de soins de santé mentale ;
- les équipes mobiles devaient avoir une expérience en tant que lieu d'apprentissage pour les autres équipes de leur propre pays (un 'beacon site' ou 'site de phare') et / ou les équipes d'autres pays ;
- l'équipe devait également avoir une certaine expérience avec le profil des groupes cibles des équipes belges 2a et 2b (qui devaient faire partie de leur groupe cible actuel ou passé) ;
- L'équipe devait également être prête à fournir préalablement de la documentation aux équipes belges ;
- la motivation ne devait pas être pécuniaire : à l'exception d'un montant limité destiné à couvrir les frais d'organisation, aucun budget n'est prévu pour les hôtes ;
- « walk the walk », plutôt que « talk the talk » : il a été attendu des équipes étrangères qu'elles montrent à leurs visiteurs belges comment elles travaillaient et qu'elles leur proposent de les accompagner et abordent les points forts et les points faibles tout comme les défis du passé et à venir. De préférence pas trop de théorie et de grands principes : les invités belges apprendront plus de ce que fait l'équipe que d'une explication sur ce que fait l'équipe ;
- les lieux d'apprentissage doivent adhérer au cadre de référence des thèmes et des sous-rubriques utilisés pour structurer les expériences d'apprentissage des invités belges.

On attend des *experts* invités aux réunions en groupe et pour le support local en Belgique qu'ils s'engagent à investir le temps nécessaire pour comprendre le contexte belge complexe, les projets 107 locaux, la complexité liée à la mise en route des équipes mobiles belges, qu'ils soient capables de voir que ces équipes ne commencent pas d'une page blanche, mais dans un environnement d'établissements et services existants et de divers projets pilotes non structurés et d'initiatives propres, qu'ils puissent se faire une bonne idée de la situation actuelle dans laquelle se trouvent les équipes avec lesquelles ils sont appelés à travailler et qu'ils considèrent cette situation comme le point de départ de l'apport de leur expertise plutôt que comme la promotion ou la tentative d'introduire un concept ou un modèle.

2.4.3 APERÇU DES LIEUX POTENTIELS D'APPRENTISSAGE

Tous les hôtes potentiels de la liste ci-dessous ne peuvent pas être taxés d'« équipe mobile purement de type 2a ou 2b » Les F-ACT teams néerlandaises, par exemple, couvrent à la fois la fonction 2b, la fonction 3 et – en partie – aussi la fonction 5. Dans le sud du Pays de Galles, la fonction Assertive Outreach est intégrée dans une community mental health team. L'« Habicité »-team de Lille combine la fonction 2b et la fonction 5 et les CMHT de Trieste sont des services multifonctionnels intégrés. En concertation avec les intermédiaires de chaque lieu d'apprentissage potentiel, le coordinateur de projet a fourni une description succincte et détaillée de l'équipe étrangère et du contexte dans lequel elle opère.

Dix organisations de six pays européens se sont proposées pour collaborer, conformément aux critères et aux conditions, et accueillir les collaborateurs des équipes mobiles belges 2a :

2A	Angleterre
	➤ Crisis Resolution Home Treatment Team, Solihull Hospital (Bruce Burns Unit) - Birmingham and Solihull Mental Health NHS Foundation Trust
	➤ Home Treatment Teams, Oleaster - Birmingham and Solihull Mental Health NHS Foundation Trust
	➤ The Stoke Acute Home Treatment Team - North Staffordshire Combined Healthcare NHS Trust
	Pays de Galles
	➤ Crisis Resolution and Home Treatment Team, Neath & Port Talbot - ABM ULHB Mental Health
	Pays-bas
	➤ IHT (Intensive Home Treatment) Noord Kennermerland, Alkmaar and surrounding - GGZ Noord Holland Noord
	France
	➤ Team E.R.I.C. (Equipe (équipe rapide d'interventions de crise) - Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot, Yvelines Sud, South-East of Paris
	➤ Soins Intensifs intégrés dans la cité (SIIC) / Intensif Care integrated in the City - Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille Métropole
	➤ ULICE, Unité Locale d'Intervention et d'Evaluation de Crise (Local Unit for Crisis Intervention and Evaluation) - Assistance Publique/Hôpitaux de Marseille (service de psychiatrie à l'hôpital Ste Marguerite)
	Norvège
	➤ Ambulant Acute Team Ålesund - Sunnmøre Hospital Trust
	Italie
	➤ Centri di Salute Mentale Barcola and Via Gambini – Dipartimento di Salute Mentale Trieste

Les collaborateurs des équipes mobiles belges 2b ont été accueillis dans 16 organisations situées dans 7 pays européens (avec au total plus de quarante équipes hôtes potentielles) :

2B	Angleterre
	➤ Assertive Outreach Team, Matthews Centre - Birmingham and Solihull Mental Health NHS Foundation Trust
	➤ Cheltenham Assertive Outreach Team - Trust 2together
	➤ Sandwell Assertive Outreach Team – Black Country Partnership HNS Foundation Trust
	Pays de Galles
	➤ Community Mental Health Team (in which AOT is integrated), Neath & Port Talbot - ABM ULHB Mental Health

Pays-bas
➤ F-ACT teams Hoorn Kersenboogerd, Hoorn Centrum, Enkhuizen, Heiloo, Noord-Kennermerland, Schagen, Heerhugowaard, Alkmaar Centrum, Alkmaar Noord, Alkmaar-Noordoost, Alkmaar Zuid, Alkmaar West, Den Helder Julianadorp, Den Helder Texel – GGZ Noord Holland Noord
➤ ACT 3 ('forensic ACT team) Utrecht, F-ACT Utrecht North East – Altrecht GGZ
➤ F-ACT teams Heerlen Centrum, Landgraaf, Kerkrade, Maastricht, Hoensbroek, Brunssum – GGZ Mondriaan
➤ F-ACT teams Breda Noord, Etten-Leur, Tilburg-Oost, Tilburg-West – GGZ Breburg
➤ F-ACT teams 2 (Geleen/Munstergeleen) and 3 (Beek, Schinnen, Stein) – GGZ Orbis
France
➤ Santé Mentale de proximité - Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille Métropole
➤ Habicité - Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille Métropole (covers function 2b and function 5)
➤ MARRS (équipe du Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social) - Assistance Publique/Hôpitaux de Marseille (service de psychiatrie à l'hôpital Ste Marguerite)
Suisse
➤ SIM (Suivi Intensif dans le Milieu) Lausanne, CMT (Case Management de Transition) Lausanne, SIM Yverdon, SIM Prangins - Le Département de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (DP-CHUV)
➤ SIM (Suivi Intensif dans le Milieu) Genève - Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) – Genève (Département General Psychiatry)
Norvège
➤ ACT Moss – Østfold Hospital Trust
➤ ACT Ålesund - Sunnmøre Hospital Trust
Italie
➤ Centri di Salute Mentale Barcola and Via Gambini – Dipartimento di Salute Mentale Trieste

2.4.4 METTRE (ET TENIR) LE PROGRAMME SUR LA BONNE VOIE

Beaucoup de temps a été consacré à clarifier les conditions, à expliquer les principes de base, le contenu, les résultats escomptés etc., ainsi qu'à organiser le tout. Une communication quasi continue et intensive a été nécessaire avec les intermédiaires des projets 107 et les organisations/équipes et experts de l'étranger. De nombreuses discussions ont eu pour sujet le budget, le travail préparatoire de chaque stage et le support local ainsi que le feed-back escompté par les participants belges.

Un budget basé sur les activités

Une fois le contenu de ce programme de formation des équipes mobiles a été approuvé par le SPF Santé publique et les Fédérations belges des services de soins de santé mentale, un budget basé sur des activités a été alloué : pour le financement des experts qui ont participé aux réunions en groupe, pour le financement des stages des Belges à l'étranger, pour le financement du support local des équipes belges par des experts étrangers. Fin 2012, les possibilités et les limites de ce budget ont été présentées aux experts et lieux d'apprentissage étrangers potentiels ainsi qu'à une première série de projets 107 et à leurs équipes mobiles. Cette opération a été répétée en 2013

et en 2014 pour la « deuxième vague » des projets 107, pour les nouveaux lieux d'apprentissage potentiels et pour les nouveaux experts. Pour une série de lieux d'apprentissage et d'experts potentiels, les limitations budgétaires ont posé un problème qui n'a finalement pas permis la mise en place d'une collaboration.

Un premier exemple des limitations budgétaires rencontrées est celui de l'absence de rémunération fixe pour le lieu d'apprentissage étranger pour l'organisation des stages pour les hôtes belges. Un coût maximal pour les frais de transport et d'hôtel des participants belges a été fixé sur la base des recommandations relatives au projet UE. En ce qui concerne les équipes hôtes étrangères, une contribution symbolique de 250 euros maximum a été prévue pour chaque stage organisé pour des représentants des équipes d'un projet 107 belge. Un deuxième exemple réside dans le fait qu'il a été demandé d'absolument éviter d'inviter un expert pour une seule journée de travail en Belgique, pour un seul projet ou pour une seule réunion en groupe. Pour ne pas gaspiller le budget alloué pour les déplacements et les frais d'hôtel, en 2012, la présence à une réunion en groupe a été combinée avec au moins une journée de support local ou deux journées au moins de support local pour au moins deux projets 107 ont été regroupées. Depuis fin 2013, le format du support local est aussi modifié (voir point 2.5.3) et 3 à 4 journées successives sont organisées, ce qui a également eu un impact positif sur les frais de déplacement.

Étant donné qu'il s'agit d'un budget de formation liée à un projet (et donc pas à une équipe), ce programme offre moins de possibilités - aussi bien au niveau des stages qu'au niveau du support local - aux projets dont les zones de travail sont étendues et dans lesquels plusieurs équipes ont été mises en route. Pour les deux types d'activité, un budget maximum d'environ 15 000 euros a été prévu par projet 107, et cela en fonction des besoins et des intérêts individuels des équipes, de leurs préférences au niveau des places de stage et des experts, de leur volonté de travailler dans le cadre du programme de formation et de préparer au mieux chaque activité en collaboration avec le coordinateur du SPF. Pour les stages, ce budget théorique disponible couvre tous les frais d'hôtel (y compris le petit déjeuner), les frais de déplacement et l'éventuelle contribution symbolique pour les équipes hôtes ; pour le support local, ce montant couvre les frais d'hôtel, les frais de déplacement, les frais de séjour et les honoraires des experts invités.

Planification, organisation et coordination, rapportage

Les activités énumérées ci-dessous illustrent le contenu du travail de coordination dans le cadre du programme de formation des équipes mobiles belges :

- information des coordinateurs de réseau et des équipes mobiles sur le sujet et la finalité de ce programme de formation ; le fait que les projets 107 aient été lancés en deux vagues et que certains projets de la deuxième vague aient commencé avant 2013, n'a pas simplifié la planification ;
- élaboration d'un plan de formation (stage, support local) pour les équipes mobiles de chaque projet, en concertation avec l'équipe et le management du projet ; en tenant compte dans ce cadre : des préférences, de la faisabilité, de l'estimation de la plus-value de chaque activité et d'un calendrier adapté à la phase de développement des équipes ;

- contacter, étape après étape les lieux d'apprentissage et les experts pour chaque possibilité de stage et de support local ; consulter les agendas y afférents et fixer le calendrier ;
- si c'est réalisable sur le plan pratique et que cela ne rend pas la planification trop complexe, des stages seront organisés pour les membres des équipes de différents projets ou des plans de formation parallèles seront établis pour les équipes de régions voisines ; cela pourrait, en effet, promouvoir l'échange mutuel sur les expériences apprentissage ;
- organisation de l'hébergement et des déplacements vers et à l'étranger (stages) et en Belgique (experts invités) ;
- réalisation d'un dossier de documentation sur le lieu d'apprentissage, basé sur un document type conçu pour informer de manière uniforme les collaborateurs des équipes belges sur toutes les places de stage potentielles ;
- une description succincte des équipes belges et de leur contexte de réseau pour le lieu d'apprentissage et/ou les experts qu'elles sont amenées à rencontrer à l'étranger ;
- la conception d'un document type pour la description des expériences d'apprentissage des participants belges (feed-back) ;
- à la demande de quelques lieux d'apprentissage : élaboration d'un contrat de stage entre le lieu d'apprentissage, l'employeur et le stagiaire ;
- la clôture de la préparation de chaque stage par une communication commune adressée aux personnes de contact de l'équipe étrangère et aux participants belges (avec une synthèse de toutes les informations pratiques et de contenu) ;
- la clôture de la préparation de chaque mission de support local par une communication commune adressée aux experts invités, au coordinateur de l'équipe et au coordinateur de réseau et qui contient toutes les informations pratiques ainsi que le programme de support local ;
- entretenir le contact avec le lieu d'apprentissage pendant le stage ; essayer d'être présent, au moins au début et à la fin du support local ;
- après le stage ou le support local : prendre le temps nécessaire pour aider les participants à structurer leurs expériences d'apprentissage à l'aide des thèmes et des sous-rubriques ;
- consigner chaque expérience d'apprentissage dans un fichier Excel ;
- rendre les expériences d'apprentissage décrites dans le fichier Excel disponibles dans trois langues pour les rendre accessibles à toutes les équipes mobiles belges, aux lieux d'apprentissage et aux experts impliqués dans le programme de formation ;
- valorisation de ce feed-back sous la forme d'un rapport sur les expériences d'apprentissage.

Facteurs favorisants et limitants

Il a fallu consacrer beaucoup de temps à la présentation de ce programme de formation aux personnes de contact et aux experts à l'étranger. Les autres pays ont également marqué un vif intérêt pour la mise en place d'un contrat de collaboration entre le SPF Santé publique et les Fédérations en ce qui concerne ce programme de formation, une curiosité, qui du fait de la tradition belge de concertation et de négociation entre les autorités fédérales et le secteur de soins de santé mentale a nécessité quelques explications. Ce qui nous a ouvert les portes dans les autres pays, n'a pas seulement été le programme de formation à proprement parler, mais aussi son caractère unique. Le mélange du volontarisme des représentants du secteurs et des équipes mobiles mais aussi l'engagement du SPF Santé publique ont eu un effet stimulant.

Le cadre de travail orienté résultats a également favorisé la concertation avec les autres pays. Dès le début, il a été clair, en effet, que ce projet devrait être bien documenté et qu'il allait falloir disposer d'une méthodologie pour l'échange de la documentation. Le choix de proposer le programme comme un processus d'apprentissage mutuel et par conséquent de le faire documenter par les équipes et les membres des équipes eux-mêmes, pour stimuler et faciliter l'échange des expériences d'apprentissage, y compris des questions relatives à la résolution de problèmes, des descriptions de problèmes identifiables (pour les équipes et les membres des équipes) et leur impact, a conféré un caractère orienté résultats à l'ensemble. Y compris une évaluation intrinsèque qui va beaucoup plus loin qu'une simple enquête de satisfaction générale (si aucune expérience apprentissage n'est rapportée, cela peut signifier, par exemple, qu'un stage effectué dans une équipe étrangère n'a pas vraiment été une réussite).

