

Estimation des besoins
en équipes mobiles de crise (2a)
et équipes mobiles assertives (2b)
et leur répartition
pour le territoire de la Région de Bruxelles-
Capitale

Pablo Nicaise, PhD

2019

Estimation des besoins en équipes mobiles de crise (2a) et équipes mobiles assertives (2b) et leur répartition pour le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale

Pablo Nicaise, PhD
Institut de Recherche Santé et Société (IRSS), UCL
et Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale de la Région de Bruxelles-Capitale

Résumé

Dans le cadre de la réforme de l'organisation des soins de santé mentale en région bruxelloise et du développement d'un réseau unique, la question de l'estimation des besoins en équipes mobiles de crise (2a) et équipes mobiles assertives (2b) ainsi que de leur répartition pour le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale est une question-clé, notamment compte-tenu des ressources limitées pour leur déploiement. En l'absence de modèles standardisés, de normes de fonctionnement et de personnel, de public-cible strictement défini, et de données centralisées, fiables et globales sur l'état de la santé mentale de la population, il est nécessaire de proposer des estimations approximatives. En se basant sur les modèles d'équipes mobiles de crise (CRT) et assertives (ACT) telles que décrites dans la littérature scientifique et l'évaluation de leur fonctionnement en Grande-Bretagne, aux USA, en Australie, en Suisse, dans les pays scandinaves et aux Pays-Bas, ainsi que sur les données sociales disponibles à Bruxelles, on propose une fourchette large et une clé de répartition selon le statut socio-économique des communes et des quartiers. Selon cette estimation, il faudrait de 5 à 8 équipes de crise incluant en moyenne 17 ETP par équipe, et de 2 à 7 équipes assertives de 7 ETP chacune. Un différentiel de 30% en termes de besoins est calculé entre les quartiers socialement défavorisés et les autres quartiers. L'estimation reste toutefois fort imprécise. En outre, un fonctionnement optimal des équipes mobiles est conditionné à la mise en place d'une collaboration formalisée avec les autres services existants, en particulier une offre de soins psychiatriques ambulatoires de base équitablement répartie et accessible à l'ensemble de la population.

Samenvatting

In de huidige context van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in de regio Brussel en van de ontwikkeling van een uniek netwerk, is de vraag van de schatting van de behoeften aan mobiele crisisteam (2a) en teams voor langdurige zorg (2b) en de spreiding ervan – rekening houdend met de beperkte middelen voor de uitrol op het territorium van het Gebied Brussel-Hoofdstad – een echte sleutel-vraag. Bij gebrek aan gestandaardiseerde modellen, aan functionerings- en personeels-normen en aan een duidelijk gedefinieerde doelgroep en tegelijkertijd aan gecentraliseerde, betrouwbare, globale gegevens betreffende de geestelijke gezondheid van de bevolking, is het noodzakelijk om benaderende berekeningen voor te stellen. Op basis van de modellen van mobiele crisisteam (CRT) en de teams voor langdurige zorg (ACT), zoals die beschreven worden in de wetenschappelijke literatuur, en van de evaluatie van hun werking in Groot-Brittannië, in de Verenigde Staten, in Australië, in Zwitserland, in de Scandinavische landen en in Nederland en op basis van de sociale gegevens betreffende Brussel, stellen we een ruime marge voor en een verdeelsleutel, die gebaseerd is op de socio-economische situatie van de verschillende gemeenten en wijken. Volgens deze schatting, zijn er 5 à 8 crisisteam van gemiddeld 17 VTE nodig en verder 2 à 7 teams langdurige zorg van gemiddeld 7 VTE. Een verschil van 30% wordt in aanmerking genomen voor het berekenen van de behoeften van achtergestelde buurten ten opzichte van de andere wijken. De schatting blijft niettemin sterk onnauwkeurig. Daarnaast is het een feit dat de optimale werking van de mobiele teams sterk bepaald wordt door het formaliseren van samenwerkingsverbanden met andere bestaande diensten. Meer bepaald van het ambulante aanbod van psychiatrische zorg, dat fair gespreid dient te zijn en uiteraard toegankelijk voor alle burgers.

Summary

Within the current reform of the organisation of mental health care in the Brussels region and the establishment of a single network, there is a key issue regarding the need for crisis mobile (2a) and assertive outreach teams (2b). The question also encompasses their spreading across the Brussels' territory, taking into account the scarcity of resources available for their development. Due to the lack of standardised models, working and personnel norms, strictly

defined target-groups, and reliable, global, centralised data on the current state of the mental health of the population, we had to propose inaccurate estimations. We relied on the crisis resolution team (CRT) and assertive community team (ACT) models described in the literature and the evaluations carried out in Great-Britain, the USA, Australia, Switzerland, Scandinavian countries, and the Netherlands, as well as the social data available in Brussels. We suggest a large range and an allocation key based on the socioeconomic status of municipalities and boroughs. According to this estimation, 5 to 8 crisis teams including 17 FTE on average, and 2 to 7 assertive teams of 7 FTE each would be required. A differential of 30% in terms of needs is calculated between the deprived and wealthier areas. The estimation is, however, rather broad. In addition, an optimal functioning of the mobile teams is determined by the establishment of a formalised collaboration with the other existing services, particularly the outpatient psychiatric care services that provide the basic care to the whole population based on an equitable distribution and accessibility.

I. Contexte

Dans le contexte de la mise en œuvre du réseau de santé mentale de la Région de Bruxelles-Capitale, une question se pose quant au nombre d'équipes mobiles de crise (2a) et d'équipes mobiles assertives (2b) qui seraient nécessaires pour couvrir les besoins de la population. La question recouvre le nombre d'équipes nécessaires, le nombre de professionnels (ETP) qui devraient être disponibles au sein de ces équipes, ainsi que la répartition adéquate de ces équipes et professionnels sur le territoire, compte tenu des disparités existant entre communes et quartiers, inhérentes au caractère urbain de la région. Enfin, la réalité sociale étant dynamique, la question de l'estimation des besoins en équipes mobiles, nombre de professionnels et de leur répartition, demande aussi d'établir une méthodologie qui soit réutilisable pour pouvoir être reproduite régulièrement en vue de tenir compte des changements sur le terrain.

Dès le départ, il faut considérer que cette question, à l'heure actuelle, ne peut être résolue que sur base d'estimations approximatives. En effet :

(1) Il n'existe pas de normes universelles établies quant au nombre d'équipes ou quant au nombre d'ETP au sein des équipes que l'on pourrait appliquer à la situation bruxelloise

Les équipes mobiles de crise et les équipes mobiles assertives prévues dans le cadre de la réforme belge des soins de santé mentale (dite "Art. 107") s'inspirent de deux types d'équipe qui ont été développées dans d'autres pays. Du côté des équipes assertives (2b), le modèle originel est celui de l'*Assertive Community Treatment (ACT)* développé dès le début des années 1980 aux Etats-Unis en tant qu'alternative à l'hospitalisation (1) et très largement reproduit et documenté dans d'autres pays, notamment dans les pays anglo-saxons, les pays scandinaves, aux Pays-Bas, au Canada, en Suisse, en Allemagne, en Italie... avec à chaque fois des adaptations locales. Du côté des équipes de crise (2a), le modèle est aussi celui des ACT, adapté en Australie dans les années 1980 (2) puis rapidement développée en Grande-Bretagne sous le nom de *Crisis Resolution and Home Treatment teams (CRHT)* (3). Le modèle s'est lui aussi disséminé dans diverses variantes, même si celui-ci est moins documenté dans la littérature scientifique que le modèle ACT.

(2) Il n'existe pas de définition précise des caractéristiques des groupes-cible de population auxquels s'adressent l'un ou de l'autre type d'équipe mobile

On y reviendra également, mais comme il existe diverses variantes d'équipes de type ACT et CRHT, il existe également diverses manières de considérer le public-cible des équipes. Il est évident que le nombre d'équipes, le nombre de professionnels, et leur répartition adéquate est influencée par le type de travail réalisé et le type de personnes auxquelles on s'adresse.

(3) Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de cadre précis quant aux modalités d'organisation des équipes mobiles 2a et 2b en région bruxelloise

En l'absence de modèle standard international, on pourrait se référer à un guideline précis en provenance du cadre de la réforme en Belgique. Mais ce cadre n'existe pas. Comme pour la définition du cadre de la réforme dans son ensemble, les autorités fédérales ont choisi une approche *bottom-up* pour délimiter un cadre aux équipes mobiles, en proposant un document d'intention générique qui énonce des principes sans les opérationnaliser (4). Cette tâche est dévolue à chaque réseau local. Le projet de réseau unique bruxellois est en construction, et les modalités de fonctionnement des équipes de type 2a et 2b restent à définir, par exemple les modalités de leur couverture territoriale, le type des interventions offertes, les publics ciblés et non-ciblés (du côté de l'offre de soins, indépendamment de l'estimation des besoins du côté de la demande), les modalités d'accès et heures d'ouverture, les mécanismes de collaboration avec l'offre de soins et de support existante, etc. Cette liste ne prétend pas être exhaustive.

(4) Il n'existe pas de données centralisées et fiables sur l'état de la santé mentale de la population à Bruxelles ni de ses besoins en la matière

A fortiori il n'existe pas de données avec un niveau de précision suffisamment fin pour évaluer les besoins à l'échelle de communes ou de quartiers. Au sein d'une population donnée (par exemple, celle de la région bruxelloise), il y a divers états de santé (par exemple, en matière de santé mentale). Pour les connaître de manière sûre, il faut des enquêtes ou des dépistages systématiques. Comme ce n'est pas faisable (et probablement pas souhaitable), en leur absence, il faut se baser sur des *proxys*, c'est-à-dire des indicateurs s'approchant de la question à étudier. Pour cela, on dispose en principe de deux grandes sources : des enquêtes de santé de population, et des données d'utilisation des services de santé. En Belgique, l'enquête de

population la plus globale est l'enquête **HIS (Health Interview Survey)** menée par Sciensano (<https://his.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>). Elle peut donner une idée globale de l'état de santé mentale de la population bruxelloise, mais ne permet pas de répondre de manière précise à l'estimation de la population qui serait concernée spécifiquement par les équipes mobiles, et ne permet pas non plus de répondre avec le niveau de précision recherché pour ce qui est d'une répartition des ressources sur le territoire de la région.

Du côté de l'utilisation des services de santé, il peut exister des registres centralisés sur un territoire donné. Ces registres ont toutefois deux grandes limites : ils ne peuvent évidemment pas tenir compte des personnes qui ont des besoins mais qui n'utilisent pas les services, et ils peuvent inclure des données de qualité limitée car ce sont souvent des registres administratifs susceptibles d'être sensibles à une série de biais (administratifs par exemple). En outre, en Belgique en général et à Bruxelles en particulier, le système de soins est ainsi fait qu'un registre centralisé en matière d'utilisation des ressources de santé mentale n'existe pas. Chaque service, chaque type de service, chaque professionnel est autonome en matière de collecte de données. Là encore, il faut donc utiliser des proxys. On peut par exemple citer le **Résumé Psychiatrique Minimum (RPM)** qui permet d'avoir de l'information sur l'utilisation des services de santé mentale résidentiels. Mais on voit bien que ce type de données est limité en qualité et en précision, en dehors du fait qu'il ne couvre qu'une part de la population concernée.

Etant donné ces nombreuses inconnues, en vue de proposer une estimation des besoins à couvrir, on va commencer par examiner les informations disponibles sur les modèles d'équipes mobiles existants et les normes de fonctionnement et de personnel auxquelles on pourrait se référer. Il ne s'agit pas d'imposer un modèle à suivre pour les équipes mobiles à Bruxelles, il s'agit de décrire un modèle de référence pour les estimations à réaliser. Les acteurs qui mettent en œuvre des équipes mobiles de crise ou assertives peuvent ainsi déterminer en quoi leur propre modèle est similaire ou différent du modèle générique, et dès lors estimer leurs propres besoins.

Sur cette base, on verra à quelle population-cible ces équipes s'adressent, et on cherchera à quantifier la part de la population bruxelloise qui serait concernée en lui appliquant les mêmes

normes. On cherchera alors les données disponibles qui permettraient de déterminer un principe de répartition. En particulier, si les données centralisées et fiables sur l'état de la santé mentale à Bruxelles ne sont pas disponibles, des données à caractère sociodémographique et socio-économique sont disponibles, et des corrélations peuvent être établies entre l'état de santé mentale et la situation sociale de la population, en particulier en milieu urbain (5). Enfin, on formulera des propositions pour que le monitoring des besoins (c'est-à-dire le suivi de l'évolution des besoins dans le temps) puisse à l'avenir être réalisé de manière plus fine par les responsables du réseau de santé mentale à Bruxelles.

II. Equipes mobiles F2a et F2b, les modèles

1. Dans la littérature scientifique internationale

Les équipes mobiles F2a et F2b proposées par la réforme "art. 107" sont inspirées de deux modèles conceptuels décrits dans la littérature scientifique. Ces deux modèles sont des évolutions différenciées d'un même point de départ, le modèle d'intervention ***Assertive Community Treatment (ACT)***, qui a été développé principalement pour se substituer à l'hospitalisation psychiatrique (1) pour les patients qui étaient trop instables pour être suivis en ambulatoire en conditions habituelles. Le modèle ACT a été conçu à Madison (Wisconsin, USA) au début des années 1980. Toutefois, empiriquement, le modèle ACT n'est pas un modèle d'intervention rapide. Or, il y a des situations où les patients sont trop instables pour être correctement suivis en ambulatoire car ils connaissent un épisode de crise, ce qui implique une intervention rapide en vue d'éviter tant que possible l'hospitalisation. C'est dans cette logique qu'à Sydney, en Australie, des cliniciens ont fait évoluer le modèle ACT vers un modèle de gestion de la crise et ont ainsi créé les ***Crisis Resolution Teams (CRT)*** (2). Les deux types d'équipes ont par la suite été introduits et formalisés dans un plan du NHS en Grande-Bretagne en 2000, premier pays à avoir proposé une couverture nationale de l'ensemble du territoire avec ces équipes, et donc à en avoir proposé des normes de fonctionnement en termes de public-cible et de personnel (6). En Grande-Bretagne, ces équipes sont nommées *Crisis Resolution and Home Treatment (F2a)* et *Assertive Outreach (F2b)*. On notera donc aussi que l'idée de mobilité et de traitement à domicile n'est pas une caractéristique déterminante des modèles de départ — le traitement à domicile et la mobilité font partie des possibilités, mais non la spécificité des ACT et des CRT. C'est principalement l'approche anglaise qui met l'accent sur la mobilité ("*home treatment*", "*outreach*"). Les équipes qui ont été mises en place dans les différents pays par la suite, y compris en Belgique, s'inspirent de ceux-ci.

Globalement, on peut résumer les deux modèles de la manière suivante (Voir Tableau 1).

Les équipes de type CRT (F2a) s'adressent à des patients psychiatriques dits sévères (en anglais, *severe mentally-ill patients*, SMI ; en néerlandais, *patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen*, EPA) et lors d'un épisode de crise. On considère qu'un patient psychiatrique est sévère lorsqu'il-elle a un diagnostic de pathologie psychiatrique (cela couvre essentiellement les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur sévères et certains troubles anxieux), une histoire de contact d'au moins deux ans avec le système de soins psychiatriques, et des incapacités sociales-fonctionnelles en lien avec la maladie) (7). L'objectif premier des équipes CRT est donc d'intervenir rapidement à l'occasion d'un épisode de crise en vue de gérer celle-ci en évitant l'hospitalisation ou le recours à la mise en observation. Lorsque l'hospitalisation est inévitable, la mission de l'équipe CRT est d'accompagner le patient, notamment dans le soutien et la collaboration avec l'équipe résidentielle, en vue de faciliter la sortie hospitalière et de diminuer la durée de l'hospitalisation, et ramener le patient vers les soins psychiatriques ambulatoires standard. On constate donc que la mission de l'équipe CRT se définit et se conçoit en complément d'une base de soins psychiatriques qui se réalise lors de consultations ambulatoires classiques. En outre, dans ces conditions, l'équipe CRT n'est censée intervenir qu'à la demande de ces soignants habituels. En pratique, il peut arriver que l'équipe intervienne à la demande du patient ou de ses proches lorsque le patient est déjà connu de l'équipe, mais ce n'est pas le rôle des équipes CRT d'intervenir en urgence pour de potentielles situations de crise de personnes inconnues. Dès lors, le rôle soignant de l'équipe CRT est intensif mais limité dans le temps à la gestion de l'épisode de crise. En théorie, on considère que ce travail dure 3 à 4 semaines. Les équipes CRT sont des équipes d'intervention rapide, et doivent donc être mobilisables 24h/24 et 7j/7.

Les équipes de type ACT (F2b) s'adressent aussi à des patients SMI, mais seulement à une petite partie d'entre eux : ceux qui ont des difficultés à s'investir et à se maintenir dans leur traitement et leur accompagnement. Cela se manifeste par une incapacité à rester en contact avec les soignants ambulatoires standard, des difficultés relationnelles constantes ou répétées avec l'entourage supportif, et la survenue de crises répétées et/ou d'hospitalisations récurrentes. Le travail de l'équipe ACT consiste alors à maintenir pro-activement le contact du patient avec le système de soins et à maintenir le cadre du traitement ou de l'accompagnement de manière continue (assertive), en dehors d'épisodes de crise. Ce travail a pour but la prévention

d'épisodes de crises et le renfort des soignants standards et de l'entourage. Une partie importante du travail de l'équipe ACT est donc de maintenir le contact (parfois quotidien) avec le patient, d'offrir du soutien aux personnes qui s'occupent du patient et à pallier aux carences du système lorsque c'est nécessaire. On constate donc que la mission de l'équipe ACT se définit et se conçoit aussi en complément d'une base de soins psychiatriques qui se réalise lors de consultations ambulatoires classiques. L'équipe ACT n'intervient que pour des patients identifiés à risque d'incapacité à se maintenir dans le cadre d'accompagnement défini et préalablement identifiés par l'équipe ACT. Pour ces patients identifiés et donc "inscrits" auprès de l'équipe ACT, celle-ci doit être réactive et apte à intervenir rapidement et dans tout type de situation. En revanche, l'équipe ACT n'a pas vocation à intervenir pour de nouveaux patients ou des patients inconnus, elle n'intervient pas à la demande des patients, des proches ou des autres professionnels pour des patients ne faisant pas partie de sa patientèle, et n'a pas de raison d'être accessible en dehors des horaires habituels en dehors du suivi de ses patients. Pour les patients inscrits, le rôle soignant de l'équipe ACT peut être d'intensités diverses selon le besoin du patient, mais c'est un suivi inconditionnel et illimité.