Le contexte de négociation et de collaboration entre les autorités fédérales et les Fédérations a permis de garantir la transparence dès le début de la mise en route du programme de formation : le contenu ainsi que les aspects organisationnels et budgétaires ont été réglés à l'avance. Pouvoir communiquer avec les personnes de contact à l'étranger sur la base de critères et de conditions clairement définis a été une bonne chose.

Nous avons toutefois rencontré quelques obstacles au niveau de l'exploration de l'expertise étrangère jugée nécessaire. Les programmes de formation nationaux spécifiques, prêts à l'emploi, ne cadraient pas avec l'esprit de ce programme de formation et il n'a pas toujours été évident d'arriver à expliquer que nous attendions autre chose que des programmes de formation déjà existants. Il n'a pas non plus été évident de tranquilliser les équipes étrangères quant au fait que toute surcharge serait évitée (par les visiteurs belges). Des contrats très clairs ont été conclus quant au nombre maximum de stages jugés possibles chaque année pour chaque lieu d'apprentissage. Et ce nombre peut fortement varier suivant les pays. Aux Pays-Bas par exemple, une seule organisation peut disposer de plusieurs équipes mobiles, ce qui permet de répartir un plus grand nombre de stagiaires belges et de ce fait de bénéficier de formules flexibles qui permettent d'envoyer en stage en même temps plus de deux personnes d'une même équipe ou d'un même projet lorsque cela permet de réaliser des économies sur les frais de déplacement et d'hôtel. Les collaborateurs des équipes francophones n'ont pas pu bénéficier d'autant de flexibilité.

Un autre point non négligeable a été que les équipes belges ont compris que les stagiaires doivent être des personnes capables de relayer leurs expériences d'apprentissage qu'elles jugent pertinentes à l'intérieur de leur propre équipe et qu'il faut aussi le leur demander et leur en donner la possibilité. Ce point réside toutefois entièrement entre les mains des équipes ou des responsables de chaque projet 107.

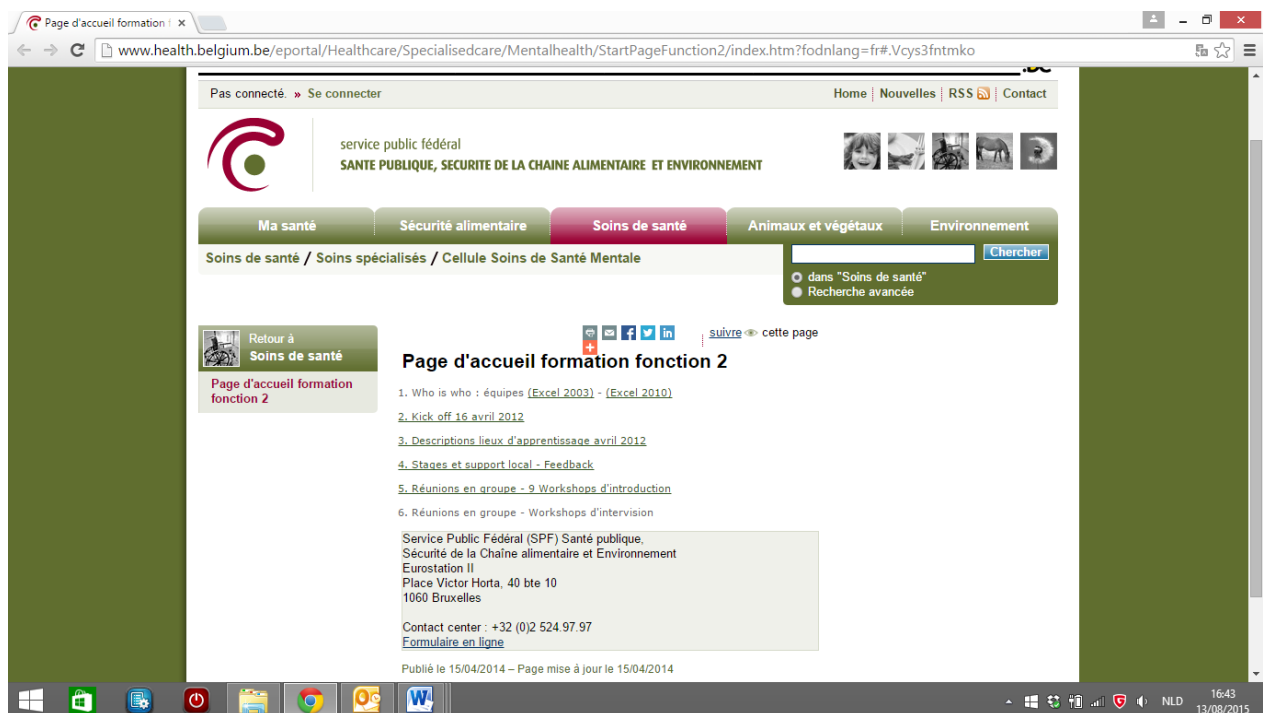
Un des obstacles les plus difficiles à surmonter en Belgique, en termes d'information de chaque projet 107 individuel et de leurs équipes sur ce programme de formation au niveau de la communication et de l'élaboration d'un plan de formation adapté, a été le fait qu'il n'a pas été demandé au projet 107 de désigner une ou plusieurs personnes clés investies de la responsabilité de lancer et de déployer les équipes mobiles en tant que fonctions au sein de leur propre projet ni de les mandater pour qu'elles fassent office de personnes de contact dans le cadre du développement d'un programme de formation pour leurs équipes mobiles. Ceci, contrairement à la désignation des coordinateurs de réseau et à la création d'un canal de communication pour les aspects et formations liés au réseau.

Et enfin, sur ce trajet de formation, on ne peut pas passer sous silence que les lieux d'apprentissage potentiels sont sous pression, le plus souvent en raison de réorganisations et d'opérations d'économies budgétaires.

2.4.5 DOCUMENTATION DISPONIBLE

Au cours du programme de formation, l'information suivante est disponible sur une page Web du FPS-Santé (versions en néerlandais, français et anglais), contenant :

- Documentation sur le kick-off du programme de formation sur la Fonction 2, avril 2012 (présentations, documents des experts invités d'Angleterre, des Pays-bas, de la France et de la Suisse)
- Documentation sur le programme de formation (des principes budgétaires et d'organisation, objectives, le gabarit pour le feedback)
- Une liste de noms, fonctions et adresses e-mail des membres des équipes mobiles ('who is who?')
- De brèves descriptions des lieux d'apprentissage
- Présentations des réunions en groupe thématiques (réunions d'introduction de septembre, octobre et novembre 2012)
- Une mise à jour des aperçus de stages à l'étranger, de support local et du feedback



2.5 APERÇU DES ACTIVITES DE FORMATION AVRIL 2012 – AVRIL 2015

2.5.1. REUNIONS THEMATIQUES EN GROUPE: SESSIONS D'INTRODUCTION

Les représentants des équipes mobiles belges ont été invités à participer à des sessions d'introduction thématiques au cours desquelles les neuf thèmes ont été présentés et illustrés par des experts venus d'Angleterre, de France, des Pays-Bas et de Suisse. Ces sessions ont été réparties sur septembre, octobre et novembre 2012 et 3 sessions thématiques parallèles ont été organisées par jour. Il a été demandé aux participants – maximum 25 participants par session – de préalablement formuler des questions et des idées. Après la session de mise en route d'avril 2012, au cours de laquelle on s'est arrêté sur les contextes nationaux spécifiques (Royaume-Uni, Pays-Bas, France et Suisse) et un premier contact des membres des équipes mobiles avec la mise en forme des services mobiles, ces sessions d'introduction thématiques ont fourni des informations plus détaillées sur les neuf thèmes qui vont être utilisés pour structurer les expériences d'apprentissage (voir point 2.4.1., p. 17), sur le lieu d'apprentissage potentiel et elles offrent aussi, bien sûr, la possibilité d'un premier contact avec les experts qui pourraient être engagés pour un support local. Deux experts venus de différents pays ont participé à chaque session, ce qui a permis aux participants de découvrir différents modèles, différentes visions et différents avis.

Les premières réunions en groupe thématiques ont été organisées le 7 septembre 2012. Les thèmes suivants y ont été présentés :

- La mise en route et le déploiement ultérieur des équipes mobiles, présenté par Kevin Heffernan et Pascale Ferrari ;
- L'hospitalisation et des équipes mobiles, présenté par le Prof. Mervyn Morris et Rokus Loopik;
- Crises et risques dans les équipes mobiles, présenté par Harry Gras, Nicolas Daumerie et Gery Kruhelski

Une deuxième série de sessions d'introduction thématiques a suivi le 15 octobre 2012 :

- Le rôle du psychiatre dans les équipes mobiles, avec la participation du Dr Eve Le Bihan et du Dr Remmers Van Veldhuizen ;
- Valoriser l'expertise d'expérience dans les équipes mobiles, introduit par Atie Dekker, Michiel Bahler et Annette Furnemont;
- Les problèmes spécifiques combinés à une problématique de santé mentale, présenté par le Prof. Mervyn Morris et Nicolas Daumerie

Une troisième série de sessions d'introduction thématiques a lieu le 21 novembre 2012 :

- Le trajet de soins aigus présenté par le Prof. Mervyn Morris et le Dr Frédéric Mauriac
- Le trajet de soins continus dans le temps, présenté par le Dr Laurent Defromont et Rokus Loopik
- La diversité culturelle et les équipes mobiles, présenté par Harry Gras (Kevin Heffernan a été empêché en dernière minute)

2.5.2. DES STAGES A L'ETRANGERS

Aperçu

Entre juillet 2012 et avril 2015, 81 stages à l'étranger ont été organisés pour les membres des équipes ou les chefs d'équipe/coordonateurs d'équipe.

Le *tableau 1* présente un aperçu chronologique des stages organisés dans la perspective des projets 107 belges, c'est-à-dire le nombre de stages organisés à l'étranger pour leurs équipes mobiles, que les stages aient ou non été intégrés dans un stage mixte avec des représentants d'équipes d'un autre projet 107. En plus de la date et du lieu où se déroule le stage, le tableau 1 indique également dans quel projet 107 ou dans quelle région les stagiaires travaillent, le type d'équipe mobile dans lequel sont actifs les participants ainsi que le nombre de participants (subdivisé en équipe 2a-/2b s'il s'agit d'un lieu d'apprentissage qui peut proposer un stage mixte 2a/2b).

Tableau 1 Aperçu chronologique des stages à l'étrangers

2012	Date	Place	Projet 107	Equipe	N Participants
1	2 - 8 juillet	Birmingham	De Kempen	2a/2b	1/1
2	2 - 6 juillet	NHN (Noord Holland Noord)	Leuven-Tervuren	2b	6
3	10 - 14 sept	Équipe E.R.I.C. (Plaisir)	Fusion Liège	2a	2
4	8 - 12 oct	Lausanne	Région Hainaut	2b	4
5	22 - 26 oct	E.R.I.C.	Réseau Santé Namur	2a	2
6	22 - 26 oct	NHN	Leuven-Tervuren	2b	6
7	22 - 26 oct	NHN	Noord W-Vlaanderen	2b	2
8	5 - 10 nov	Birmingham	Gent-Eeklo	2b	2
9	12 - 14 nov	EPSM Lille	Bruxelles-Est	2a/2b	3
10	12 - 14 nov	Lille	Ieper-Diksmuide	2a/2b	2
11	12 - 14 nov	Lille	Zuid W-Vlaanderen	2a/2b	2
12	12 - 16 nov	Lausanne/Genève	Réseau Santé Namur	2b	2
13	19 - 23 nov	E.R.I.C.	Bruxelles-Est	2a	2
14	10 - 14 déc	Birmingham	Région Hainaut	2a/2b	1/1
15	17 - 19 déc	Lille	Hainaut Occidental	2a/2b	3
16	17 - 19 déc	Lille	Leuven – Tervuren	2a/2b	2
2013	Date	Place	Projet 107	Equipe	N Participants
17	14 - 18 janv	Lausanne	Fusion Liège	2b	4
18	22 - 26 janv	Birmingham	Noord W-Vlaanderen	2a	3
19	28 Jan - 1 févr	Lausanne/Genève	Hainaut Occidental	2b	2/2
20	25 fév - 4 mrs	Birmingham	Hainaut Occidental	2a/2b	1/1
21	25 fév - 1 mrs	E.R.I.C.	Fusion Liège	2a	2
22	11 - 13 mrs ¹	Lille	Région Hainaut	2a/2b	4
23	11 - 13 mrs ²	Lille	PRIT	2a/2b	2
24	22 - 26 avril	E.R.I.C.	Gent-Eeklo	2a	2
25	13 - 17 mai	North Staffordshire	Leuven-Tervuren	2a	2
26	13 - 17 mai	NHN	Reling	2b	4
27	13 - 17 mai	NHN	Noolim	2b	4