Tableau 1 : Les modèles CRT et ACT

	CR/HT (F2a)	ACT-AOT (F2b)
Objectif principal	<ul style="list-style-type: none"> -Gestion de la crise en évitant l'hospitalisation et les soins involontaires si possible -En cas d'hospitalisation, accompagner le patient pendant l'hospitalisation pour préparer la sortie dès que possible et le retour aux soins ambulatoires 	<ul style="list-style-type: none"> -Contact proactif journalier si nécessaire -Prévention de la crise -Soutien aux proches -Suivi des médicaments -Se substituer au système de soins lors d'une rupture, et remettre celui-ci en place dès que possible

Accessibilité	24/7, grande réactivité	Heures de bureau (nouveaux cas) mais 24/7 pour les "affiliés"
Caseload (UK)-Population cible	1 équipe pour 150 000 hab., patients SMI (connus) en épisode de crise 20 à 30 patients en file active dans une équipe de 14 ETP.	1 agent pour 10 patients, patients sévères et complexes, instables (=15 000 personnes dans tout le pays en 2006 selon le Sainsbury Centre for Mental Health) Equipe et prise en charge multidisciplinaire
Durée de l'intervention	3 à 4 semaines (en théorie), jusqu'à 6 mois (en pratique)	Indéterminée

On retiendra donc qu'au travers de l'ensemble des documents consultés sur tous les modèles d'équipes mobiles, celles-ci sont **toujours un complément coordonné de services de soins psychiatriques ambulatoires (*community mental health*)**, et non de services résidentiels. Les missions et objectifs des équipes mobiles ne peuvent se comprendre que dans un rapport à des équipes de soins ambulatoires qui constituent la base de l'offre de soins vers laquelle on tend à revenir tant que faire se peut. Dans tous les cas également, ni les équipes ACT ni les équipes CRT ne constituent le soignant principal des patients. Il s'agit soit d'une logique complémentaire (ACT), soit d'une logique substitutive mais pendant une période relativement courte (CRT). Ces conditions sont essentielles afin de permettre un *caseload* peu élevé, sinon le modèle n'est pas tenable.

2. La description des équipes 2a et 2b dans les documents d'intention de la réforme des soins de santé mentale en Belgique

La dynamique propre de l'élaboration de la politique de réforme a été telle (8, 9) que les équipes mobiles n'ont pas été envisagées d'emblée dans toutes leurs spécificités, et les deux

modèles d'équipe en Belgique se sont aussi différenciés au cours du temps, comme en témoigne leurs appellations liées à la fonction 2, subdivisée en deux sous-fonctions a et b. Le *"Guide vers de meilleurs soins en santé mentale"* (ci-après, le "Guide") (10) n'est pas très détaillé à ce propos. Les modalités de fonctionnement des équipes mobiles belges ont toutefois été un peu plus élaborées lors des ateliers ayant mené à la rédaction du *"manuel des pratiques innovantes"* (2016), dont on reprend ici les éléments-clé à propos des équipes mobiles (ci-après, le "Manuel") (4). Tout d'abord, le "Manuel" énonce qu'il y aurait 4 types d'équipes mobiles : les équipes de crise, les *"Community Mental Health Teams"*, les équipes d'*"Assertive Outreach"*, et des équipes mobiles destinées aux personnes présentant une psychose précoce. En réalité, les auteurs du "Manuel" ont une lecture approximative du système de santé mentale anglais, où l'on retrouve ces quatre types. Les équipes de crise sont les CRT et, comme déjà précisé, *"Assertive Outreach"* est le nom britannique des équipes ACT. Les équipes auxquelles il est fait allusion quant aux psychoses précoces sont les équipes dites d'*"Early Intervention"* qui sont surtout destinées à de jeunes patients. Quant aux *"Community Mental Health Teams"* (CMHT), il ne s'agit pas d'équipes mobiles (même s'il arrive que des consultations aient lieu à domicile) : il s'agit de l'offre standard de soins psychiatriques ambulatoires dans le système anglais.

L'histoire et le développement des CMHT en Angleterre les rapproche plus de nos Services de Santé Mentale (SSM) que des équipes mobiles. Les CMHT ont été établies à partir des années 1980 comme base ambulatoire des soins de santé mentale dans les territoires de soins anglais. En effet, on rappelle que les soins sont territorialisés en Grande-Bretagne, chaque territoire (*"catchment area"*) ayant ses prestataires et services, et chaque patient n'ayant accès qu'aux prestataires et services de son territoire de résidence. Ces équipes sont essentiellement composées de psychiatres, d'infirmiers psychiatriques, de psychologues et de travailleurs sociaux. Leur mode de fonctionnement de base est la consultation ambulatoire, même si, à l'instar des SSM, elles peuvent organiser des consultations à domicile. Lorsqu'elles ont été établies, une partie des soignants de santé mentale a protesté face à ce "virage psychiatrique", arguant que ce déploiement se faisait au détriment d'une population aux besoins de soins en santé mentale légers à modérés, souvent en situation sociale précaire, et qui étaient soutenus par un travail d'écoute et de psychothérapie. Dès lors, une restructuration a mis en place trois types de services ambulatoires : les *"Primary Care Mental Health Teams"*, qui sont des services

de santé mentale génériques où l'on peut avoir accès à des soins physiques, de l'écoute psychologique et du support social ; des services de psychothérapie spécialisés auxquels on peut accéder sur renvoi des CMHT, et ces derniers devenus le service de soins psychiatrique ambulatoires standard. L'innovation anglaise, dans les années 1980, a surtout été d'y recruter massivement des infirmiers psychiatriques pour que les patients puissent y recevoir leur médicaments (pour plus d'informations sur l'offre de soins de santé mentale en Angleterre, voir (3)).

Conformément à ce qui ressort de la littérature scientifique, le "Manuel" considère que les équipes F2a s'adressent potentiellement à *"toute personne entrant en ligne de compte pour une hospitalisation psychiatrique aiguë"* tandis que les équipes F2b s'adressent à *"un sous-groupe cible sélectionné d'individus présentant des besoins de soins complexes de longue durée"*, et se conforme aussi aux durées d'intervention standard (*"traitement aigu de courte durée [...] versus soins de longue durée"*) ((4), p. 4). En ce qui concerne plus spécifiquement les équipes 2a, le "Manuel" précise que leur objectif principal *"consiste à prévenir ou à écourter les admissions psychiatriques"* et leur confère une fonction de "gatekeeping" de l'admission hospitalière ((4), p. 9), ce qui n'est pas exact en ce qui concerne le système anglais¹. *"L'équipe multidisciplinaire de crise, composée d'infirmiers (psychiatriques), d'un psychiatre, d'un ou de plusieurs travailleurs sociaux et d'autres thérapeutes (psychologues, ergothérapeutes,...), propose alors des soins psychiatriques intensifs de courte durée à domicile [...], l'accompagnement d'une équipe de crise dure généralement six semaines"*. Du côté des équipes 2b, le "Manuel" explique qu'il s'agit : *"d'équipes pluridisciplinaires généralistes composées de psychiatres, d'infirmiers psychiatriques, de travailleurs sociaux, de psychologues et d'ergothérapeutes qui dispensent des soins à domicile au sein d'une « catchment area » délimitée géographiquement"* et se réfère explicitement au modèle ACT.

¹ Dans une analyse de données non-publiée que j'ai personnellement réalisée sur une zone de l'Est de Londres, il apparaissait que 42% des nouveaux patients entraient en contact avec la psychiatrie par les urgences générales, lesquelles renvoyaient les patients majoritairement vers les CRT. Par contre, celles-ci référaient les patients vers les CMHT, et ce sont ces dernières qui donnaient accès aux services résidentiels. Par ailleurs, 12% des patients (26% pour les patients psychotiques) étaient admis directement dans les salles hospitalières lorsqu'ils étaient déjà connus des services (rapport d'analyse des données RiO du *East London Foundation Trust*, 2013-2014, non-publié).

3. ACT et case-management

Une question particulière se pose quant au niveau d'intensité du travail de case-management dans les équipes ACT. Jusqu'à quel point l'équipe ACT doit-elle s'impliquer dans le suivi clinique de ses patients ? A l'origine, le type de case-management envisagé dans les équipes ACT est conçu comme un "broker service model" (11) : le case-manager au sein de l'équipe ACT n'est pas un clinicien (en tout cas, il n'en a pas le rôle), il assure la coordination des cliniciens autour du patient. Ses fonctions spécifiques sont : l'évaluation des besoins du patient, la planification des soins, la coordination des prestataires, le suivi de la mise en œuvre, et la défense des intérêts des patients. C'est l'approche utilisée dans le cadre du *Care Programme Approach* en Angleterre. Dans ce modèle, le rôle de case-management est assuré principalement par des infirmiers psychiatriques communautaires (*Community Psychiatric Nurses*) (12). Toutefois, c'est un modèle qui a ses limites, car il y a des moments où assurer ce travail demande une activité de suivi clinique en tant que tel, et certains patients sont instables au point qu'il faut toujours suppléer les cliniciens "de base". Le patient en vient souvent à considérer son case-manager comme son clinicien référent. Par ailleurs, les évaluations du *Care Programme Approach* montrent que c'est un mode de fonctionnement qui recèle aussi beaucoup de difficultés (12). Une autre approche s'est alors développée, le "*clinician case management model*" (CCM), où le clinicien endosse ce rôle de clinicien principal. Toutefois, pour éviter que ce clinicien ne devienne un "clinicien total" (et aussi pour éviter le burn-out du case-manager), une évaluation en épisodes de soins dans le temps est effectuée. Dès lors, le rôle du case-manager et l'intensité du case-management évoluent dans le temps. Dans une phase initiale, le CCM agit principalement pour faire le contact avec le système de soins, évaluer les besoins et planifier les soins ; c'est donc une phase assez intensive. Ensuite, dans une phase intermédiaire, il a essentiellement des responsabilités dites "environnementales" : pas ou peu de contacts directs avec le patient, mais un travail de soutien aux familles, aux cliniciens qui accompagnent le patient, aux personnes extérieures qui côtoient le patient (propriétaire du logement, employeur...). Toutefois, le CCM peut connaître un nouvel épisode d'accompagnement intensif du patient lors d'une démarche individuelle d'accompagnement (par exemple, pour soutenir le patient à la recherche d'emploi). Enfin, le CCM peut être réactivé à tout moment en phase de crise. Il est important de souligner que, dans les ACT, le case-management, quel que soit sa modalité, est toujours réalisé en principe en équipe pluridisciplinaire (11), la plupart des

équipes intégrant des spécialistes de questions spécifiques, telles qu'un intervenant spécialisé en assuétudes, un job coach, un spécialiste en parentalité, etc., mobilisables si nécessaire pour pallier à toute éventualité.

4. Un modèle intermédiaire, le modèle F-ACT

Un modèle intermédiaire est particulièrement discuté depuis quelques années dans la littérature scientifique, **c'est le modèle néerlandais des F-ACT (Flexible ACT)** (13-16), qui a retraversé la Manche et l'Atlantique pour attirer l'attention des Anglais, des Américains et des Canadiens (17). Selon l'approche du modèle F-ACT, ce n'est pas le profil du patient qui détermine le besoin d'un suivi assertif, mais plutôt la dynamique propre de la maladie qui engendre des périodes de crise et d'instabilité. Dès lors, il n'y aurait pas lieu de créer des équipes ACT spécifiques, mais plutôt d'intégrer une modalité de suivi assertif dans les équipes de soins psychiatriques ambulatoires standard, et dès lors, de faire passer les patients d'un suivi basique à un suivi assertif en fonction de leurs besoins à un moment donné. Aux Pays-Bas, les équipes de soins psychiatriques ambulatoires qui suivent le modèle F-ACT s'adressent aux patients SMI sur une zone de de 50,000 habitants. L'approche classique implique un case-manager. Lorsque la situation du patient le requiert, la même équipe met en œuvre un programme de suivi plus assertif. Selon les études, une équipe F-ACT de 11-12 ETP suivrait environ 200 patients(14), la fonction intensive concernant 11 à 20% des patients SMI a un moment donné (13). Le caseload effectif de l'équipe F-ACT serait de 12:1.

III. Normes de personnel

Au-delà de normes théoriques, il convient d'observer la réalité de fonctionnement des équipes mobiles. Le modèle CRT a surtout été étudié et documenté en Australie et en Angleterre. Le modèle ACT, lui, est l'un des plus documentés de la littérature sur l'organisation des soins de santé mentale.

1. En ce qui concerne spécifiquement le modèle CRT (équipes F2a)

L'Angleterre et la Norvège sont les seuls pays à avoir proposé des normes nationales de couverture territoriale. En Angleterre, les normes établies sont qu'une équipe de 14 ETP (sans staff médical) doit couvrir une zone de 150.000 habitants, de sorte à avoir un caseload d'environ 30 patients par agent en file active (6). Une large étude publiée en 2018 à propos de données collectées en 2011-2012 a permis d'évaluer le fonctionnement effectif des CR/HT en Angleterre (18). Au moment de l'étude, 215 équipes CRT ont été identifiées sur l'ensemble du territoire anglais, dont 184 ont effectivement participé à l'étude. Deux-tiers de ces équipes sont localisées dans les mêmes lieux que les salles résidentielles psychiatriques. On notera toutefois que, dans un tiers des cas, les CMHT sont aussi sur le même site. Dans l'Etat de Victoria en Australie, les équipes de crise, appelées CAT (Community Acute Teams), sont incluses dans des centres intégrés de soins aigus qui comprennent aussi des salles résidentielles et des services d'urgence psychiatriques (19). L'étude anglaise constate que les CRT acceptent généralement des envois de patients des services de santé mentale ordinaires, mais aussi de la part des acteurs de santé de première ligne, et la moitié des équipes répondent aux demandes émanant des patients eux-mêmes ou de leurs proches lorsqu'ils sont déjà connus du service. Toutes les équipes sont multidisciplinaires, et composées au moins d'infirmiers psychiatriques et de psychiatres consultants (20). La majorité contient aussi des travailleurs sociaux. En revanche, seules un tiers incluent des psychologues. En moyenne, les équipes CRT incluent 20.8 ETP avec une grande variation (mais cette valeur est représentative des zones urbaines), et le caseload est effectivement proche de 30:1.

La Norvège est le seul autre pays à avoir établi des normes de couverture nationale pour des équipes de crise (21). Le modèle norvégien est toutefois moins intensif que le modèle anglais.

Les équipes doivent couvrir des zones de 65.000 à 115.000 habitants (la Norvège comptant beaucoup de régions rurales peu peuplées), ces équipes fonctionnent aux heures de bureau, et elles intègrent en moyenne 9 ETP, principalement des infirmiers.

2. En ce qui concerne spécifiquement le modèle ACT (équipes F2b)

La norme "identitaire" des équipes ACT est celle du caseload fixé à 10 patients pour un agent. De manière plus large, le modèle ACT est probablement le modèle d'équipe le plus normé. En effet, une échelle de fidélité au modèle a été développée, la *Dartmouth ACT Scale* (DACTS) (22, 23), et une multitude d'études ont indiqué que l'efficacité des ACT était plus élevée lorsque la fidélité au modèle était plus élevée (24-28). Une large étude menée à Londres dans les années 2000 a permis d'examiner l'effectivité de la mise en œuvre de ces normes (29). Au moment de l'étude, il y avait 24 équipes ACT (AOT) couvrant le grand Londres. En ce qui concerne les normes de personnel, la taille effective des équipes variait de 3 à 15 ETP (7 en moyenne), principalement des infirmiers et des travailleurs sociaux, et en moyenne, un 0.6 ETP psychiatre pour 100 patients. En termes de caseload, la moyenne effective était de 9.4 patient par agent temps-plein (variation de 5 à 14), le caseload moyen d'une équipe étant de 51 patients. Les équipes AOT acceptaient des patients en provenance des CMHT et d'autres services de santé mentale spécialisés, mais peu en provenance d'autres acteurs. Les critères de prise en charge étaient principalement des difficultés d'implication du patient, le diagnostic, une histoire d'hospitalisations et la durée de la maladie. En pratique, l'étude a mesuré que les équipes ont eu 0.3 à 2.3 contacts par patient par semaine, d'une durée moyenne de 40 minutes (0-570, avec une médiane à 15 minutes). 10% des contacts ont eu lieu en dehors des heures habituelles de bureau, 62% ont été des contacts en face-à-face dans le milieu de vie des patients, 28% dans les services, 13% par téléphone.

En Australie, le même dispositif d'évaluation a été utilisé sur 4 équipes ACT (27, 30). Les équipes australiennes incluent 1.9 ETP psychiatre pour 100 patients et ont 6.3 patients par agent. Sinon, elles ont les mêmes caractéristiques que les équipes londoniennes. D'autres variantes sont présentes dans la littérature (par exemple, en Suisse et aux Pays-Bas), avec toutefois des caractéristiques très similaires (31-33).

IV. Estimation de la population-cible des équipes mobiles en région bruxelloise

Sur base des normes et des études mentionnées ci-dessus, on peut donc estimer qu'une équipe CRT (2a) inclut 14 à 20 ETP et qu'elle a un caseload proche de 30:1 (30 patients en file active par ETP). Ce qui signifie qu'une telle équipe peut s'occuper d'environ 450 à 600 patients en un temps donné. Du côté des équipes ACT (2b), une équipe inclut environ 7 ETP pour un caseload proche de 10:1. Une équipe ACT est dès lors en capacité de prendre en charge 50 à 70 patients. On rappelle que les équipes CRT prennent en charge de manière intensive des patients, mais pendant une période de temps courte, alors que les équipes ACT prennent en charge des patients à des niveaux d'intensité variables mais de manière illimitée dans le temps.

Sur cette base, on peut estimer la part de la population en région de Bruxelles-Capitale qui serait concernée par cette offre de soins. En effet, on peut appliquer à la région bruxelloise les ratios que l'on observe dans les autres milieux urbains examinés dans les études précitées.

En ce qui concerne les équipes de crise (F2a), on a vu que dans les milieux urbains anglais, une équipe de 20 ETP a une capacité de prise en charge de 600 patients en un temps donné. Or, une équipe couvre un territoire d'environ 150.000 habitants. Donc, on peut estimer qu'une équipe CRT concerne 0.4% de la population adulte. Les chiffres que l'on retrouve dans d'autres études font osciller cette proportion de 0.4% à 0.7% de la population adulte (voir, par exemple, (18, 20, 21, 34-40)). On peut donc supposer que ces taux peuvent s'appliquer à Bruxelles. Sachant qu'il y avait (2018) 766.155 habitants adultes (entre 18 et 64 ans), on pourrait estimer qu'il y a environ 3000 à 5000 patients psychiatriques sévères susceptibles de faire appel à une équipe F2a. Il faudrait donc, à Bruxelles, entre 5 et 8 équipes F2a incluant 14 à 20 ETP.