¹ Perturbé par des conditions météo, repris en mai 2013

² Perturbé par des conditions météo, repris en mai 2013

	Date	Place	Projet 107	Equipe	N Participants
28	13 - 15 mai	Lille	Région Hainaut	2a/2b	4
29	13 - 15 mai	Lille	PRIT	2a/2b	2
30	24 - 26 juin	Lille	Hermesplus	2a/2b	2
31	24 - 26 juin	Lille	Bruxelles-Est	2a/2b	2
32	24 - 26 juin	Lille	Région du centre	2a/2b	2
33	9 - 13 sept	E.R.I.C.	Région du centre	2a	2
34	16 - 18 sept	Lille	Gent - Eeklo	2a/2b	3
35	16 - 18 sept	Lille	Halle-Vilvoorde	2a/2b	3
36	23 - 28 sept	Birmingham	Reling	2a	2
37	24 - 26 sept	Utrecht	Fusion Liège	2b	2
38	21 - 25 oct	E.R.I.C.	Hainaut Occidental	2a	2
39	11 - 15 nov	NHN	Hermesplus	2b	2
40	11 - 15 nov	NHN	Zuid W-Vlaanderen	2b	3
41	11 - 15 nov	NHN	Halle-Vilvoorde	2b	3
42	18 - 20 nov	Lille	Gent-Eeklo	2a/2b	2
43	18 - 20 nov	Lille	Hermesplus	2a/2b	3
44	18- 20 nov	Lille	Région du Centre	2a/2b	2
2014	Date	Place	Projet 107	Equipe	N Participants
45	13 - 15 janv	Lille SIIC	Hainaut Occidental	2a	2
46	20 - 24 janv	Lausanne	RÉSME	2b	4
47	27 - 31 janv	Birmingham	SaRA	2a/2b	4
48	27 - 31 janv	Lausanne	RÉSME	2b	3
49	10 - 14 févr	GGZ Mondriaan	Noord W-Vlaanderen	2b	3
50	10 - 14 févr	GGZ Mondriaan	Ieper – Diksmuide	2b	2
51	10 - 14 févr	GGZ Altrecht	SaRA	2b	3
52	10 - 12 mrs	Lille SIIC	Région du Centre	2a	2
53	7 - 11 avril	E.R.I.C.	Ieper – Diksmuide	2a	2
54	12 - 14 mai	Lille	RÉSME	2a/2b	6
55	12 - 16 mai	Birmingham	Reling	2a	2
56	26 - 30 mai	Aalesund	GGZ De Kempen	2a	2
57	16 - 20 juin	GGZ Breburg	GGZ De Kempen	2b	2
58	16 - 20 juin	GGZ Breburg	Reling	2b	2
59	16 - 20 juin	Trieste	Hermesplus	2a/2b	2
60	16 - 20 juin	Birmingham	Halle-Vilvoorde	2a/2b	3
61	16 - 20 juin	Birmingham	Hermesplus	2a/2b	2
62	23 - 25 juin	Lille	RÉSME	2a/2b	6
63	23 - 27 juin	E.R.I.C.	Région Hainaut Leuze	2a	2
64	1 - 5 sept	GGZ Altrecht	SaRA	2b	2
65	7 - 12 sept	Lausanne	Région du Centre	2b	2
66	14 – 19 sept	Neat Port Talbot (AMB)	Réseau Santé Namur	2a/2b	4
67	21 - 16 sept	NHN	Halle-Vilvoorde	2a/2b	4
68	21 - 16 sept	NHN	Noolim	2a/2b	4
69	21 - 25 sept	Birmingham	PRIT	2a/2b	2
70	21 - 25 sept	Birmingham	Zuid W-Vlaanderen	2a/2b	2
71	5 - 10 oct	Birmingham	Noolim	2a/2b	4
72	3 - 7 nov	GGZ Mondriaan/GGZ Orbis	Noolim	2b	4

	Date	Place	Projet 107	Equipe	N Participants
73	10 - 14 nov	Aalesund	Zuid W-Vlaanderen	2a	2
74	17 - 21 nov	NHN	Prit	2a/2b	4
75	17 - 21 nov	NHN	Zuid W-Vlaanderen	2a/2b	4
76	23 - 28 nov	Birmingham	SaRA	2a	3
2015	Date	Place	Projet 107	Equipe	N Participants
77	12 - 16 jan	Aalesund	PRIT	2a/2b	2/1
78	9 - 12 févr	NHN	PAKT (Gent-Eeklo)	2a/2b	6/1
79	9 - 12 févr	NHN	GGZ De Kempen	2a	1
80	9 - 13 févr	Birmingham	Région du Centre	2a/2b	2/2
81	27 - 29 avril	E.R.I.C.	Région Hainaut Mons	2a	2

Le tableau 2, sur la page suivante, fournit des informations plus détaillées sous forme synoptique. Vous y trouverez, pour chaque lieu d'apprentissage visité, le nombre de stages (dans la perspective de chaque projet 107 belge), le nombre de périodes pendant lesquelles les stages sont organisés (dans la perspective de chaque lieu d'apprentissage), le nombre total de journées de stage et le nombre de projets 107 qui ont été représentés par au moins une de leurs équipes dans un ou plusieurs stages sur le lieu d'apprentissage concerné.

Au total, 881 journées de stage ont été organisées pour 224 collaborateurs des équipes belges : 349 journées dans des équipes francophones (France et Suisse), 293 journées dans des équipes néerlandophones (Pays-Bas), 239 journées dans des équipes anglophones (Royaume-Uni) ou dans des équipes dans lesquelles la communication avec les hôtes belges s'est déroulée en anglais (Norvège, Italie).

Il a été possible, pour chacun des projets 107, d'organiser au moins 3 stages à l'étranger avec, pour chaque stage, au moins deux participants (membres de l'équipe ou – chefs/coordonateurs) de leurs équipes mobiles.

Pour des informations plus détaillées par projet 107 : voir point 5 pp. 58 - 64

Tableau 2 Informations synthétisées par pays et lieu d'apprentissage

	N Stages	N périodes	N participants	N jours	N Projets 107
Pays-bas					
GGZ Noord Holland Noord	14	7	54	204	10
GGZ Altrecht (Utrecht)	3	3	7	26	2
GGZ Mondriaan (1 x comb. GGZ Orbis)	3	2	9	45	3
GGZ Breburg	2	1	4	18	2
Angleterre					
Birmingham (BSMHFT)	15	13	39	169	13
Stoke-on-Trent (North Staffordshire)	1	1	2	10	1
Pays de Galles					
Neath Port Talbot (ABM University NHS Trust)	1	1	4	16	1
France					
EPSM Lille Métropole	21*	10	53	156	12
E.R.I.C. (CH JM Charcot - Plaisir)	10	10	20	84	8
Suisse					
CHUV-Lausanne (1 x comb. HUV Genève)	7	7	23	109	6
Norvège					
Aalesund - Sunnmøre Hospital Trust	3	3	7	34	3
Italie					
GGZ Departement Trieste	1	1	2	10	1

*deux stages ont été organisés deux fois. Des conditions météorologiques ont interrompu le premier stage

2.5.3. SUPPORT LOCAL

La proposition initiale prévoyait un budget couvrant cinq jours de support local sur le terrain pour les équipes mobiles de chaque projet 107. Dans le cadre de la gestion des coûts de ce support par des experts étrangers, les coûts de déplacement et d'hôtel ont été réduits au maximum. Dans ce cadre, on a, par exemple, évité d'inviter des personnes à ne venir travailler en Belgique qu'un seul jour. Pour cela, il a été choisi d'organiser plusieurs journées de support consécutives pour les équipes mobiles des différents projets ou de combiner la présence des experts étrangers à une réunion en groupe avec une activité de support local, la veille ou le lendemain de la réunion en groupe. Cette méthode de fonctionnement a été adoptée dès la mise en route en 2012.

Cette formule ne s'est toutefois pas avérée très efficace. Ceci, pour des raisons pratiques, par exemple, en raison des distances à parcourir pendant les jours de présence en Belgique. Pour des raisons didactiques aussi : par exemple, en raison du faible impact d'une seule journée de support

local, certes très appréciée par les équipes, mais qui n'a fait l'objet que d'une faible communication et n'a été que peu partagée avec les partenaires clés de l'équipe mobile au sein du nouveau réseau à développer.

Pour cette raison, début 2013, une proposition a été élaborée en vue d'adapter la formule de support local, une proposition qui a pu compter sur le support du SPF Santé publique et des Fédérations des services de soins de santé mentale. Simultanément, il a également été proposé d'augmenter le nombre maximum de journées de support local par projet de cinq à huit jours, parce qu'à ce moment, on s'était déjà clairement rendu compte que les stages et les réunions en groupe pouvaient être organisés à un prix nettement inférieur au coût initialement estimé. La nouvelle formule proposait, entre autres, plutôt que de prévoir plusieurs journées (séparées) de support local réparties sur une certaine période de temps, de les regrouper en trois ou quatre journées successives et d'également y impliquer les représentants des services et les professionnels qui travaillent au sein du projet 107 autour des équipes mobiles. Le nouveau concept prévoit, d'inviter, si possible simultanément, deux experts étrangers, de préférence venant de deux pays différents, dont l'un apporte une expertise utile pour les équipes mobiles de type 2a et l'autre une expertise utile pour les équipes mobiles 2b et de commencer le support local par une discussion introductive sur la situation au sein des équipes mobiles à laquelle sont invités aussi bien les figures clés des équipes mobiles (pas l'équipe dans son intégralité) que les partenaires clés du réseau. Viennent ensuite deux journées complètes d'observation participative au cours desquelles les experts accompagnent les équipes mobiles dans leur pratique quotidienne sans perturber leur fonctionnement. Enfin, l'objectif de la quatrième journée est que les deux experts résument leurs observations les plus pertinentes et échangent leurs idées et leurs avis à leur sujet avec les équipes mobiles en présence de personnes qui représentent d'autres fonctions au sein du réseau et/ou des professionnels qui collaborent étroitement avec les équipes mobiles. Cette nouvelle approche organisationnelle exige une préparation très approfondie : échange d'informations sur les équipes ainsi que sur leur place et leur rôle actuels, établissement du calendrier le plus approprié pour le support local, choix des experts et briefing et coaching de ces experts. Pour faciliter un peu cette préparation, il a été prévu qu'une ou deux journées de préparation pouvaient être organisées au cours desquelles un expert pouvait déjà faire connaissance avec une équipe et le projet.

Bien que cette formule soit destinée à permettre une expérience potentiellement plus riche pour les équipes mobiles, il a été tenu compte du fait que cette formule pourrait parfois être difficile à utiliser, non seulement, mais en tout cas certainement, pour les équipes de ce qu'on a appelé la deuxième vague, en raison de la complexité des agendas et des calendriers, du travail préparatoire nécessaire et de la volonté de le faire.

Tableau 3 Aperçu chronologique du support local organisé

2012	Date	Expert	Pays/place	Projet 107	Equipe
	17 avril	Kevin Heffernan	UK/Birmingham	GGZ De Kempen	2a
	17 avril	Philip Delespaul	Neth/Maastricht	Reling	2b
	17 avril	Mervyn Morris	UK/Birmingham	GGZ Noord West-VI	2a/2b
	17 avril	Remmers Van Veldhuizen	Neth/Alkmaar	Leuven-Tervuren	2a/2b
	17 avril	Philippe Huguelet	Switz/Geneva	Bruxelles-Est	2a/2b
	18 Avril	Laurent Defromont	France/Lille	Région Hainaut	2a/2b
	18 Avril	Jean-Luc Roelandt	France/Lille	Hainaut Occidental	2a/2b
	6 sept	Pascale Ferrari	Switz/Lausanne	Réseau Santé Namur	2b
	6 sept	Harry Gras	Neth/Utrecht	GGZ De Kempen	2b
	6 sept	Kevin Heffernan	UK/Birmingham	Leuven-Tervuren	2a
2013	Date	Expert	Pays/place	Projet 107	Equipe
	16 oct	M Morris/Atie Dekker	UK/Birmingham	Reling	2a/2b
	19 nov	Harry Gras	Neth/Utrecht	PAKT	2b
	20 nov	Frédéric Mauriac	France/Plaisir	Fusion Liège	2a
	20 nov	Harry Gras/Rokus Loopik	Neth/several	GGZ Noord West-VI	2b
2013	Date	Expert	Pays/place	Projet 107	Equipe
	30 janv	Jean-Luc Roelandt	France/Lille	Région Hainaut	2a/2b
	24 avril	Mervyn Morris	UK/Birmingham	Fusion Liège	2a/2b
	23 mai	Jean-Luc Roelandt	France/Lille	Région Hainaut	2a/2b
	30 mai	Mervyn Morris	UK/Birmingham	PRIT	2a/2b
	31 mai	Mervyn Morris	UK/Birmingham	Hermes Plus	2a/2b
	9-12 déc	Frédéric Mauriac, Mathias Lippuner, Mervyn Morris	France/Switz/UK	Fusion Liège	2a/2b
2014	Date	Expert	Pays/place	Projet 107	Equipe
	3-6 févr	Mervyn Morris	UK/Birmingham	Prit	2b
	7 févr	Mervyn Morris	UK/Birmingham	Hermes Plus	2a/2b
	16 mai	Mervyn Morris	UK/Birmingham	SaRA	2a/2b
	16 mai	Mervyn Morris	UK/Birmingham	Halle-Vilvoorde	2a/2b
	18-20 mai	Kevin Heffernan	UK/Birmingham	Prit	2a
	7-9 juillet	Harry Gras, Kevin Heffernan	Neth/Utrecht UK/Birmingham	Leuven-Tervuren	2a/2b
	7-10 juillet	Roberto Mezzina, Mervyn Morris	Italy/Trieste UK/Birmingham	Hermes Plus	2a/2b
	26 – 29 août	Laure Zeltner, Mervyn Morris	France/Plaisir UK/Birmingham	Région Hainaut	2a/2b
	23-26 sept	Frederic Mauriac, Maud Lapaire	France/Plaisir Switz/Lausanne	Hainaut Occidental	2a/2b
	13-15 oct	Harry Gras, Kevin Heffernan	Neth/Utrecht UK/Birmingham	GGZ De Kempen	2a/2b
	17-21 nov	Mervyn Morris, Kevin Heffernan	UK/Birmingham	PAKT	2a/2b
	8-9 déc	Jo Volle, Victor Grondstad, Mervyn Morris	Norway/Aalesund UK/Birmingham	Leuven-Tervuren	2a
2015	Date	Expert	Pays/place	Projet 107	Equipe
	10-13 mrs	Frederic Mauriac, Cristina Garcia	France/Plaisir Switz/Lausanne	Région du Centre	2a/2b

Au cours de la période entre avril 2012 et mars 2015, 82 journées de support local ont été organisées. Pour la majorité des projets 107, il y a eu au moins une journée de préparation sous la forme de la visite d'un des experts. Pour 9 de 18 projets, il a été possible d'organiser le support local avec la nouvelle formule de trois à quatre journées successives : Fusion Liège, PRIT, Leuven-Tervuren, Hermes Plus, Région Hainaut, Hainaut Occidental, GGZ De Kempen, PAKT (Gent-Eeklo) et Région du Centre. Six autres projets (Noolim, Reling, Zuid West-Vlaanderen, SaRA, Halle-Vilvoorde-Brussel, Réseau Santé Namur, Réseau Santé Mentale Est) se sont également montrés intéressés par cette formule. Il n'a hélas pas été possible d'organiser ce type de support local dans le calendrier prévu.

2.5.4. D'AUTRES ACTIVITES

Outre les trois activités clés composées des réunions en groupe, des stages et du support local, un nombre limité d'autres activités pertinentes pour la pratique quotidienne des équipes mobiles ont également pu avoir lieu lorsque des opportunités « low cost » se sont présentées. Certaines de ces activités ont été organisées en collaboration avec le Centre for Community Mental Health de Birmingham City University, et en collaboration avec le Dr Victor Grøndstad en Jo Volle uit Ålesund (Sunnmøre Hospital Trust), Norvège. Le Dr Grøndstad a été impliqué dans le groupe de travail des autorités norvégiennes relatif aux recommandations destinées aux équipes mobiles tandis que l'équipe d'Ålesund s'est profilée comme « le prototype de l'équipe 2a » ou équipe « de référence » en Norvège.