Fourchette basse : 5 équipes F2a avec 14 ETP = 70 ETP; fourchette haute : 8 F2a avec 20 ETP = 160 ETP; estimation moyenne : 5 F2a avec 17 ETP = 85 ETP.

En ce qui concerne les équipes assertives (F2b), l'estimation de la population-cible est un peu plus compliquée à réaliser. En effet, seule une petite partie de la population estimée ci-dessus est susceptible d'être concernée par une prise en charge par une équipe assertive, mais celle-ci est non-limitée dans le temps et soumise à des aléas imprévisibles. Trois sources nous

permettent d'approcher cette estimation. Premièrement, dans l'étude londonienne précitée (29), les 24 équipes avaient un caseload d'équipe moyen de 51 patients, soit 1224 patients pour l'ensemble de la ville de Londres. La population adulte de Londres, au moment de la réalisation de l'étude, était de 5 012 800 habitants (Cf. <https://www.ons.gov.uk/>). Donc, la population concernée par les équipes assertives à Londres représentait 0.024 % de la population adulte totale. Deuxièmement, les estimations néerlandaises liées au modèle F-ACT montrent que la fonction intensive des F-ACT concernerait 11 à 20 % de la population SMI a un moment donné (13), ce qui représenterait entre 0.04% et 0.1% de la population adulte. Troisièmement, une étude réalisée en milieu urbain aux Etats-Unis et visant précisément à estimer le besoin en équipes ACT (41) conclut que celles-ci concernent 0.06% de la population adulte. On obtient donc une fourchette qui oscille entre 0.02% et 0.1% de la population adulte, avec une moyenne de 0.05%. Si on applique ces taux à la population adulte bruxelloise, on obtient 150 à 750 patients potentiels, avec une moyenne proche des 400 patients. Dès lors, si l'on applique un caseload d'équipe de 50 patients (comme dans l'étude londonienne (29)), on aurait besoin de 8 équipes de 7 ETP en moyenne. Si l'on se réfère au caseload individuel de 10:1, on aurait alors besoin de 40 ETP, soit environ 6 équipes.

**Fourchette basse : 2 F2b avec 7 ETP = 14 ETP; fourchette haute : 7 F2b avec 7 ETP = 49 ETP;
estimation moyenne : 5 F2b avec 7 ETP = 35 ETP.**

On obtient donc une estimation totale moyenne pour la région bruxelloise de 5 équipes de type F2a qui incluent 17 ETP (tot : 85 ETP) et 5 équipes de type F2b qui incluent 7 ETP (tot : 35 ETP), soit un total général de 120 ETP, avec toutefois une marge d'estimation large. En effet, en tenant compte des estimations minimales et maximales, on oscille entre 84 et 209 ETP qui se répartiraient sur un minimum de 5 équipes F2a de 14 ETP et 2 équipes F2b (de 7 ETP), et un maximum de 8 F2a de 20 ETP et 7 F2b (de 7 ETP). La mise en place d'un modèle inspiré des F-ACT permettrait de réduire en partie le besoin en ETP pour les équipes de type F2b. En effet, dans ce modèle, on estime que 12 ETP peuvent prendre en charge 200 patients. Dès lors, le besoin à couvrir en région bruxelloise serait de 11 à 27 ETP, donc en moyenne 19 ETP, ce qui donnerait un total général de 104 ETP. **On rappellera que, dans tous les cas, ce modèle de fonctionnement n'est possible que s'il existe une offre de soins psychiatrique ambulatoire suffisante.**

V. Répartition des ressources en fonction des besoins de la population en région bruxelloise

Les estimations qui ont été présentées ci-dessus se basent sur l'hypothèse que la population à Bruxelles est similaire à la population des milieux urbains dans lesquels les études consultées ont été réalisées. Toutefois, nous n'avons pas d'information sur les besoins en soins de santé mentale de la population bruxelloise. En outre, même si les estimations présentées avant s'avèrent valides, elles ne permettent pas de déterminer comment ces ressources doivent être réparties pour répondre au mieux aux réalités du terrain bruxellois. Pour cette estimation, on aurait besoin de données sur l'état de la santé mentale de la population bruxelloise en fonction des communes ou des quartiers, ce qui n'existe pas de manière centralisée et fiable. Des données partielles existent, mais elles ne sont pas utilisables pour notre question. Par exemple, les services de soins en santé mentale (hôpitaux, SSM...) récoltent des données, comme c'est le cas du Résumé Psychiatrique Minimum (RPM). Toutefois :

- la qualité des données est sujette à caution,
- les données collectées ne concernent que la population qui fréquente les services et ne permet pas d'appréhender les besoins de soins des personnes qui n'utilisent pas les services,
- les données de domicile ne sont pas exportées dans une base centralisée, dès lors, pour comprendre les différences de besoins selon les communes ou les quartiers, il faudrait interroger chaque service individuellement et espérer que les services acceptent de fournir cette information,
- les personnes sont libres d'accéder à l'ensemble des services sur tout le territoire, donc on ne peut pas connaître les besoins de la population d'une zone géographique spécifique en utilisant les données des services locaux.

Cette liste de limites n'est pas exhaustive.

Une alternative est alors d'utiliser des données à caractère socio-économique qui, elles, sont disponibles de manière plus générale et systématique pour les communes et les quartiers. Il est établi qu'il y a des corrélations importantes entre le niveau socio-économique de la population et l'état de santé mentale et le besoin de soins (42). Par exemple, l'étude de l'OCDE

"*Making Mental Health Count*" montrait qu'en Belgique, le taux de risque de pauvreté était en moyenne de 11% en 2012. Toutefois, il était de 10% chez les personnes sans problème de santé mentale, de près de 16% chez les personnes avec un trouble léger, et proche de 20% chez les personnes avec un trouble sévère (43). Selon le baromètre social 2018 de l'Observatoire de la Santé et du Social à Bruxelles, basé sur les revenus de 2016, le taux général de risque de pauvreté en région bruxelloise est de 33% (44), ce qui indique non seulement la situation sociale globalement défavorisée de la population bruxelloise en comparaison aux autres régions du pays, mais également que les besoins en santé mentale y sont probablement élevés. Une étude récente de l'Agence Inter-mutuelliste montre que le gradient social influence significativement divers indicateurs de soins de santé mentale à Bruxelles, tels que le recours aux antipsychotiques et le recours à l'hôpital psychiatrique (45).

Encore faut-il pouvoir mesurer la corrélation entre des indicateurs de la situation sociale et les besoins de soins de santé mentale. Une seule source a été identifiée permettant de mesurer des corrélations entre l'état de santé mentale et la situation sociale de la population en région bruxelloise : l'enquête de santé par interview chez les Belges (Health Interview Survey – HIS), menée régulièrement par Sciensano. La dernière enquête de santé dont les résultats sont actuellement disponibles est celle de 2013 (Cf. https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports_complets_2013.aspx). Cette enquête concerne toute la Belgique, et inclut 3000 personnes issues de la Région de Bruxelles-Capitale sur un total de 10000 participants. Sciensano a publié un ensemble de rapports sur cette enquête, en ce compris sur l'état de santé mentale. Les détails de cette partie de l'enquête ont été publiés dans un rapport (46). Pour les besoins de la question soulevée ici, nous avons eu accès à l'ensemble de la base de données en vue de corréler les données de résidence, les données sociales et les données de mesure de l'état de santé mentale.

1. Estimation de l'état de santé mentale à Bruxelles

Dans l'enquête HIS, l'état de la santé mentale de la population est estimé grâce à une échelle générique standardisée : le General Health Questionnaire (GHQ-12) (47). Le GHQ-12 est une échelle de 12 items portant sur le bien-être/mal-être mental (voir tableau 2). Les items sont

des affirmations auxquelles on répond par oui ou non. Dès lors, l'échelle renvoie un score oscillant entre 0 et 12. On considère qu'un score inférieur à 4 indique une absence de problème significatif, un score entre 4 et 7 un problème modéré et un score supérieur à 7 un problème majeur. Il est clair qu'un problème majeur de mal-être mental ne peut pas être assimilé à un trouble psychiatrique sévère au sens où on l'entend par rapport à la patientèle des équipes mobiles. Toutefois, en l'absence d'autres données satisfaisantes, on utilisera ici cette information en postulant par approximation que les corrélations entre l'état de bien-être mental et la situation sociale de la population bruxelloise peuvent s'appliquer aux personnes ayant des troubles plus sévères.

Tableau 2 : Les items du GHQ-12 (47)

General Health Questionnaire (GHQ-12)
1. Capacité de concentration
2. Perte de sommeil
3. Se sentir utile
4. Etre capable de prendre des décisions
5. Se sentir stressé
6. Ne pas se sentir capable de surmonter des difficultés
7. Aimer avoir des activités habituelles
8. Faire face aux problèmes
9. Se sentir malheureux ou déprimé
10. Avoir confiance en soi
11. Penser à soi-même comme ayant peu de valeur
12. Se sentir raisonnablement heureux

Par ailleurs, la base de données HIS contient divers indicateurs à caractère social. Le rapport de Sciensano à propos de l'état de santé mentale précise notamment que le niveau de scolarisation est significativement et inversement corrélé au score de mal-être mental (après contrôle pour l'âge et le genre). En outre, la prévalence de problèmes modérés et majeurs est significativement plus élevée à Bruxelles que dans les deux autres régions du pays (46). Par ailleurs, on sait, par la littérature scientifique, que la prévalence globale des troubles de santé mentale est corrélée au revenu, à l'emploi, à la qualité du logement, aux contacts sociaux, ou au statut familial (48-53).