Le 28 novembre 2012, une rencontre internationale entre les psychiatres actifs dans des équipes de crise mobiles a été organisée à Birmingham. Environ 30 psychiatres venus de Norvège, de Belgique, des Pays-Bas, de France et de Suisse y ont échangé leurs expériences en matière de recommandations pour les équipes mobiles de crise de traitement à domicile. L'objectif était de proposer une initiative internationale de ce type au moins une fois par an. Toutefois, en raison d'une éventuelle incompatibilité avec d'autres initiatives de formation PSY107 organisées pour les psychiatres, les nouvelles initiatives d'organisation de ce type de rencontre internationale ont été gelées.

L'expérience d'Ålesund – et la manière dont cette équipe a appris des expériences réalisées dans le West Midland (R-U) – a été présentée à plusieurs reprises à un public mixte de représentants d'équipes et de Fédérations des services de soins de santé mentale.

2.6 APERÇU FINANCIER

Prévisions budgétaires (décembre 2011)

Après le projet de pré-phase du projet *Progress*, des négociations ont eu lieu entre le SPF Santé publique et les Fédérations concernant les prévisions budgétaires du programme de formation des équipes mobiles belges. L'estimation budgétaire reposait sur les références du projet UE concernant les frais de déplacement, d'hôtel et de séjour et comprenait :

- un maximum de trois semaines complètes de stage à l'étranger, pour trois fois deux membres de l'équipe ou chefs d'équipe/coordonateurs par projet. Avec une estimation de coût de 250 euros x deux personnes (500 euros pour le transport) et 200 euros x 7 nuitées x 2 personnes (2 800 pour l'hôtel). La multiplication par trois de ce montant représente un budget maximum théorique de 9 900 euros par projet. Sur la base de ces estimations, le coût maximum total pour les stages à l'étranger a pu être estimé pour les 19 projets 107 à 188 100 euros (ce qui correspond à un total de 399 journées de stage pour l'ensemble des 19 projets) ;
- minimum 3 et maximum 5 journées de support local pour les équipes mobiles de chaque projet et donc au total minimum 57 et maximum 95 journées de support local. Calculée sur la base des estimations des frais de déplacement (coût moyen de 360 euros), des frais d'hôtel (200 euros par nuitée), de quelques frais de séjour supplémentaire et des honoraires par jour (coût des experts), l'estimation budgétaire totale pour le support local des équipes de l'ensemble des 19 projets s'élève à minimum 74 600 euros (pour 3 journées) et maximum 121 400 euros (pour 5 journées) ;
- l'estimation des coûts de chaque réunion en groupe thématique (session d'introduction) comprend, non seulement l'animation de chaque session par deux experts invités, mais également leur travail préparatoire ainsi que les frais d'organisation (salle de réunion, catering, traducteurs...). Le coût estimé est de 10 625 euros par session (journée complète) ou en d'autres termes, de 95 625 euros pour l'ensemble des neuf sessions d'introduction thématiques ;
- étant donné que dans le cadre des sessions d'intervision thématiques, la participation des experts invités sera moins intensive en temps (une demi-journée), le coût de ce type de session est estimé à 7 532 euros. Avec un maximum de 18 sessions d'intervision, réparties sur 6 jours, cela représente un coût total estimé à 135 570 euros.

Frais réels (2012 -2015)

Les frais réels des activités énumérées sous le point 2.5, se sont finalement élevés à moins de 50% de l'estimation des coûts effectuée en décembre 2011. A ce jour, les sessions d'intervision thématiques n'ont pas encore été organisées. Si l'on ne tient pas compte, des sessions d'intervision thématiques dans les estimations des coûts, les frais réels représentent toujours moins de deux tiers (63%) du coût estimé et cela malgré un nombre plus élevé de stages (81 versus 57) et un nombre beaucoup plus élevé de journées de stage (881 versus 339 journées), pour un plus grand nombre de participants belges (224 versus 114) que prévu et cela tandis que le nombre de journées de support local s'est, lui, approché du maximum estimé en décembre 2011 (82 versus 95 journées).

Les réunions en groupe thématiques (sessions d'introduction) ont été beaucoup moins onéreuses qu'estimé, et cela, en raison du fait que le gros du travail préparatoire a été effectué par le coordinateur du programme de formation. Il a donc fallu payer moins d'heures d'experts et certains frais ont pu être répartis sur deux postes de frais (réunions en groupe, une journée de support local la veille ou le lendemain des réunions en groupe). Le coût réel moyen d'une session d'introduction de ce type s'est élevée à environ 4 670 euros alors qu'il avait été estimé nettement plus haut (10 625 euros par session).

Tableau 4 Quelques résultats financiers

STAGES		
Coût réel total		€ 121 948,27
N jours de stage	881	
Coût moyen par jour		€ 138,42
N Participants	224	
Coût moyen par part.		€ 544,41
SUPPORT LOCAL		
Coût réel total		€ 86 460,36
N jours de support local	82	
Coût moyen par jour		€ 1054,39

Un point qui n'a pas encore été abordé dans le présent rapport parce qu'il ne faisait pas partie de la proposition négociée et approuvée fin 2011 est celui du lancement du programme de formation des équipes mobiles qui a eu lieu le 16 avril 2012. Treize experts issus de quatre pays (Royaume-Uni, Pays-Bas, Suisse et France) ont été invités à venir présenter leur contexte national et quelques exemples. Dans l'après-midi, des sessions ont été organisées en français, en néerlandais et en anglais.

3 FEEDBACK (STAGES, SUPPORT LOCAL)

Arrêtons-nous sur quelques expériences d'un bon nombre de personnes qui ont démarré dans les nouvelles équipes mobiles belges. Certaines peuvent sembler caricaturales, mais pour les collaborateurs des équipes qui venaient de commencer, elles n'avaient rien d'inhabituel en période de mise en route des équipes mobiles. Des bureaux vides, pas d'équipement, pas de téléphone. Si ces situations étaient plutôt rares, par contre, l'absence de voiture ou de GSM n'était pas du tout exceptionnelle.

Certains chefs d'équipe désignés n'étaient pas directement impliqués dans le recrutement du personnel appelé à former des équipes. Les critères de recrutement étaient souvent un mélange de motivation, d'expérience (mais pas de travail en équipe mobile), d'implication dans des projets antérieurs tels que les soins psychiatriques à domicile, l'organisation d'une concertation sur le client, les urgences psychiatriques, etc.

Les nouvelles équipes n'avaient pas d'expérience dans le travail avec des personnes présentant de graves problèmes de santé mentale (aigus ou pas) à domicile. Elles ne pouvaient pas, non plus, compter sur un réseau solide de collègues professionnels ayant déjà pu accumuler une certaine expérience sur le terrain. La majorité des membres et coordinateurs des équipes allaient faire partie d'un type de service réputé répondre à une mission incontestablement conçue selon un modèle hiérarchique. Armés de littérature sur différents modèles, sur les critères de fidélité des équipes mobiles de type 2a et 2b et même de la possibilité de rencontrer des experts étrangers, les collaborateurs des équipes ont dû faire face aux ambiguïtés les plus diverses concernant la place et le rôle de leurs équipes, leur travail quotidien, les attentes en termes d'intervention, d'impact sur les hospitalisations ou encore celles liées au travail avec le propre psychiatre du patient (ce qui a limité principalement le service des équipes 2b) tout en étant, parallèlement, quasi stigmatisés car soupçonnés d'exercer une mauvaise forme de psychiatrie jusqu'ici et surtout exhortés à d'abord changer les visions, les habitudes et les attitudes.

Le vocabulaire de la mondialisation et les agendas politiques se sont emparés de l'affaire et on a vu apparaître une surenchère de connaissances sur l'intégration des soins de santé mentale dans les services de première ligne, sur l'amélioration de l'accessibilité des services de soins de santé mentale spécialisés (deuxième ligne), sur le développement de services de soins de santé mentale spécialisés orientés communautaire, sur la citoyenneté (*citizenship*: l'intégration des soins de santé mentale et les services sociaux et d'agendas sociaux plus larges), sur les droits de l'homme, sur des mouvements d'usagers, sur le rétablissement, etc. Ceci, alors que les mêmes agendas politiques font référence à l'économie de la santé (le coût d'une maladie non traitée versus le coût d'une maladie traitée) et à la croissance de l'industrie psychiatrique et du bien-être. Tout cela est pour le moins très ambigu, comme si l'adoption d'un comportement politiquement correct avait été plus importante que le travail avec les personnes. Comme si, « faire ce qu'il est juste de faire », de la manière dictée par les agendas sur la mondialisation et les agendas politiques pouvait réussir sans « faire les choses correctement », c'est-à-dire en tirant des leçons des expériences des autres, en mettant en place un apprentissage orienté sur les expériences pour les équipes mobiles et soutenu par une « aide au développement » qui tienne compte de la réalité locale. Comme si le « talk the talk » avait plus de valeur et pouvait faire une différence sans

une approche « can do » réellement orientée sur la pratique, sans rencontrer les gens et sans apprendre de ces personnes et travailler avec elles (« walk the walk »).

Donner l'opportunité aux membres des équipes belges d'entrer en contact avec des équipes mobiles expérimentées, avec des personnes expérimentées dans la gestion du changement dans différents contextes (en faisant une distinction entre le niveau individuel et système/politique) et connecter les équipes mobiles entre elles par rapport à cette possibilité, pourrait, à tout le moins, créer la base d'une culture d'échange des connaissances et des expériences qui pourrait compléter (ou compenser) les publications scientifiques, mais aussi les stratégies d'implémentation actuelles des autorités.

3.1 COLLECTER, STRUCTURER ET PARTAGER DES EXPERIENCES D'APPRENTISSAGE PERTINANTES

L'objectif est de structurer et de partager les expériences pertinentes, appelées expériences d'apprentissage, telles qu'elles ont été rapportées par les collaborateurs des équipes mobiles qui ont participé à un stage à l'étranger ou par les équipes qui ont bénéficié d'un support local par un expert étranger.

Pour que ces expériences d'apprentissage restent ciblées et même dans l'espoir de les rendre significatives et reconnaissables pour toutes les équipes mobiles belges, un modèle de feed-back a été mis à la disposition des participants auxquels il a été suggéré de donner un feed-back le plus proche possible de la notion d' « aha-Erlebnis »: « *aha ! ce que je vois, j'entends ou je comprends ici est intéressant parce que cela pourrait m'être utile pour aider notre équipe à régler un certain problème ou manquement au niveau de notre fonctionnement quotidien* ». Le rapportage d'une expérience d'apprentissage commence donc par la description d'un problème lié à une équipe ou d'un point à améliorer, suivie d'une brève description de l'impact de ce problème ou de ce manquement dont les conséquences peuvent parfois largement dépasser le niveau de l'équipe (et par exemple avoir des conséquences pour l'usager, pour le réseau, etc.). Il est ensuite demandé de transposer cette description en une sorte de question de résolution de problème (par exemple, comment mieux garantir, comment éviter que, comment améliorer...) et de la compléter d'un « to do » lié à l'expérience d'apprentissage. Dans ce cadre, ces « to do's » ne doivent pas être présentés comme LA solution au problème, mais plutôt comme une étape, utile et nécessaire à envisager en tant qu'équipe. Il est également demandé aux participants, s'ils en disposent, de faire référence à des documents, des informations complémentaires, des liens Internet, etc. C'est ainsi, par exemple, que des documents mis à disposition par les lieux d'apprentissage ou des experts peuvent être scannés pour servir d'illustration à l'expérience d'apprentissage ou qu'une description plus détaillée des expériences d'apprentissage par les équipes et les collaborateurs des équipes peut être ajoutée au titre d'information de base.

L'étape suivante est celle du feed-back ou de l'accès aux expériences d'apprentissage par les autres équipes mobiles belges. Pour faciliter l'échange des expériences d'apprentissage, tous les feed-backs sont envoyés sous la forme d'un fichier Word dans la boîte de messagerie formation@psy107.be. Le coordinateur du programme de formation des équipes mobiles place un feed-back dans un fichier Excel, ajoute quelques informations supplémentaires par expérience d'apprentissage (personne de contact, type d'équipe mobile, projet 107, date, lieu

d'apprentissage, etc.) et crée un lien entre les expériences d'apprentissage et les thèmes et sous-rubriques (voir point 2.4.1). Qui plus est, il met les expériences d'apprentissage à disposition dans trois langues. Pour les équipes francophones et néerlandophones, cette façon de procéder permet d'éliminer une éventuelle entrave aux échanges mutuels des expériences d'apprentissage et elle permet également que le feed-back soit accessible pour les lieux d'apprentissage et les experts qui ne sont, ni francophones, ni néerlandophones. Ainsi, les exemples pratiques et les recommandations sont regroupés et partagés, non pas sous la forme d'un guide des bonnes pratiques, mais plutôt en vue de constituer un élément déclencheur d'un processus d'apprentissage mutuel entre les nouvelles équipes mobiles belges.

Le feed-back rassemblé peut être consulté à l'adresse www.mobileteamsconnecting.eu

3.2 LES EXPERIENCES D'APPRENTISSAGE

3.2.1 THEMES ET SOUS-RUBRIQUES

Au total, 249 expériences d'apprentissage ont été retenues et introduites dans le fichier Excel. Le tableau 5 présente un aperçu du nombre d'expériences d'apprentissage attribué aux différents thèmes et sous-rubriques. Plus de la moitié des expériences d'apprentissage peuvent être liées au thème « mise en route » et déploiement ultérieur des équipes mobiles et les 3 sous-rubriques suivantes ont été les plus fréquemment pointées : facteurs critiques de réussite dans la mise en route et le déploiement ultérieur (62 expériences d'apprentissage), instruments de support pratiques utiles à la mise en route et au déploiement ultérieur (31 expériences d'apprentissage) et travail orienté sur le rétablissement dans les équipes mobiles (17 expériences d'apprentissage). Les expériences d'apprentissage ont également été fréquemment liées à deux autres sous-rubriques : le nombre d'heures de psychiatre disponibles par semaine (11 fois) et le travail multidisciplinaire en équipe (9 fois). Les expériences d'apprentissage pouvant également être liées à trois sous-rubriques du thème « trajet de soins continus dans le temps » ont également été relativement fréquentes : les acteurs concernés, l'échange d'informations et la coordination. Certains thèmes n'ont été choisis qu'occasionnellement : valorisation de l'expertise d'expérience, problèmes spécifiques combinés aux problèmes de santé mentale et la diversité culturelle.

Tableau 5 Thèmes/sous-rubriques – N et % des expériences d'apprentissage rapportées

	N	%
La mise en route et le développement/déploiement ultérieur des équipes mobiles	141	56,6
composition multi-disciplinaire de l'équipe	5	
fonctionnement multi-disciplinaire de l'équipe	9	
compétences nécessaires des membres d'équipe	5	
distinguer des phases sur la mise en route (phase 1, phase 2, ...)	2	
orientation sur le rétablissement dans les équipes mobiles	17	
orientation vers des résultats (outcome) et impact sur la mise en route et développement/déploiement ultérieure	2	
facteurs critiques de succès pour la mise en route et développement/déploiement ultérieur	62	
engagement, rester impliqué, l'approche assertive (et ses limites)	5	
instruments utiles soutenant la pratique dans la mise en route et développement/déploiement ultérieur	31	
organisation pratique	3	
	N	%
Hospitalisation	19	7,6
rôle, place, fonction de l'hospitalisation	3	
interventions devant la porte d'entrée (des unités d'urgences, unité d'urgence psychiatrique, hôpitaux psychiatriques....), gatekeeping	1	
le processus de décision (admission ou éviter une admission)	4	
en cas d'admission: rôle des équipes mobiles, "inreach" dans les unités résidentielles, sortie précoce	6	
admission non volontaire, le travail mobile et "coercition"	-	
équipes mobiles comme des véritables alternatives à l'hospitalisation (alternatif de haute qualité)	-	
utile pour faciliter la coordination entre EM et hôpital	4	
	N	%
Crise et risque	16	6,4
perspectives, points de vue (crise et risque pour le patient, son entourage, le professionnel)	3	
perspective du professionnel: agression, vulnérabilité, sécurité personnelle	2	
dépistage de risque	3	
dépistage de crise	2	
management de crise, gestion de crise	1	
éviter une admission dans une situation de crise ou de risque	-	
éviter des mesures judiciaires, des admissions non volontaires dans une situation de crise ou de risque	-	
procédures de visites	-	
communication de crise	4	
dépistage de la présence des facteurs de sécurité	-	
coordination entre 2a et 2b	1	

	N	%
Rôle du psychiatre	19	7,6
la responsabilité clinique / médicale	2	
leadership clinique	1	
travailler en mobilité en garantir la qualité de soins	-	
garantir une qualité de soins dans un contexte de négociabilité	-	
la collaboration avec des généralistes	2	
la collaboration avec des psychiatres / médecin "traitants" ("externe")	1	
nombre d'heures / nombre d'ETP de psychiatre (le travail dans une équipe mobile: à temps partiel, à temps plein?)	11	
permanence, garde, veille	-	
travailler dans une équipe mobile en combinaison avec d'autres rôles (dans une autre service, dans une unité d'un hôpital....)	-	
des visites à domicile, comme membre de l'équipe	2	
type 2a et 2b: d'autres accents ?	-	
	N	%
Valoriser l'expertise d'expérience	5	2,0
un expert d'expérience en tant que membre d'une équipe mobile	1	
des conditions préalables pour valoriser l'expertise d'expérience	-	
comment réaliser une première étape en vue de valoriser l'expertise d'expérience?	1	
utilisations de l'expertise d'expérience par des équipes mobile: des résultats et l'impact	-	
un expert d'expériences: formation et rôle dans une équipe mobile	2	
un expert d'expérience: un statut: bénévole, employé,	-	
disposer d'une responsabilité, prendre une responsabilité comme expert d'expérience dans une équipe mobile : les possibilités, les limites	-	
famille, des proches: intégration de leur expérience dans une équipe mobile	1	
type 2a et 2b: d'autres accents ?	-	
	N	%
Problèmes spécifiques en combinaison avec des troubles mentaux, et le travail mobil	4	1,6
possibilités et limites des ou pour les équipes mobiles, ciblant des personnes avec des problèmes spécifiques	-	
une fonctionnement régulière ou spécialisée: c'est quoi?	-	
des troubles mentaux en combinaison avec l'assuétude	1	
des troubles mentaux en combinaison avec la déficience intellectuelle	-	
des troubles mentaux en combinaison avec des problèmes judiciaires	-	
troubles de la personnalité	1	
Intégration des compétences spécifiques dans les équipes mobiles	1	
critères d'exclusions basées sur le problème / pathologie	1	
type 2a et 2b: d'autres accents?	-	

	N	%
Le trajet de soins aigu	19	7,6
quelles activités, quelles interventions (« quoi ? »), quelles modalités (« comment » ?), quel programme de soins (soins aigus) – modules/composants	4	
quels acteurs sont impliqués, quels services, professionnelles ? – Qui ?	2	
de quelles fonctions psy107 peut-on s’attendre une contribution à le trajet de soins aigu?	4	
échange d’informations dans le trajet de soins aigu	4	
la coordination d’un trajet de soins aigu	4	
Le trajet de soins continus dans le temps	25	10,0
quelles activités, quelles interventions, (« quoi ? »), quelles modalités (« comment » ?), quel programme de soins – modules/composants ?	4	
quels acteurs sont impliqués, quels services, professionnelles, secteurs (logement, travail, éducation, loisir, sécurité, culture....) ? – Qui ?	7	
de quelles fonctions psy107 peut-on s’attendre une contribution à le trajet des soins continus dans le temps?	-	
échange d’informations dans le trajet des soins continus dans le temps	7	
la coordination d’un trajet de soins de longue durée	7	
La diversité culturelle	1	0,4
appliquer des alternatives pour la psychiatrie “occidentale”	-	
une sensibilité culturelle	-	
langues parlées par les membres des équipes / composition de l’équipe	1	
type 2a et 2b: d’autres accents	-	

Pour de plus amples informations ou l'analyse du feed-back, nous renvoyons le lecteur aux fichiers Excel disponibles à l'adresse www.mobileteamsconnecting.eu. On trouve également sur la même page Internet une présentation de chaque expérience d'apprentissage sous la forme d'un article. Dans les trois points suivants, nous allons expliquer plus en détail les deux sous-rubriques qui ont été le plus fréquemment liées à des expériences d'apprentissage et donner un aperçu des questions de résolution de problèmes utilisées dans l'introduction de chaque expérience d'apprentissage.

3.2.2 FACTEURS CRITIQUES DE SUCCES

Près de 25 % de l'ensemble des expériences d'apprentissage peuvent être liées à la sous-rubrique « facteurs critiques de réussite dans la mise en route et le déploiement ultérieur des équipes mobiles ». Ces facteurs critiques de réussite font référence à :

- La mission d'une équipe mobile. Les membres de l'équipe se demandent s'il est réaliste de poursuivre le déploiement en tant que service facilement accessible ? Ne vaudrait-il pas mieux arrêter de copier les missions thérapeutiques (et la manière dont nous avons travaillé jusqu'ici) à ce nouvelle forme d'aide ? En ce qui concerne les attentes du réseau : « ça ne s'arrête pas, nous saisissons chaque opportunité ». Et, quelle est l'utilité des discussions sur

les missions des équipes mobiles, si on ne parle pas de ceux qui nous entourent et nous supportent ?

- Le groupe cible. Incertitude : que faut-il faire maintenant, élargir ou affiner la population cible, pourquoi les messages à ce sujet restent-ils confus et incohérents ? Les membres de l'équipe ont déclaré qu'une équipe 2b fait bien plus que s'occuper des gens qui souffrent de maladies psychiatriques graves. Cette équipe prend, en effet, aussi en charge des situations sociales problématiques. Plusieurs équipes 2a ont formulé la préoccupation que représentait pour elles le fait de travailler sans définition opérationnelle de ce qu'il faut entendre par crise. Parmi les questions souvent soulevées, on trouve : pas de critères d'inclusion clairement définis, le groupe cible n'est pas clairement délimité et il n'y a pas de recherche proactive du groupe cible ;
- La perspective d'équipe ou l'approche de l'équipe et la non-exploitation de l'avantage de travailler en équipe : un case management individuel avec un accent plus particulier sur les compétences individuelles peut-il être conservé dans les relativement petites équipes qui ont un caseload en augmentation permanente ?
- La zone de travail : le manque d'efficacité, les premières expériences de l'organisation des visites à domicile qui illustrent que les zones de travail ne sont pas organisées de manière « fonctionnelle », d'autres expériences montrent que quand la zone de travail est définie plutôt du point de vue des services existants que du point de vue des possibilités de rencontrer les usagers dans la société, il y a un risque de centralisation de la prestation des soins mobiles ;
- Accessibilité : être garant d'une réponse rapide et d'au moins une accessibilité téléphonique 24 heures /24, 7 jours /7 ;
- La fonction gatekeeping d'une équipe mobile 2a : plusieurs expériences d'apprentissage indiquent la nécessité de franchir un premier pas (« nous allons, quoi qu'il en soit, devoir faire au moins quelque chose »);
- L'achèvement d'un accompagnement par une équipe mobile : illustration de la manière dont les équipes échouent à mobiliser les autres (pas d'aide « step down »), en quoi elles ne disposent pas de critères clairs qui supportent le processus décisionnel de finaliser un traitement ou un accompagnement par une équipe mobile ;
- Masse critique : il y a lieu de construire un minimum autour d'une équipe mobile (et de ne pas simplement se focaliser sur le nombre de visites à domicile, l'équipe doit aussi être « aménagée ») ; se limiter à voir de plus en plus clients n'est possible que si l'équipe est suffisamment importante et suffisamment entourée ;
- Visites à domicile : quelques participants ont attiré l'attention sur le danger de sous-estimer l'importance des visites à domicile et l'importance de résister à la tentation de faire venir un plus grand nombre de personnes aux consultations, au bureau (« nous commençons

seulement à apprendre à travailler à l'extérieur, il ne faut absolument pas, que par facilité, nous nous accrochions à la tradition de travailler à l'intérieur d'un bureau »). Augmenter la présence « on the spot » est indispensable même si les visites à domicile doivent aussi être supprimées en temps utile. Si, pour quelque raison que ce soit, une visite à domicile ne semble pas être la meilleure solution, nous devons chercher, de manière créative, d'autres lieux de rencontre facilement accessibles ;

- La transition à partir de l'hôpital : n'est-il pas crucial de démarrer les interventions déjà à l'hôpital (si l'utilisateur est hospitalisé) ? Pourquoi cela n'est-il pas considéré comme une évidence ?
- L'assistance médicale à domicile propose actuellement très peu de choses ;
- De manière générale : quel est le sens, en tant qu'équipe, de ne pas répondre au moins à quelques éléments critiques des équipes 2a et 2b ou encore, est-il accepté que nous continuions à combler les lacunes dans la zone de travail ?

3.2.3 INSTRUMENTS UTILES SOUTENANT LA PRATIQUE

Une expérience d'apprentissage sur huit fait référence aux instruments de support utiles dans la pratique qui sont importants dès la mise en route ainsi que dans le cadre du déploiement ultérieur des équipes mobiles. Trouver des outils ou des instruments utiles dans la facilitation de la communication (au niveau de l'équipe, au niveau du réseau), la prise de décision (au moment du premier contact, au moment de l'évaluation des demandes d'aide, l'élaboration de formulaires d'inscription uniformes dans une zone de travail) ou encore la bonne exécution du travail (carte du réseau, fiche de crise, utilisation d'un plan de prévention des rechutes comme instrument orienté vers le rétablissement de l'utilisateur) représente un nouveau terrain d'exploration pour les nouvelles équipes mobiles belges.

Une part importante des « to do's » décrits fait référence à l'incompatibilité entre les outils existants dans le cadre du travail mobile en dehors du bureau : on a besoin d'« outils mobiles », d'outils d'information facilement accessibles qui permettent la circulation fluide des informations. Un grand nombre des instruments utilisés actuellement sont plutôt désarticulés et prennent le tempo des interventions. Différents instruments découverts à l'étranger ont semblé particulièrement fonctionnels : par exemple, les outils qui permettent de réorganiser la concertation au sein de l'équipe par le fait qu'ils sont conçus pour mener les discussions dans la bonne voie grâce à leur directivité et à leur attention aux goulets d'étranglement potentiels, aux demandes et aux actions urgentes au niveau de l'accompagnement de l'utilisateur.

Alors que dans la majorité des lieux d'apprentissage des éléments de support comparables sont intégrés dans les outils d'aide au processus décisionnel, à la formulation, à la communication (et à l'évaluation) des objectifs, HoNOS par exemple, l'équipe E.R.I.C. a mis en place une organisation très pragmatique de la concertation multidisciplinaire au sein de l'équipe et avec ses partenaires. 'Form follows Function': agendas, notes, briefings, fichiers... et même la manière dont l'équipe et le lieu de travail sont équipés sont parfaitement adaptés à la fonction de l'équipe.

3.2.4 QUESTION SUR LA RESOLUTION DE PROBLEMES

La liste détaillée des questions offre un angle d'incidence très intéressant pour se faire une première idée du feed-back rassemblé. Des questions similaires peuvent être reliées aux différents thèmes et sous-rubrique du fait que les questions sont liées à une définition du problème, une description des conséquences de ce problème et un « to do » ou un « à envisager » qui peuvent être utiles pour aborder un problème ou un manquement au sein de l'équipe même. C'est souvent la définition du problème ou la description du « to do » qui relie l'expérience d'apprentissage à un des thèmes ou à une des sous-rubriques. Ces liens ont été établis en concertation avec les personnes qui ont fait le feed-back

Sur les pages suivantes vous trouverez un aperçu des questions et des thèmes/sous-rubriques auxquels se rapportent ces questions. La première colonne indique le type d'équipe (s'agit-il d'une expérience d'apprentissage d'une équipe 2a ou 2b, ou d'une expérience apprentissage mixte 2a/2b).

Tableau 6 Questions sur la résolution de problèmes, thème 'La mise en route et le développement/déploiement ultérieur des équipes mobiles'

	Composition multi-disciplinaire de l'équipe
2B	Une équipe mobile, ne devrait-elle pas avoir sa propre fonction administrative? x 2
	Comment réduire le fardeau des tâches administratives de chaque membre de l'équipe, pour que l'accent mis sur le soutien aux clients puis être augmenté?
	Comment exploiter au mieux la profession de l'ergothérapeute au sein des équipes mobiles ?
	Comment pouvons-nous offrir des activités à bas seuil qui sont plus accessibles pour le client?
	Fonctionnement multi-disciplinaire de l'équipe
2A	Comment les fonctions des professionnelles peuvent co-exister au sein de l'équipe ?
	Est-il nécessaire d'organiser quotidiennement un briefing et une concertation de l'ensemble de la file active, avec la participation tous les membres de l'équipe 2a présents à ce moment-là?
	Comment pouvons-nous optimiser le travail en équipe multidisciplinaire, compte tenu le nombre limité d'heures de présence du psychiatre ?
	Comment optimiser les briefings au sein d'une équipe mobile de crise?
	Comment pouvons-nous, en tant que membres de l'équipe, partager de cas plus que maintenant et composer des plans de traitement de manière interdisciplinaire?
2B	Comment garantir que le temps entre deux visites consécutives reste limité?
	Comment éviter d'être le seul intervenant pour le patient ?
	Est-ce que nous devrions pas compter plus sur l'expertise spécifique à la discipline, actuellement présente au sein de l'équipe, au lieu de plutôt faire appel à des autres services dans des situations qui exigent une compétence professionnelle spécifique ?
	Comment pouvons-nous augmenter la charge de travail partagée?