Pour les besoins de notre estimation, nous avons utilisé le score du GHQ-12 des répondants bruxellois comme variable indépendante et utilisé les variables dépendantes suivantes : le genre, l'âge, le niveau d'éducation, la fréquence des contacts sociaux, la qualité des contacts sociaux, le statut d'emploi, et le statut familial. Le niveau d'éducation est réparti en 4 niveaux : enseignement primaire ou sans diplôme, enseignement secondaire inférieur, enseignement secondaire supérieur, et enseignement supérieur. Les autres variables ont été dichotomisées : rencontre d'au moins un ami par semaine ou non, bonne qualité des contacts sociaux ou non, avoir un emploi ou non, et vivre seul ou non. Les variables ont été incluses dans une régression logistique.

Les résultats montrent que 77% de la population bruxelloise adulte n'a pas de problème de mal-être mental significatif ($\text{GHQ-12} < 4$), 14% a un problème modéré ($4 < \text{GHQ-12} < 7$), et 9% a un problème majeur ($\text{GHQ-12} > 8$). Au niveau individuel, les variables sociales retenues sont toutes significativement associées à l'état de santé mentale (voir tableau 3).

Tableau 3 : Prédicteurs sociaux d'un problème de mal-être mental majeur (GHQ-12>8) dans la base de données de l'enquête de santé par interview de Sciensano (2013) pour la population bruxelloise adulte, odds ratio de la régression logistique

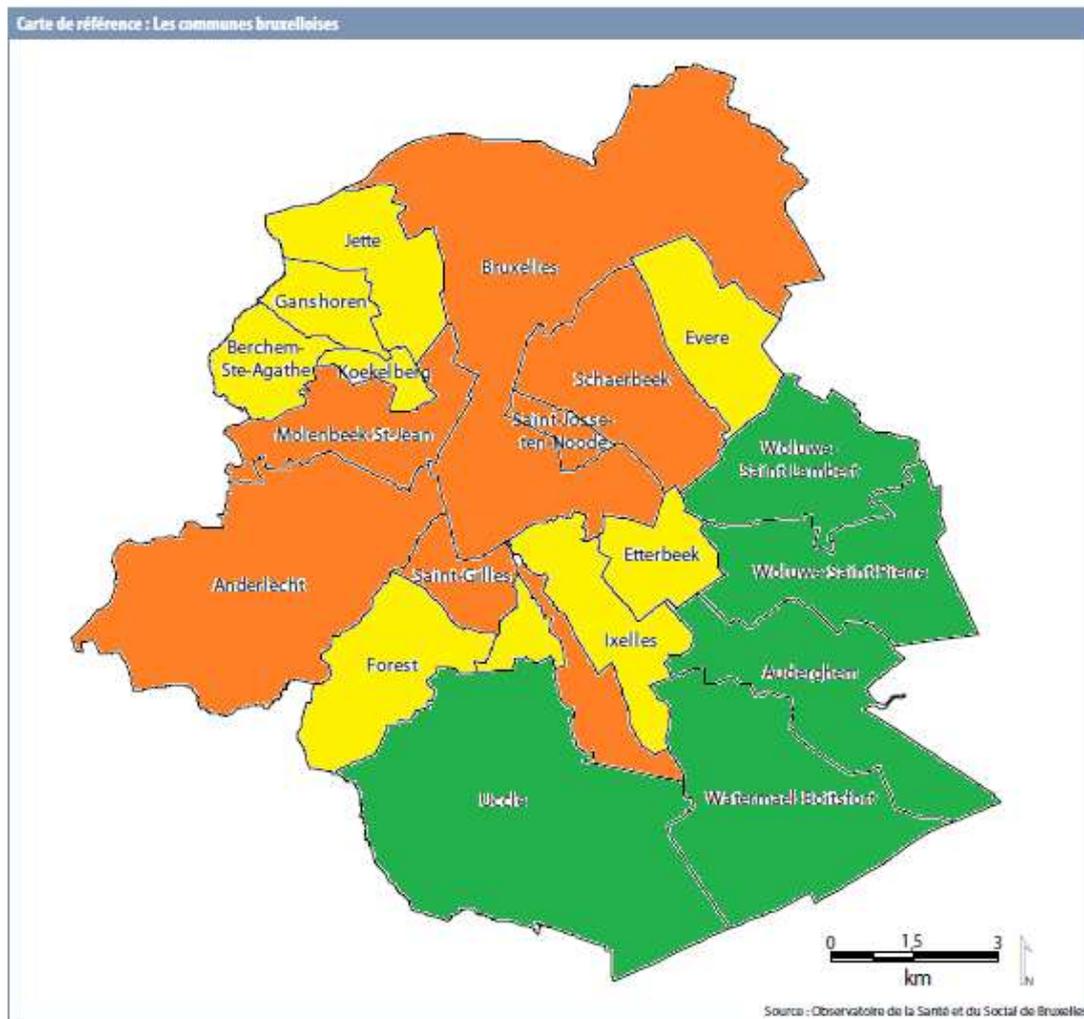
Variables dépendantes	Avoir un problème de mal-être mental majeur (GHQ-12>8)	
	Odds ratios	p-value
Niveau d'éducation		
- Enseignement primaire ou sans	2.09	0.03
- Enseignement secondaire inférieur	1.01	NS
- Enseignement secondaire supérieur	0.93	NS
- Enseignement supérieur	REF	REF
Age	0.97	0.03
Genre, féminin (ref = masculin)	1.15	NS
Moins d'un contact social par semaine (ref = au moins un contact par semaine)	2.23	0.02
Mauvaise qualité des contacts sociaux (ref = bonne qualité des contacts)	3.23	<0.001
Etre sans emploi (ref=avoir un emploi)	3.10	<0.001
Vivre seul (ref = ne pas vivre seul)	2.61	<0.001

On constate dans ce tableau que les bruxellois adultes n'ayant pas de diplôme ou ayant uniquement un diplôme de l'enseignement primaire ont significativement deux fois plus de chance d'avoir un problème de mal-être mental majeur que les individus ayant un diplôme de l'enseignement supérieur. Les effets d'un diplôme de l'enseignement secondaire ne sont pas statistiquement significatifs en comparaison avec les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur. L'âge a un effet négligeable, et le genre n'a pas d'effet significatif. En revanche, les personnes ayant peu de contacts sociaux et les personnes estimant avoir une mauvaise qualité de contacts ont respectivement 2,25 à 3,25 fois plus de chance d'avoir un problème de mal-être mental majeur que les personnes ayant au moins un contact par semaine ou estimant avoir une bonne qualité de contacts. De même, les personnes sans emploi ont plus

de trois fois plus de chance d'avoir un problème de mal-être mental majeur en comparaison des personnes avec un emploi, et les personnes vivant seules ont 2,6 fois plus de chance d'avoir un tel problème en comparaison avec les personnes qui ne vivent pas seules. Ces valeurs restent similaires et significatives lorsque l'on tient compte de la commune de résidence. On notera que ces résultats sont assez consistants avec ceux de l'étude menée par Viviane Kovess-Masfety en France (5), notamment au niveau de l'emploi et de la composition des ménages.

Au niveau des communes, l'enquête HIS distingue trois niveaux socio-économiques : les communes au statut socio-économique bas, moyen, et élevé. La carte 1 montre la répartition des 19 communes bruxelloises selon ces trois catégories. Les communes au niveau socio-économique faible sont représentées en orange, les communes du niveau intermédiaire sont en jaune, et les communes au statut socio-économique élevé sont en vert.

Carte 1 : répartition des communes bruxelloises selon les trois niveaux socio-économiques de l'enquête HIS 2013



Une régression logistique au niveau des communes (voir tableau 4) montre qu'avoir un problème de mal-être mental majeur est significativement associé aux communes de résidence : en comparaison aux résidents des communes à statut intermédiaire, les résidents des communes à statut faible ont 29% de chance supplémentaire d'avoir un problème de mal-être mental majeur. En revanche, il n'y a pas de différence significative entre les résidents des communes à statut intermédiaire et les communes à statut élevé.

Tableau 4 : Association entre le statut socio-économique des communes de résidence de la population bruxelloise adulte et le fait d'avoir un problème de mal-être mental majeur (GHQ-12>8) dans la base de données de l'enquête de santé par interview de Sciensano (2013), Odds ratio de la régression logistique

Statut socio-économique de la commune	Avoir un problème de mal-être mental majeur (GHQ-12>8)	
	Odds ratios	p-value
Faible	1.29	0.04
Intermédiaire	REF	REF
Elevé	0.98	0.90

Les limites de cette estimation sont nombreuses. En particulier, on rappelle que l'état de santé mentale ainsi mesuré correspond à une mesure d'un mal-être mental majeur, mais non pas une mesure d'un état de santé mentale psychiatrique sévère et qu'il s'agit d'une corrélation statistique entre cette mesure et diverses mesures à caractère socio-économique sur un échantillon représentatif de la population, et non une mesure sur la population complète. Une autre grande limite est que la corrélation statistique est réalisée sur des groupes de communes selon leur niveau socio-économique, alors que la réalité sociale des communes et des quartiers est beaucoup plus diversifiée. Si l'on prend des communes considérées comme de niveau socio-économique faible telles que Anderlecht, Schaerbeek ou Bruxelles, on sait qu'en réalité ce sont des communes très hétérogènes et couvrant de grandes superficies avec des quartiers aisés et des quartiers beaucoup plus précaires.