Compétences nécessaires des membres d'équipe	
2A	Comment pouvons-nous garantir un suivi efficient pour un usager qui refuse d'impliquer ces proches, et comment impliquer le système ou contexte d'une manière optimale dans de telles situations ?
	Est-il possible à organiser un programme de formation spécifiquement orienté sur les suivis psychiatriques aigus à domicile?
2B	Dans quelle mesure est-il souhaitable et possible de définir la place et le rôle des équipes mobiles plus forte en reliant une formation de fond?
	Comment pouvons-nous améliorer l'effcience des réunions de l'équipe, ainsi que l'implication des membres de l' équipe dans ces réunions ?
	Comment pouvons-nous continuer à explorer, développer et déployer les compétences de nos collaborateurs au sein de notre propre fonctionnement?
Distinguer des phases sur la mise en route (phase 1, phase 2, ...)	
2A	Comment pouvons-nous, dans la phase de pilotage, faire face aux renvois (demandes) injustifiées?
2B	Sur quoi faut-il se focaliser lors de la mise en route d'une équipe mobile ?
Orientation sur le rétablissement dans les équipes mobiles	
2A+2B	Comment aider la prise de décision des usagers en santé mentale dans leur processus de rétablissement ?
2A	Quelle est l'importance d'acquérir une vision partagée, une philosophie commune en ce qui concerne les personnes ayant de problèmes de santé mentale aigus ?
	Est-il toujours nécessaire d'intervenir dans une situation de crise?
2B	Comment pouvons-nous appliquer une langue orientée vers le rétablissement au sein de l'équipe?
	Comment pouvons-nous impliquer la familles et des proches importants (les non-professionnels) dans le soins autour du patient d'une manière constructive ?
	Comment pouvons-nous impliquer plus le client dans la cours de sa prise en charge?
	Pouvons-nous, et devons-nous confier la direction du traitement aux mains du patient ?
	Dans quelle mesure une intervenant doit être accessible quand il fait une visite à domicile ? Peut-il avoir une conversation téléphonique avec un autre client?
	Comment pouvons-nous mettre en œuvre la communautarisation des soins dans notre vision et transformer la rétablissement en quelque chose de réel?
	Comment pouvons-nous améliorer le contact entre pairs (usagers)?
	Comment pouvons-nous évoluer vers un plan de traitement plus personnalisé, lié à la SRH-acte (agir systématiquement réhabilitation orientée), dans lequel le client est pleinement impliqué et obtient une voix, et comment pouvons-nous assurer que d'autres partenaires de la santé mentale continueront de travailler avec ce plan de traitement?
	Comment concrétiser le concept de rétablissement dans les contacts quotidiens avec les clients?
	Est-ce que le plan de traitement appartient au client ou à l'équipe mobile, ou aux deux?
	Est-ce que le réseau non-professionnel est sous-évalué dans les équipes mobiles?
	Pouvons-nous, comme une équipe mobile, développer davantage avec ce que nous avons, sans avoir l'impression qu'il y a beaucoup de changements autour de nous?
	Peut-on mettre en place quelques mesures concrètes en vue de diriger le sujet délicat de la vie privée vers une approche orientée sur le rétablissement?
	Comment renforcer le rôle de partenaire pour le client dans le processus de changement?

	Orientation vers des résultats (outcome) et impact sur la mise en route et développement/déploiement ultérieure
2A+2B	comment rendre compte de l'activité des équipes mobiles, comment refléter le travail quotidien objectivement ?
2B	Est-il faisable de piloter un instrument de mesure uniforme, orienté sur le client, et facile à manier, en vue d'introduire un monitoring de soins au sein de notre fonctionnement?
	Facteurs critiques de succès pour la mise en route et développement/déploiement ultérieur
2A+2B	Des clients qui appartiennent à la file active d'une équipe 2b et qui se trouvent dans une situation de crise : c'est une mission pour l'équipe 2b ou c'est l'équipe 2a qui reprend ?
	Comment éviter la saturation de la file active?
	Si on constate qu'une équipe mobile ne répond pas à des quelques ingrédients clés d'un prototype d'une équipe 2a et 2b et tend à ressembler à un service ambulatoire (sorte de SSM+): faut-il ajuster oui ou non?
	Comment éviter que les équipes mobiles deviennent les piliers auprès du patient sur qui le réseau peut s'appuyer ?
	Doivent les équipes mobiles affiner leur population cible ou, au contraire, maintenir le groupe cible relativement large?
2A	Peut-on utiliser la méthode de caseload partagé (file active partagée entre membres de l'équipe), sans perdre un certain nombre d'avantages d'une approche ?
	Comment éviter un écoulement incontrôlé des demandes?
	Comment s'assurer de la continuité des suivis dans une situation de crise ?
	Comment, en situation de crise, favoriser le maintien à domicile en activant toutes les ressources utiles ?
	Comment définir la nature des interventions d'une équipe de crise ?
	Comment définir mieux le groupe cible?
	Explorer et trier les demandes pour un traitement de crise, est-elle une tâche prioritaire d'une équipe 2a ?
	Une équipe 2a, peut-elle travailler au rythme du patient ?
	Si le client n'est pas demandeur, alors n'est-il pas préférable de chercher une alternative à une visite à domicile dans certaines situations ?
	Quels sont les avantages de visites à domicile, comparativement à consultation au bureau?
	Quelle est l'importance d'une fonction de « gardien d'admission » (gatekeeping) ?
	Quelle est l'importance d'une disponibilité permanente (occupation 24/24h et 7/7j) ?
	Le système de référents individuels au sein de notre équipe est-elle une plus-value à une bonne prise en charge ou est-elle un frein à la santé de l'équipe ?
	Comment respecter nos prérogatives professionnelles face à l'absence médicale à domicile en cas de crise ?
	La fréquence actuelle de nos visites n'est-elle pas trop soutenue ?
	Comment diminuer la charge émotionnelle pour les membres de l'équipe, engendrée lors des prises en charges ?
	Comment clarifier mieux le groupe cible d'une équipe 2A ? Est-ce que c'est judicieux le définir en termes d'une présence d'une pathologie psychiatrique.... ?
	Le travail de la crise permet-il un travail « thérapeutique » ?
	Dans quelle mesure est-il possible (et permis) que la vision thérapeutique influe sur la délimitation du groupe cible d'une équipe mobile de crise ?
	Comment pouvons-nous, déjà aujourd'hui, prendre en compte l'impact d'une plus grande connaissance de l'existence de l'équipe mobile de crise sur les types de demandes et renvois ?
	Comment répondre aux attentes du réseau par rapport à la réactivité de l'équipe 2a ?

2B	Comment mettre en place des relais qui permettent de consolider les acquis du suivi intensif dans le réseau sur le long terme et éviter les rechutes ?
	Comment pouvons-nous coordonner plus efficacement les itinéraires entre plusieurs visites à domicile?
	Quels critères sont importants dans la détermination de la durée d'un suivi exécuté par l'équipe mobile de crise?
	Quelle méthode à utiliser: une charge de travail partagée ou une gestion individuelle des cas (le casemanagement individuel)?
	Sont de courte visite à domicile plus efficace?
	Comment pouvons-nous nous concentrer plus sur le groupe cible, et de cette manière travailler plus efficacement et éviter une surcharge de l'équipe?
	De quelle manière pouvons-nous gagner du temps dans le travail, afin d'éviter un arrêt d'inclusions et un burn-out des membres de l'équipe?
	L'introduction d'une fonction de gardien des admissions (à l'hôpital) pour une équipe mobile, n'est-elle pas la meilleure façon d'améliorer la communication et la coopération avec les services d'urgence et de garde?
	Une équipe 2b peut continuer à travailler sans groupe cible clairement défini?
	Comment créer des conditions favorables pour un travail explicitement thérapeutique dans les équipes 2B ?
	Que mettre en place concernant la zone d'action pour rendre le travail de l'équipe mobile accessible et efficient ?
	Comment éviter la saturation de la file active ?
	Quand pouvons-nous achever?
	Comment garantir un meilleur accès par de nouveaux patient ?
	Est-il recommandé de distinguer un sous-groupe « de transition » (sortant de l'hôpital) et par conséquent une approche de suivi spécifique pour ce sous-groupe cible ?
	Est-il recommandé que la fonction 2a recrute des collaborateurs de la fonction 2a et 4, à certains moments et dans certaines situations, lorsque l'équipe 2b souffre d'une pénurie de personnel pour assurer des soins de qualité ?
	Comment faire en sorte que les suivis par les membres de l'équipe assertive restent cohérents et de qualité ?
	Qui appartient au groupe cible d'une équipe mobile 2B ?
	Que faire de ces patients que personne n'arrive à prendre en charge de manière durable et sécuritaire, sans domicile ou sans réseau, et/ou qui refusent tout soin ?
	Des soins assertifs ou proactifs et des interventions soutenant des personnes relativement stables : sont-ils compatibles dans une seule équipe?
	Comment prévenir ou réduire la stigmatisation?
	Comment pouvons-nous optimalement organiser notre accessibilité et disponibilité par téléphone ?
	Comment pouvons-nous intégrer et assurer le travail multidisciplinaire au niveau du patient ?
	Comment pouvons-nous rendre le fonctionnement des équipes mobiles mieux connu dans notre région?
	Faut-il préférer une co-gestion ou un shared caseload dans les situations multi problématiques complexes à une relation unique entre client et un gestionnaire de cas, au sein d'une équipe mobile de type 2B ?
	Comment pouvons-nous développer des critères d'évaluation au sein de notre propre fonctionnement, en vue de finaliser un suivi par une équipe 2B?
	Comment définir les zones d'action d'une manière plus optimale?
	Quels sont les possibles leviers en vue d'atteindre notre groupe cible (potentiel)?

	Que peut nous aider à travailler, avec nos ressources en personnel limitées, de manière plus efficace et plus ciblée ?
	Comment pouvons-nous améliorer la continuité hospitalo-ambulatoire, avec quelles mesures organisationnelles ?
	L'équipe mobile ne doit-elle pas trouver ses marques en tenant compte de l'expérience vécue sur le terrain ?
	Comment pouvons-nous accompagner un nombre de personnes plus élevé (plus de 15) par ETP, et en même temps garantir un support de qualité ?
	Comment pouvons-nous utiliser notre temps (de voyage) plus d'une manière plus efficiente ?
	Est-ce que nous, comme une équipe mobile de type 2b, nous concentrons suffisamment sur le groupe cible MMG (maladie ou trouble mentale grave)?
	Comment contrôler l'équilibre entre l'entrée et la sortie (flux entrant et sortant)?
	Comment la charge de travail individuelle reste tolérable, et comment convertir la vision multidisciplinaire en pratique?
	Engagement, rester impliqué, l'approche assertive (et ses limites)
2A+2B	Comment maintenir le lien quand l'usager a tendance à s'éloigner ?
2A	Il n'est qu'évident que les équipes mobiles rencontrent des patients non-demandeurs, et par conséquence un délai suffisant doit être prévu en vue de créer une alliance thérapeutique ?
2B	Où trouvons-nous des points de repère pour le soins assertifs ou proactifs ?
	Comment travailler la « non demande » auprès d'un usager en déni de soins, pour lequel le réseau nous a interpellé et pour qui nous pressentons une nécessité d'accompagnement ?
	Comment prévenir et/ou éviter la saturation de l'équipe dans le cadre de ses suivis ?
	Instruments utiles soutenant la pratique dans la mise en route et développement/déploiement ultérieur
2A+2B	Impliquons-nous suffisamment la famille et le réseau dans la prise en charge, et nous le faisons d'une manière suffisamment cohérente ?
	Comment pouvons-nous échanger efficacement des informations avec d'autres services ou professionnels?
2A	Comment, en pratique, s'assurer que l'on est toujours dans le cadre d'une intervention de crise?
	Est-il recommandé qu'une équipe mobile 2a – 2b reçoit des demandes directement de la part de la famille et donc pas par l'intervention d'un référent professionnel ?
	Quels sont les outils intéressants dans notre pratique pour améliorer la communication entre les différents intervenants de l'équipe ambulatoire intensive ?
	Comment améliorer l'efficacité de la communication sur l'ensemble de la charge de travail et les « to do's », c.à.d. la liste quotidienne des choses à faire ?
	Comment pouvons-nous rédiger un plan de traitement d'une manière efficiente?
	Comment pouvons-nous soutenir notre consultation multidisciplinaire le mieux possible avec des outils utiles dans la pratique?
	Comment améliorer l'objectivité et augmenter la justification de nos observations?
	Comment intégrer le HONOS dans un plan de traitement/support?
	Comment optimiser notre suivi en développant des outils pratiques adaptés ?
	Comment travailler avec l'entourage et l'intégrer dans la prise en charge ?
	Comment assurer une évaluation objective pour chaque client avec des troubles de santé mentale renvoyé à l'équipe mobile de crise?
	Comment pouvons-nous assurer que les travailleurs à domicile peuvent disposer continuellement sur leurs outils de travail?
	Quelle est la meilleure façon possible d'organiser nos moments de concertation, afin que nous puissions profiter pleinement d'eux pour soutenir notre pratique quotidienne?

2B	Comment limiter la durée d'accompagnement des suivis dans le temps ?
	Comment éviter qu'une partie de la file active disparaît à vue d'œil ?
	Comment organiser les demandes d'une manière structurée et d'assurer un bon déroulement, en comment les déconnecter de nos réunions d'équipe hebdomadaires ?
	Comment trouver un meilleur équilibre entre le temps investi aux réunions et le temps investi au travail orienté sur le patient ?
	IL y a des exemples de bonnes pratiques où un système d'intranet est devenu un instrument soutenant la pratique d'une équipe mobile ?
	Quelle procédure est utilisée quand une nouvelle demande se présente ?
	Comment pouvons-nous encore mieux soutenir notre pratique quotidienne par des outils pratiques très ciblés ?
	Comment pouvons-nous organiser les consultations autour du tableau FACT d'une manière plus efficiente, pour qu'on puisse créer plus de possibilités pour des moments d'inter- et supervision ?
	Il y a des exemples de bonnes pratiques où un système informatisé est devenu un instrument soutenant la pratique d'une équipe mobile ?
	Comment prendre en compte les familles désemparées, ayant une relation compliquée dans une situation de non demande de soins d'un jeune adulte ou adolescent présentant un problème d'ordre psychologique ?
	Comment introduire et partager en équipe des nouveaux instruments soutenant la pratique quotidienne ?
	Comment améliorer l'évaluation des besoins et des problèmes au domicile (par ex avant la sortie de l'hôpital) ?
	Comment optimiser une intensification (up-scaling) des soins pour un client de telle manière que tous les membres de l'équipe sont informés ?
	Comment pouvons-nous atteindre un transfert d'information approprié et efficace ?
	Comment pouvons-nous optimiser la coopération avec le réseau professionnel et non-professionnel ?
2A	Pourquoi est-il très important pour une équipe mobile d'avoir de bons outils de communication à sa disposition ?
	Organisation pratique
	Comment rendre disponible plus de temps de psychiatre par une réorganisation de la concertation au sein de l'équipe ?
2B	Comment un briefing peut se dérouler plus efficacement ?
	Comment favoriser une communication efficace au sujet de tous les usagers au sein de l'équipe mobile ?