Toutefois, cette estimation permet de formuler l'hypothèse que, dans les zones socialement défavorisées de la capitale, il pourrait y avoir 29% de besoins de soins en santé mentale pour un public sévèrement touché en comparaison aux zones socialement intermédiaires ou aisées de la capitale.

2. Clés de répartition des ressources sur le territoire bruxellois

Il est aussi intéressant de mettre en lien ce résultat avec la répartition de la population dans la région de Bruxelles-Capitale. Dans le tableau 5, on a le nombre d'habitants adultes (de 18 à 64 ans) par commune (celles-ci sont classées selon leur groupe d'appartenance socio-économique). On peut constater que les communes au statut socio-économique faible concentrent la moitié de la population adulte bruxelloise.

Tableau 5 : Nombre d'habitants de 18 à 64 ans par commune de la région de Bruxelles-Capitale (Statbel, 2018)

Commune	Nombre d'habitants (18-64 ans)
Statut socio-économique faible	
Anderlecht	72 274
Bruxelles	116 969
Molenbeek	57 825
Saint-Gilles	35 828
Saint-Josse	18 337
Schaerbeek	86 095
<i>Total (%)</i>	387 328 (50.6%)
Statut socio-économique intermédiaire	
Berchem-Ste-Agathe	14 848
Etterbeek	33 930
Evere	24 894
Forest	35 760
Ganshoren	14 678
Ixelles	63 488
Jette	31 703
Koekelberg	13 337
<i>Total (%)</i>	232 638 (30.4%)
Statut socio-économique élevé	
Auderghem	21 013
Uccle	50 017
Watermael-Boisfort	14 759
Woluwé-St-Lambert	35 650
Woluwé-St-Pierre	24 750
<i>Total (%)</i>	146 189 (19.1%)
TOTAL GENERAL	766 155

Sur cette base, on peut reprendre les estimations de besoins en équipe mobile pour l'ensemble de la région bruxelloise et proposer une logique de répartition. Si l'on reprend l'estimation d'une équipe F2a couvrant les besoins moyens d'une zone de 150 000 habitants adultes, et que

l'on considère le différentiel de 30% entre les communes au statut socio-économique faible (la moitié de la population) et les autres communes, on pourrait estimer que, dans les communes à statut socio-économique faible, il faut une équipe pour une zone de 127 500 habitants, alors que dans les autres communes, il faut une équipe pour une zone 172 500 habitants. Si l'on reprend l'estimation moyenne de 5 équipes F2a de 17 ETP pour l'ensemble de la région, il faudrait donc 3 équipes pour couvrir les communes au statut socio-économique faible, et les 2 équipes restantes pour les autres communes. Le même raisonnement peut être tenu pour les équipes F2b. Bien entendu, si l'on veut se baser sur les estimations basses ou hautes proposées ci-avant, la clé de répartition peut leur être appliquée.

Toutefois, on conviendra que cette clé de répartition est extrêmement imprécise. En particulier, elle ne tient pas compte de l'hétérogénéité sociale des quartiers à Bruxelles. Afin d'obtenir une clé de répartition plus précise, il est possible maintenant d'utiliser des données socio-économiques disponibles au niveau des quartiers, puis de leur appliquer le différentiel calculé ci-dessus, soit environ 30% de besoins supplémentaires dans les quartiers défavorisés.

L'Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (http://ibsa.brussels/?set_language=fr) dispose ainsi de nombreuses données qui servent au monitoring des quartiers (<https://monitoringdesquartiers.brussels/>). Sur base des études précitées reliant l'état de la santé mentale de la population à divers indicateurs sociaux (5, 48-53) et des données disponibles auprès du monitoring des quartiers, on a choisi 6 indicateurs-clé à propos de la structure des ménages, du marché de l'emploi, des niveaux de revenus, du logement et de la santé perçue (voir tableau 6).

Tableau 6 : Indicateurs socio-économiques disponibles au niveau des quartiers sélectionnés pour estimer les besoins de santé mentale, Monitoring des quartiers en région bruxelloise, IBSA

Indicateur	Année disponible	Source
Part des isolés de 30 ans et plus dans le total des ménages privés	2016	IBSA
Part des demandeurs d'emploi dans la population de 18-64 ans	2017	Actiris
Part des demandeurs d'emploi de longue durée dans les demandeurs d'emploi	2018	Actiris
Taux de chômage	2012	Actiris
Revenu imposable moyen par habitant	2015	IBSA
Part des logements occupés par le propriétaire	2001	Statbel
Part de la population qui déclare ne pas être en bonne santé	2001	Statbel

1. Structure des ménages : On voit dans la littérature scientifique que le fait d'être isolé (ménage d'une seule personne) est significativement associé à une plus grande prévalence de troubles de santé mentale. En ce qui concerne les quartiers bruxellois, nous avons considéré la part d'isolés de plus de 30 ans. La moyenne régionale est de 38% (2016).

2. Accès à l'emploi : l'absence d'emploi est une caractéristique fortement corrélée à une plus grande prévalence de trouble de santé mentale, tant en ce qui concerne le niveau de richesse qu'en ce qui concerne la participation à la vie sociale. De plus, la relation entre santé mentale et emploi est à deux sens, puisque les personnes ayant des troubles de santé mentale sévère ont moins accès à l'emploi, et les personnes exclues de l'emploi ont plus de risque de développer des troubles de santé mentale. On a repris deux variables liées à l'emploi : la part des demandeurs d'emploi dans la population adulte, et la part des demandeurs d'emploi de longue durée parmi l'ensemble des demandeurs d'emploi. Les données disponibles au niveau des quartiers reflètent une part moyenne de 12,2% de demandeurs d'emploi dans la population adulte, et la part moyenne des demandeurs d'emploi de longue durée parmi les demandeurs d'emploi est de 63,5% (ce qui, au passage, indique un problème structurel d'accès à l'emploi en région bruxelloise). En outre, on a également repris le taux de chômage. Celui-ci est bien

évidemment corrélé à la part de population en demande d'emploi. Toutefois, au niveau des quartiers, les données disponibles datent de 2012, ce qui permet donc également d'approcher les problèmes structurels d'accès à l'emploi. En 2012, le taux de chômage moyen en région bruxelloise était de 22,6%

3. Revenus imposables : le revenu imposable (par individu) est un indicateur-clé du niveau de richesse. La moyenne régionale en 2015 était de 13 831 € par habitant.

4. Propriété : on voit aussi dans la littérature que l'accès à la propriété du logement principal est un indicateur fortement corrélé à la prévalence des troubles de santé mentale, notamment en milieu urbain (5). C'est un indicateur qui, malheureusement, date de 2001. La moyenne régionale de la part de logements occupés par leurs propriétaires était alors de 41%.

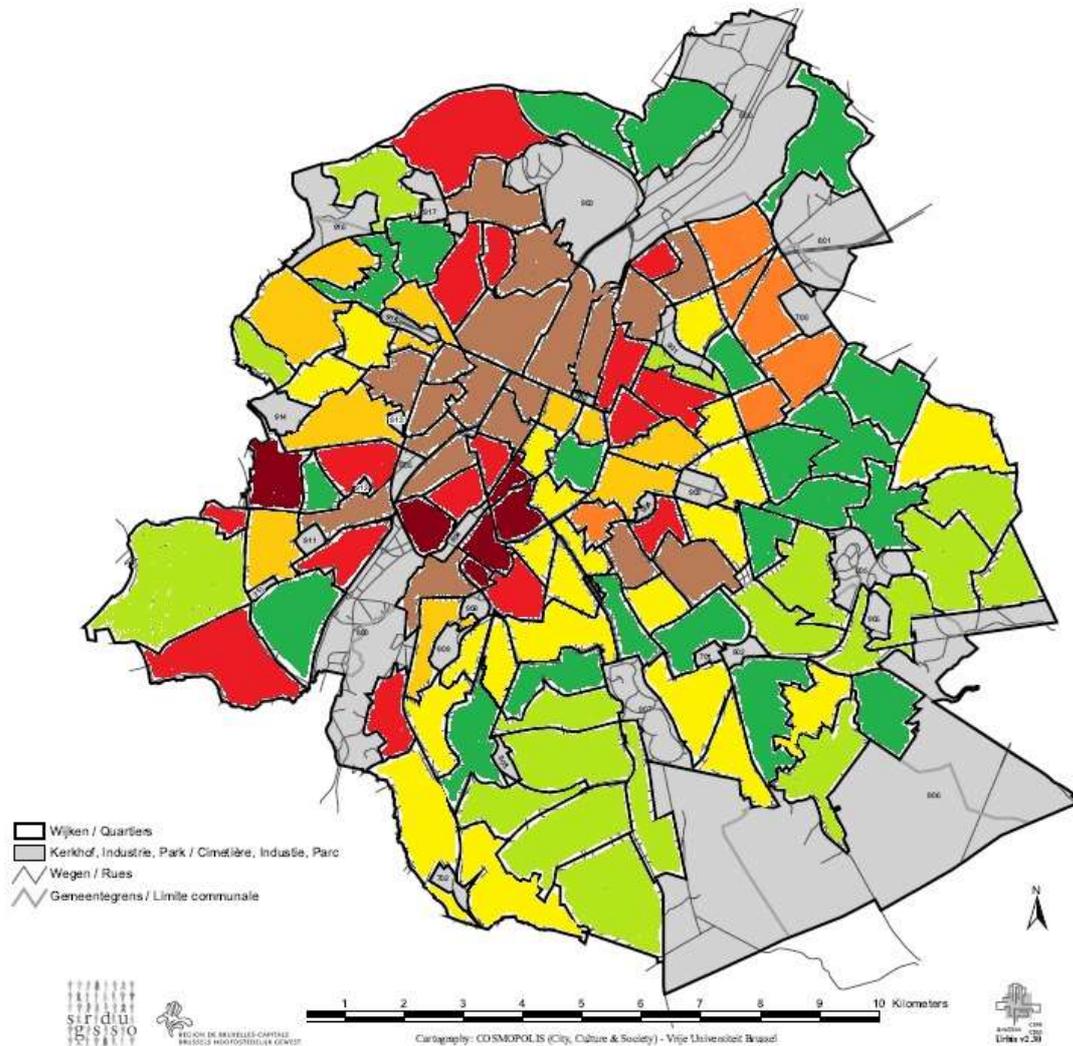
5. Ressenti en matière de santé : Enfin, le monitoring des quartiers offre un indicateur de ressenti en matière de santé qui date aussi de 2001, mais nous l'avons repris. En moyenne, 27% de la population de la région bruxelloise ne se considérait pas en bonne santé.