Tableau 7 Questions sur la résolution de problèmes, thème 'Hospitalisation'

	Rôle, place, fonction de l'hospitalisation
2A	Comment gérer notre implication dans les conditions de postcure, « contrôle de l'usager dans nos suivis » ?
	Comment pouvons-nous, en tant que partenaire d'un réseau, renforcer la coopération ?
2B	Comment pouvons-nous prévenir des admissions et réduire la durée d'une admission ?
	Interventions devant la porte d'entrée (des unités d'urgences, unité d'urgence psychiatrique, hôpitaux psychiatriques....), gatekeeping
2A	Le rôle de gardien (d'admissions) d'une équipe 2a : une utopie ?
	Le processus de décision (admission ou éviter une admission)
2A	Dans quelle mesure la non-disponibilité de lits d'hôpitaux est un obstacle à une équipe mobile avec une fonction de crise ?

	Comment pouvons-nous, en tant que réseau ambulatoire concerné, améliorer la coordination en vue d'éviter les hospitalisations inutiles?
	Est-il possible d'informer mieux les médecins, travaillant dans un service d'urgence, sur l'implication d'une équipe mobile de crise avant de prendre la décision d'hospitaliser une personne?
2B	Comment une équipe mobile peut aider à l'acceptation de l'hospitalisation ?
	En cas d'admission: rôle des équipes mobiles, "inreach" dans les unités résidentielles, sortie précoce
2B	Comment limiter la durée d'une admission et des rechutes (et réadmissions)?
	Quoi faire si une hospitalisation se produit d'une personne qui appartient de la file active?
	Comment intégrer le traitement à domicile et le traitement dans le résidentiel? x 2
	Comment communiquer au mieux avec les services hospitaliers quand les usagers sont hospitalisés ?
	Comment pouvons-nous rester impliqués si une hospitalisation d'un client s'impose, et par conséquent pouvoir en surveiller la continuité ?
	Admission non volontaire, le travail mobile et "coercition"
2A	Quelle est la manière la plus appropriée de la mise en route une admission sous contrainte à l'hôpital pour un patient suivi par l'équipe mobile de crise ?
	Utile pour faciliter la coordination entre EM et hôpital
2A	Qui coordonne les soins en santé mentale dans le réseau pour l'utilisateur et indique une intervention par une équipe 2a?
	Quels sont nos interventions au sein des unités d'urgence ?
2B	Comment travailler de manière pertinente avec les hôpitaux ?
	Comment une équipe mobile peut contribuer à une réduction de la durée d'un d'hospitalisation ?

Tableau 8 Questions sur la résolution de problèmes, thème 'crise et risque'

	Perspectives, points de vue (crise et risque pour le patient, son entourage, le professionnel)
2A	Sur quelles valeurs s'appuyer pour pouvoir intervenir de façon limitée dans le temps tout en créant une relation thérapeutique permettant la continuité des soins ?
	Comment parvenir à des effets rassurants lors d'une crise?
	Comment percevoir la crise dans le milieu ?
	Perspective du professionnel: agression, vulnérabilité, sécurité personnelle
2A	En cas d'une tentative de suicide, comment pouvons-nous assurer un debriefing et un moment d'évaluation (après quelques semaines) ?
2B	Que pouvons-nous faire quand l'un des membres de l'équipe est confronté avec des agressivités lors d'une visite à domicile ?
	Dépistage de risque
2A	Comment évaluer la crise – risque suicidaire ?
	Qu'est-ce qui peut garantir une prise en charge efficace pour les équipes mobiles 2a ?
	Comment pouvons-nous évaluer les risques d'une manière plus objective?
	Dépistage de crise
2A	Comment évaluer les patients plus rapidement (et plus efficacement)?
	Comment estimer qu'une situation est une situation de crise pour un suivi 2A ?
	Management de crise, gestion de crise
2B	Des outils adéquats peuvent-ils permettre la gestion de la crise ?
	Communication de crise
2A	Comment favoriser une bonne communication entre les intervenants dans une situation de crise?

2B	Comment percevoir rapidement s'il s'agit d'une situation de crise ?
	Comment peut-on s'assurer que chaque membre de l'équipe dispose des informations à jour, et avec quels moyens de communication ?
	Comment préparer l'utilisateur à une rechute éventuelle ?
	Coordination entre 2a et 2b
2B	Une coopération plus étroite entre le 2a et le 2b, est-elle possible ?

Tableau 9 Questions sur la résolution de problèmes, thème 'rôle du psychiatre'

	La responsabilité clinique / médicale
2A+2B	Comment établir un plan de soin très rapidement ?
2A	Comment pouvons-nous garantir que chaque client référé à l'équipe mobile de crise est vu par le psychiatre ?
	Leadership clinique
2A	Est-ce qu'on peut réussir sans psychiatre ?
	La collaboration avec des généralistes
2B	Comment pouvons-nous garder dans une meilleure façon la vue d'ensemble des médicaments ?
	Y a-t-il une manière qui garantit que les deux, médecin généraliste et le psychiatre, sont informés sur les médicaments prescrits ?
	La collaboration avec des psychiatres / médecin "traitants" ("externe")
2B	C'est une bonne idée que le psychiatre hospitalier peut continuer temporairement le suivi d'un patient pris en charge par l'équipe mobile ?
	Nombre d'heures / nombre d'ETP de psychiatre (le travail dans une équipe mobile: à temps partiel, à temps plein?)
2A	Est-il nécessaire que chaque patient, suivi par l'équipe 2a, est vu par un psychiatre ? Est-ce que cela est réaliste, réalisable, souhaitable ?
	Comment assurer un contact avec le psychiatre plus rapidement ?
	Devrait-il y avoir une visite à domicile chaque semaine par le psychiatre ?
	Comment pouvons-nous rapidement (de préférence dans 72 heures) répondre à une situation de crise, ou (oui ou non) référer rapidement et gérer efficacement les heures des médecins ?
	Quel pourrait être l'impact immédiat d'une présence quotidienne d'un psychiatre sur quelques aspects essentiels du fonctionnement d'une équipe de crise mobile (comme une réponse rapide lorsque la demande se présente, comme un plan de traitement clair au moment de l'inclusion dans l'équipe) ?
	Comment pouvons-nous rendre nos moments de concertations plus productifs et efficaces ?
	Comment la fonction d'un psychiatre d'une équipe mobile est définie ?
2B	Comment aligner le fonctionnement de l'équipe à la disponibilité et la mobilité limitée de psychiatre de l'équipe ?
	Comment pouvons-nous changer ou augmenter l'engagement du psychiatre, qui est actuellement limité dans le temps et qui reste essentiellement superviseur ?
	Est-il possible que, dans un certain délai, la direction finale est dans les mains du psychiatre lié à l'équipe 2B ?
	Pourrait le psychiatre d'une équipe mobile (type 2B) devenir le psychiatre traitant ?
	Des visites à domicile, comme membre de l'équipe
2A+2B	Comment améliorer l'accessibilité aux consultations chez le psychiatre ?
2A	Comment arriver à une vision commune entre le psychiatre et l'équipe sur l'état du patient ?

Tableau 10 Questions sur la résolution de problèmes, thème 'valoriser l'expertise d'expérience'

2B	Un expert d'expérience en tant que membre d'une équipe mobile
	Quel(s) rôle(s) les experts ou travailleur d'expérience peuvent exercer dans la nouvelle approche des soins psychiatriques à domicile ?
2B	Comment réaliser une première étape en vue de valoriser l'expertise d'expérience?
	Comment pouvons-nous intégrer un expert d'expérience dans notre équipe 2B d'une manière efficiente?
2B	Un expert d'expériences: formation et rôle dans une équipe mobile
	Comment pouvons-nous soutenir le processus de croissance au sein de notre équipe en ce qui concerne l'expertise d'expérience ?
	Comment pouvons-nous éviter qu'un expert d'expérience devient un intervenant professionnel ?
2A	Famille, des proches: intégration de leur expérience dans une équipe mobile
	Comment peut-on mobiliser l'entourage du patient dans la prise en charge ?

Tableau 11 Questions sur la résolution de problèmes, thème 'Problèmes spécifiques en combinaison avec des troubles mentaux'

2B	Des troubles mentaux en combinaison avec l'assuétude
	Comment créer le temps pour des moments de supervision utiles autour des cas individuels
2B	Troubles de la personnalité
	Dans quelle mesure on peut s'attendre une certaine spécificité (spécialisation) d'une équipe mobile, et comment le développer ?
2B	Intégration des compétences spécifiques dans les équipes mobiles
	L'intégration du traitement à domicile et au résidentiel connaît des limites, par ex. s'il s'agit de l'expertise spécifique ?
2A+2B	Critères d'exclusions basées sur le problème / pathologie
	Comment faire face à la diversité des pathologies psychiatriques rencontrées ?

Tableau 12 Questions sur la résolution de problèmes, thème 'Le trajet de soins aigu'

2A	Quelles activités, quelles interventions («quoi»), quelles modalités («comment»), quel programme de soins (soins aigus)
	Quelles interventions peut-on proposer au patient en crise ?
	Comment répondre et gérer à l'absence d'un lit de crise réservé à nos usagers ?
	Faut-il que chaque projet 107 aie ses propres « lits-porte » ou lits de crise, auxquels l'équipe mobile 2a pourrait faire appel ?
	Comment atteindre que certains critères d'inclusion (pas de mineurs) et vision thérapeutique seront moins contraignante pour le travail avec le contexte du patient ?
2A	Quels acteurs sont impliqués, quels services, professionnelles ? – « qui » ?
	Comment améliorer la collaboration avec les services de police et SAMU?
	Est-ce qu'un médecin généraliste peut continuer à jouer un rôle central quand l'équipe mobile de crise travaille, très intensivement et très court, avec le contexte afin d'éviter une admission à l'hôpital ?
2B	De quelles fonctions psy107 peut-on s'attendre une contribution à le trajet de soins aigu?
	Qu'est-ce qui pourrait améliorer notre prise en charge dans le trajet de soins aigus ?
	De cette manière pouvons-nous adapter notre terme de soins (durée) à l'offre actuelle de l'ambulatoire ?

	Comment pouvons-nous améliorer le transfert des soins aux professionnels de la filière ?
	Comment faire sortir brièvement les clients de leur situation à domicile d'une façon rapide et efficace, sans lancer une batterie de soins, mais avec le soutien des équipes mobiles ? Comment rendre ce type de renvoi moins encombrant ?
	Echange d'informations dans le trajet de soins aigu
2A	Quelles sont les informations échangées dans le réseau ?
	Comment améliorer la réception des demandes, comment l'organiser plus en douceur ?
	Comment communiquer avec les généralistes d'une façon plus efficiente
	Le partage des informations dans le réseau et secret professionnel : un outil commun à tout le réseau est-il aidant pour l'utilisateur ?
	La coordination d'un trajet de soins aigu
2A	Dans le cas qu'un renvoi à l'hôpital doit être considéré, comment limiter la durée de l'hospitalisation ?
	Comment pouvons-nous obtenir un triage plus efficace pour les renvois à une équipe mobile de crise de sorte que les clients sont plus rapidement guidés vers le juste service?
2B	Comment pouvons-nous augmenter la permanence en dehors des heures ouvrables actuelles ?
	Comment pouvons-nous favoriser les actions pour les personnes réfractaires aux soins ?

Tableau 13 Questions sur la résolution de problèmes, thème 'Le trajet de soins continus dans le temps'

	Quelles activités, quelles interventions, (« quoi ? »), quelles modalités (« comment » ?), quel programme de soins
2B	Comment garantir un projet de réinsertion?
	Comment pouvons-nous garantir un accueil /time-out en dehors d'une structure hospitalière?
	C'est une bonne choix stratégique de la part des équipes mobiles de, dans la phase de démarrage, travailler à bas seuil par, par exemple, d'être physiquement présent à des endroits qui agissent comme des portes d'entrée ?
	Comment pouvons-nous, en tant qu'équipe 2b, mettre fin à un suivi d'une manière définitive? Comment le gérer ?
	Quels acteurs sont impliqués, quels services, professionnelles, secteurs (logement, travail, éducation, loisir, sécurité, culture....) ? – Qui ?
2A	Quelle diversité de type de lieux d'accueil pour les usagers en difficultés psychiques, en crise, ne nécessitant pas d'hospitalisation?
2B	Peut-on, en tant qu'équipe 2b, relâcher un client progressivement? Et comment ?
	Est-il recommandé de ré-orienter des patients qui sortent de l'hôpital après un long séjour d'abord vers une structure résidentielle alternative (combinaison soin-logement), avant de travailler à domicile ?
	Comment pouvons-nous trouver des nouveaux et plus de points d'appui pour les clients socialement isolés, après avoir finaliser les interventions par l'équipe mobile ?
	Comment pouvons-nous favoriser l'intégration des clients dans la communauté?
	Y a-t-il une manière d'améliorer le flux de nos clients ?
	Comment pouvons-nous activer des clients, souvent avec des problèmes de schizophrénie, et les encourager à rencontrer ?
	Echange d'informations dans le trajet des soins continus dans le temps
2B	Comment simplifier, rendre plus rapide, plus accessible pour tous, les échanges d'informations ...au sujet des usagers entre professionnels ?
	Comment améliorer la circulation des informations et la collaboration entre les partenaires?
	Pouvons-nous organiser la concertation autour du client par téléphone ?

2A+2B 2B	Comment pouvons-nous surveiller les effets secondaires possibles lors de la prise des médicaments antipsychotiques ?
	Comment pouvons-nous devenir moins dépendants de la communication individuelle avec le client?
	Comment pouvons-nous améliorer la communication entre les partenaires au sein du réseau?
	Comment améliorer la coopération entre les différents partenaires du réseau, dans le cadre de la communautarisation des soins?
	La coordination d'un trajet de soins de longue durée
	Que pouvons-nous faire pour maintenir une compliance médicamenteuse chez l'utilisateur?
	Est-il souhaitable qu'un membre d'une équipe mobile accompagne un résident HP dans son trajet? Ou c'est la responsabilité de l'HP elle-même ?
	Comment travailler pertinemment avec les médecins traitants?
	Comment pouvons-nous impliquer des partenaires dans le domaine de soins, en vue de réaliser une alternation rapide entre plusieurs services de soins ?
	Comment pouvons-nous favoriser et plus souvent bénéficier des réunions de concertations autour du patient psychiatrique ?
	Est-il possible d'inclure un suivi des dépôts de médicaments et les contrôles laboratoires utilisant le tableau fact d'équipes mobiles ?
	Peuvent le 2a et les EM 2b de Gand avoir plus de lits de crise à leur disposition en cas de crise de leurs usagers?

Tableau 14 Questions sur la résolution de problèmes, thème "la diversité culturelle"

2A+2B	Langues parlées par les membres des équipes / composition de l'équipe
	La composition prendre en compte la diversité culturelle rencontrée sur le terrain ?

4 UNE POSSIBLE PROCHAINE ETAPE

Continuer l'apprentissage mutuel

Le fait de rassembler et de mettre à disposition le feed-back rassemblé poursuit l'objectif de stimuler et de documenter le processus d'apprentissage mutuel entre les équipes mobiles belges. Le plan initial avait pour objectif de clôturer ce trajet de formation par des sessions d'intervision thématiques : des réunions en groupe organisées avec les représentants des équipes belges dans lesquelles les listes des questions de résolution de problème sont ramenées à des FAQ, Frequently Asked Questions, en matière de fonctionnement quotidien et pratique des équipes mobiles et dans lesquelles les réflexions se rapportant aux FAQ des équipes belges peuvent mener à un consensus sur quelques critères clés auxquels on peut s'attendre que les équipes mobiles de type 2a et 2b puissent répondre. Et les raisons de la présence obligatoire de ces éléments clés. Enfin, l'objectif était de présenter les résultats de ces réflexions aux experts étrangers activement impliqués dans le programme de formation des équipes mobiles.

Une autre manière de clôturer ce trajet de formation consiste à analyser le matériel rassemblé avec les représentants des équipes, à sélectionner les FAQ liées aux situations problématiques reconnaissables et à évaluer si une ou plusieurs équipes a/ont progressé au niveau des to do's décrits. À la suite des stages à l'étranger, les équipes belges pourraient être aidées à rechercher des « beacon sites » ou « sites de phare » belges susceptibles de proposer des solutions aux difficultés que connaissent la majorité des équipes au niveau de l'adoption de certains éléments critiques dans leur fonctionnement quotidien.

Un processus d'apprentissage mutuel pourrait être poursuivi sous la forme d'un échange structuré à long terme sur les expériences pratiques entre les équipes mobiles. Ce processus peut être facilité en jetant un pont vers le programme de formation clôturé sur la base de l'expertise étrangère. Le SPF Santé publique devrait pouvoir mettre ce processus sur les rails à court terme ; on peut étudier quel serait le meilleur outil Internet aussi le plus convivial et une construction solide au niveau de l'organisation et de la coordination, des engagements formels de professionnels et d'employeurs motivés peut garantir un cadre de support durable aussi pour cette phase de suivi de l'apprentissage mutuel. Si ces conditions sont remplies, la contribution du SPF Santé publique au niveau de la facilitation de cette étape de suivi peut être limitée dans le temps et les équipes mobiles pourraient prendre, elles-mêmes, en main cet apprentissage mutuel continu.

S'ils sont jugés utiles et nécessaires, le dépassement des frontières et le renforcement des liens entre l'expertise présente en Belgique et celles présentes dans les autres pays peuvent également être maintenus.

5 APERÇU DÉTAILLÉ DES ACTIVITÉS PAR PROJET

	LEUVEN-TERVUREN				
	SUPPORT LOCAL		STAGES		
	Date	Expert	No.	Place	N Part.
2012	17 avril	Remmers Van Veldhuizen	1	GGZ Noord Holland Noord	6
	6 sept.	Kevin Heffernan	2	GGZ Noord Holland Noord	6
			3	EPSM Lille Métropole	2
2013			4	Stoke-on-Trent	2
2014	7-9 juillet	Kevin Heffernan, Harry Gras			
	9 déc.	Jo Volle, Victor Gronstad, Mervyn Morris			
	N jours support local = 12			N jours de stage = 64	
				N Participants = 16	
				Coût moyen par participant = 415,54 Euro	

	GGZ DE KEMPEN				
	SUPPORT LOCAL		STAGES		
	Date	Expert	No.	Place	N Part.
2012	17 avril	Kevin Heffernan	1	Birmingham (BSMHFT)	2
	6 sept.	Harry Gras			
2013					
2014	13-15 oct	Kevin Heffernan, Harry Gras	2	Aalesund	2
	7-9 juillet	Kevin Heffernan, Harry Gras	3	GGZ Breburg	2
2015			4	GGZ Noord Holland Noord	1
	N jours support local = 8		N jours de stage = 30		
			N Participants = 7		
			Coût moyen par participant = 799,02 Euro		

	HET PAKT (GENT-EEKLO)				
	SUPPORT LOCAL		STAGES		
	Date	Expert	No.	Place	N Part.
2012	19 nov.	Harry Gras	1	Birmingham (BSMHFT)	2
2013			2	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2
			3	EPSM Lille Métropole	3
			4	EPSM Lille Métropole	2
2014	17-20 nov	Mervyn Morris, Kevin			
	11-12 déc	Heffernan			
2015			5	GGZ Noord Holland Noord	7
	N jours support local = 8		N jours de stage = 53		
			N Participants = 16		
			Coût moyen par participant = 473,12 Euro		

	GGZ NOORD WEST-VLAANDEREN				
	SUPPORT LOCAL		STAGES		
	Date	Expert	No.	Place	N Part.
2012	17 avril	Atie Dekker, Mervyn Morris	1	GGZ Noord Holland Noord	2
	20 nov.	Rokus Loopik, Harry Gras			
2013			2	Birmingham (BSMHFT)	3
2014			3	GGZ Mondriaan	3
	N jours support local = 2		N jours de stage = 38		
			N Participants = 8		
			Coût moyen par participant = 582,59 Euro		

	REGION HAINAUT				
	SUPPORT LOCAL		STAGES		
	Date	Expert	No.	Place	N Part.
2012	18 avril	Laurent Defromont	1	CHUV Lausanne	4
			2	Birmingham (BSMHFT)	2
2013	30 janv.	Jean-Luc Roelandt	3	EPSM Lille Métropole	4
	23 mai	Jean-Luc Roelandt			
2014	26-29 août	Laure Zeltner, Mervyn Morris	4	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2
2015			5	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2
	N jours support local = 8,5		N jours de stage = 50		
			N Participants = 14		
			Coût moyen par participant = 528,78 Euro		

	RESEAU SANTE NAMUR				
	SUPPORT LOCAL		STAGES		
	Date	Expert	No.	Place	N Part.
2012	6 sept.	Pascale Ferrari	1	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2
			2	CHUV Lausanne/HUG Genève	2
2013					
2014			3	ABM ULHB Wales	4
	N jours support local = 1		N jours de stage = 40		
			N Participants = 8		
			Coût moyen par participant = 726,54 Euro		

	BRUXELLES EST				
	SUPPORT LOCAL		STAGES		
	Date	Expert	No.	Place	N Part.
2012	17 avril	Philippe Huguelet	1	EPSM Lille Métropole	3
			2	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2
2013			3	EPSM Lille Métropole	2
	N jours support local = 1		N jours de stage = 24		
			N Participants = 7		
			Coût moyen par participant = 427,58 Euro		

FUSION LIEGE					
SUPPORT LOCAL			STAGES		
Date	Expert	No.	Place	N Part.	
2012	Frédéric Mauriac	1	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2	
2013	Mervyn Morris	2	CHUV Lausanne	4	
	Frédéric Mauriac, Matthias Lippuner, Mervyn Morris	3	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2	
		4	GGZ Altrecht (Utrecht)	2	
			N jours support local = 8		N jours de stage = 42
			N Participants = 10		
			Coût moyen par participant = 681,73 Euro		

	HAINAUT OCCIDENTAL				
	SUPPORT LOCAL		STAGES		
	Date	Expert	No.	Place	N Part.
2012	18 avril	Jean-Luc Roelandt	1	EPSM Lille Métropole	3
2013			2	CHUV Lausanne	4
			3	Birmingham (BSMHFT)	2
			4	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2
2014	23-26 sept	Frédéric Mauriac, Maud Lapeire	5	EPSM Lille (SIIC)	2
	N jours support local = 7		N jours de stage = 50		
			N Participants = 13		
			Coût moyen par participant = 413,93 Euro		

IEPER-DIKSMUIDE				
SUPPORT LOCAL		STAGES		
Date	Expert	No.	Place	N Part.
2012		1	EPSM Lille Métropole	2
2013				
2014		2	GGZ Mondriaan	2
		3	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2
N jours support local = 0		N jours de stage = 25		
		N Participants = 6		
		Coût moyen par participant = 534,13 Euro		

ZUID WEST-VLAANDEREN				
SUPPORT LOCAL		STAGES		
Date	Expert	No.	Place	N Part.
2012		1	EPSM Lille Métropole	2
2013		2	GGZ Noord Holland Noord	3
2014		3	Birmingham (BSMHFT)	2
		4	Aalesund	2
		5	GGZ Noord Holland Noord	4
N jours support local = 0		N jours de stage = 49		
		N Participants = 13		
		Coût moyen par participant = 530,85 Euro		

	PRIT (ZUID WEST-VLAANDEREN)				
	SUPPORT LOCAL		STAGES		
	Date	Expert	No.	Place	N Part.
2012					
2013	30 mai	Mervyn Morris	1	EPSM Lille Métropole	2
2014	3-6 févr	Mervyn Morris	2	Birmingham (BSMHFT)	2
	18-20 mai	Kevin Heffernan	3	GGZ Noord Holland Noord	4
2015			4	Aalesund	3
	N jours support local = 7		N jours de stage = 43,5		
			N Participants = 11		
			Coût moyen par participant = 442,14 Euro		

RELING				
SUPPORT LOCAL		STAGES		
Date	Expert	No.	Place	N Part.
2012	17 avril			
	17 oct			
2013		1	GGZ Noord Holland Noord	4
		2	Birmingham (BSMHFT)	2
2014	26-29 août	3	Birmingham (BSMHFT)	2
		4	GGZ Breburg	2
N jours support local = 2		N jours de stage = 43		
		N Participants = 10		
		Coût moyen par participant = 518,52 Euro		

NOOLIM				
SUPPORT LOCAL		STAGES		
Date	Expert	No.	Place	N Part.
2012				
2013		1	GGZ Noord Holland Noord	4
2014		2	GGZ Noord Holland Noord	4
		3	Birmingham (BSMHFT)	4
		4	GGZ Mondriaan/GGZ Orbis	4
N jours support local = 0		N jours de stage = 70		
		N Participants = 16		
		Coût moyen par participant = 500,39 Euro		

HERMES PLUS				
SUPPORT LOCAL		STAGES		
Date	Expert	No.	Place	N Part.
2012				
2013	31 mai	1	EPSM Lille Métropole	2
		2	EPSM Lille Métropole	3
		3	GGZ Noord Holland Noord	2
2014	7 févr	4	Birmingham (BSMHFT)	2
	7-10 juillet	5	Trieste	2
N jours support local = 8		N jours de stage = 42		
		N Participants = 11		
		Coût moyen par participant = 494,49 Euro		

REGION DU CENTRE				
	SUPPORT LOCAL		STAGES	
	Date	Expert	No. Place	N Part.
2012				
2013			1 EPSM Lille Métropole	2
			2 E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2
			3 EPSM Lille Métropole	2
2014	7 févr	Mervyn Morris	4 EPSM Lille Métropole (SIIC)	2
	7-10 juillet	Mervyn Morris, Roberto Mezzina	5 CHUV Lausanne	2
2015	10-13 mrs	Frédéric Mauriac, Cristina Garcia	6 Birmingham (BSMHFT)	4
	N jours support local = 6		N jours de stage = 53	
			N Participants = 14	
			Coût moyen par participant = 460,32 Euro	

HALLE-VILVOORDE-BRUSSEL				
	SUPPORT LOCAL		STAGES	
	Date	Expert	No. Place	N Part.
2012				
2013			1 EPSM Lille Métropole	3
			2 GGZ Noord Holland Noord	3
2014			3 Birmingham (BSMHFT)	3
2015			4 GGZ Noord Holland Noord	4
	N jours support local = 0		N jours de stage = 43,5	
			N Participants = 13	
			Coût moyen par participant = 518,44 Euro	

SaRA (Anvers)				
	SUPPORT LOCAL		STAGES	
	Date	Expert	No. Place	N Part.
2012				
2013				
2014			1 Birmingham (BSMHFT)	4
			2 GGZ Altrecht (Utrecht)	3
			3 GGZ Altrecht (Utrecht)	2
			4 Birmingham (BSMHFT)	3
	N jours support local = 0		N jours de stage = 52	
			N Participants = 12	
			Coût moyen par participant = 667,30 Euro	

RÉSME – RESEAU DE SANTE MENTALE DE L'EST				
SUPPORT LOCAL		STAGES		
Date	Expert	No.	Place	N Part.
2012				
2013				
2014		1	CHUV Lausanne	4
		2	CHUV Lausanne	4
		3	EPSM Lille Métropole	6
		4	EPSM Lille Métropole	6
	N jours support local = 0		N jours de tableaustage = 67,5	
			N Participants = 19	
			Coût moyen par participant = 499,38 Euro	

Tableaux

Tableau 1 Aperçu chronologique des stages à l'étrangers	p. 29
Tableau 2 Informations synthétisées par pays et lieu d'apprentissage	p. 32
Tableau 3 Aperçu chronologique du support local organisé	p. 34
Tableau 4 Quelques résultats financiers	p. 37
Tableau 5 Thèmes/sous-rubriques – N et % des expériences d'apprentissage rapportées	p. 41
Tableau 6 Questions sur la résolution de problèmes, thème 'La mise en route et le développement/déploiement ultérieur des équipes mobiles'	p. 46
Tableau 7 Questions sur la résolution de problèmes, thème 'Hospitalisation'	p. 51
Tableau 8 Questions sur la résolution de problèmes, thème 'Crise et risque'	p. 52
Tableau 9 Questions sur la résolution de problèmes, thème 'Rôle du psychiatre'	p. 53
Tableau 10 Questions sur la résolution de problèmes, thème 'Valoriser l'expertise d'expérience'	p. 54
Tableau 11 Questions sur la résolution de problèmes, thème 'Problèmes spécifiques en combinaison avec des troubles mentaux, et le travail mobil'	p. 54
Tableau 12 Questions sur la résolution de problèmes, thème 'Le trajet de soins aigu'	p. 54
Tableau 13 Questions sur la résolution de problèmes, thème 'Le trajet des soins continus dans le temps'	p. 55
Tableau 14 Questions sur la résolution de problèmes, thème 'La diversité culturelle'	p. 56

Pour les matériaux de base (les expériences d'apprentissage partagées) :
www.mobileteamsconnecting.eu