En vue d'une clé de répartition au niveau des quartiers, nous avons repris ces 7 indicateurs, et attribué un point à chaque quartier lorsque, pour l'indicateur concerné, la situation du quartier était moins favorable que la moyenne régionale. Donc, les quartiers ont reçu un point lorsque :

- La part des isolés de plus de 30 ans était supérieure à 38%;
- La part des demandeurs d'emploi dans la population adulte supérieure à 12,2%;
- La part des demandeurs d'emploi de longue durée parmi l'ensemble des demandeurs d'emploi était supérieure à 63,5%;
- Le taux de chômage en 2012 était supérieur à 22,6%;
- Le revenu imposable moyen par habitant en 2015 était inférieur à 13 831 €;
- La part des logements occupés par les propriétaires était inférieure à 41%;
- La part de la population se déclarant en mauvaise santé était supérieure à 27%

Ainsi, les quartiers obtiennent un score oscillant entre 0 et 7, des plus socialement favorisés au plus socialement défavorisé. Le résultat de cette attribution de scores est présenté dans la carte 2.

Carte 2 : répartition des quartiers selon le nombre d'indicateurs sélectionnés pour lesquels les valeurs sont moins favorables que la moyenne régionale, basé sur les données disponibles auprès du Monitoring des Quartiers de l'Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse



Scores



Cette répartition est évidemment plus détaillée que celle qui était présentée au niveau des communes. En ce qui concerne **les communes au statut socio-économique faible**, on peut ainsi constater que Molenbeek, Saint-Gilles et Saint-Josse sont effectivement majoritairement constituées de quartiers socialement plus défavorisés que la moyenne, mais que certains quartiers d'Anderlecht (Neerpede, Bizet, Scherdemael), de Bruxelles-ville (l'est du Pentagone, les quartiers européens, l'Avenue Louise, les quartiers nord de Neder-Over-Hembeek et de

Haren) sont des quartiers plus favorisés. En revanche, certains quartiers des **communes au statut socio-économique intermédiaire** (tels que les quartiers Jourdan et de la Chasse à Etterbeek, le bas de Forest et le quartier Saint-Denis, le quartier Flagey à Ixelles, et les quartiers du Heymbosch et Woeste à Jette) sont dans les zones plus défavorisées.

Sur base de l'estimation présentée au niveau des communes, on peut considérer que les quartiers ayant un score supérieur à 4 sont les zones qui devraient obtenir des ressources additionnelles en équipes mobiles selon un différentiel de 30%. Les quartiers dont le score est supérieur à 4 représentent 43,7% de la population adulte, soit environ 335 000 habitants, ce qui correspondrait à peu près à la moitié des besoins en équipe mobiles à répartir. Ci-dessous, le tableau 7 présente la liste des 118 quartiers habités par commune, leur score, et le nombre d'habitants adultes (18-64 ans). La carte vierge des quartiers est reproduite en annexe.

Tableau 7 : Quartiers de la région de Bruxelles-Capitale, population adulte (2016) et score sur les indicateurs socio-économiques sélectionnés, Monitoring des quartiers en région bruxelloise, IBSA^(1,4)

N° quartier	Nom	Commune ⁽²⁾	Population adulte (18-64 ans) ⁽³⁾	Score indicateurs sociaux
Communes à statut socio-économique faible				
55	Neerpede	Anderlecht	656	0
53	Bizet - Roue- Ceria	Anderlecht	9 095	1
60	Buffon	Anderlecht	3 370	1
57	Scherdemaël	Anderlecht	5 905	3
11	Cureghem Bara	Anderlecht	7 975	5
52	Veeweyde - Aurore	Anderlecht	9 816	5
54	Vogelenzang - Erasme	Anderlecht	944	5
56	Bon Air	Anderlecht	1 022	5
59	Scheut	Anderlecht	8 000	5
13	Cureghem Rosée	Anderlecht	3 899	6
58	Anderlecht - Centre - Wayez	Anderlecht	9 234	6
12	Cureghem Vétérinaire	Anderlecht	6 229	7
61	Moortebeek - Peterbos	Anderlecht	5 210	7
76	Mutsaard	Bruxelles (Laeken)	8 021	1
19	Vieux Laeken Ouest	Bruxelles (Laeken)	5 221	5
74	Heysel	Bruxelles (Laeken)	8 445	5
20	Vieux Laeken Est	Bruxelles (Laeken)	11 595	6
21	Quartier Nord	Bruxelles (Laeken)	10 000	6
75	Houba	Bruxelles (Laeken)	11 124	6
77	Heembeek	Bruxelles (NOH-Haren)	8 432	1
78	Haren	Bruxelles (NOH-Haren)	3 386	1

6	Quartier Royal	Bruxelles (Pentagone)	275	1
1	Grand Place	Bruxelles (Pentagone)	2 768	2
7	Sablon	Bruxelles (Pentagone)	2 045	2
4	Martyrs	Bruxelles (Pentagone)	1 820	3
5	Notre-Dame-aux-Neiges	Bruxelles (Pentagone)	1 776	3
10	Anneessens	Bruxelles (Pentagone)	6 945	5
2	Dansaert	Bruxelles (Pentagone)	6 450	6
3	Béguinage - Dixmude	Bruxelles (Pentagone)	4 761	6
8	Marolles	Bruxelles (Pentagone)	8 134	7
9	Stalingrad	Bruxelles (Pentagone)	2 524	7
29	Squares	Bruxelles (Q. Européen)	9 901	3
35	Quartier Européen	Bruxelles (Q. Européen)	2 081	3
64	Hôpital Français	Molenbeek	7 598	2
65	Korenbeek	Molenbeek	5 138	2
62	Machtens	Molenbeek	12 941	3
14	Duchesse	Molenbeek	3 352	6
15	Gare de l'ouest	Molenbeek	6 025	6
16	Molenbeek Historique	Molenbeek	11 232	6
18	Quartier Maritime	Molenbeek	11 383	6
63	Karreveld	Molenbeek	8 261	6
41	Berckmans - Hôtel des Monnaies	Saint-Gilles	6 898	2
47	Haut Saint-Gilles	Saint-Gilles	11 077	5
48	Porte de Hal	Saint-Gilles	9 698	7
49	Bosnie	Saint-Gilles	5 080	7
25	Saint-Josse Centre	Saint-Josse	12 886	5
27	Josaphat	Schaerbeek	4 850	0
85	Gare Josaphat	Schaerbeek	2 900	1
28	Plasky	Schaerbeek	7 018	2
30	Porte Tervueren	Schaerbeek	7 248	2
82	Terdelt	Schaerbeek	5 656	2
87	Reyers	Schaerbeek	1 770	4
24	Chaussée de Haecht	Schaerbeek	12 567	5
26	Dailly	Schaerbeek	12 313	5
81	Gare de Schaerbeek	Schaerbeek	5 202	5
22	Quartier Brabant	Schaerbeek	12 805	6
23	Colignon	Schaerbeek	11 432	6
80	Helmet	Schaerbeek	7 937	6
Communes à statut socio-économique intermédiaire				
66	Potaarde	Berchem-Ste-Agathe	2 014	0
67	Berchem Sainte-Agathe Centre	Berchem-Ste-Agathe	8 815	3
31	Saint-Michel	Etterbeek	4 676	1
32	Saint-Pierre	Etterbeek	9 879	2
34	Jourdan	Etterbeek	6 587	5
33	Chasse	Etterbeek	12 483	6
79	Paix	Evere	7 539	4
83	Conscience	Evere	4 962	4
84	Avenue Léopold III	Evere	4 858	4
86	Paduwa	Evere	6 358	4
45	Molière - Longchamp	Forest	6 669	2
46	Altitude 100	Forest	5 114	2
117	Vossegat - Roosendaal	Forest	4 351	2

51	Van Volxem - Van Haelen	Forest	8 308	3
118	Saint-Denis - Neerstalle	Forest	5 328	5
50	Bas Forest	Forest	9 168	6
69	Ganshoren Centre	Ganshoren	7 060	1
68	Villas de Ganshoren	Ganshoren	3 809	3
39	Etangs d'Ixelles	Ixelles	6 056	1
107	Université	Ixelles	8 820	1
38	Hôpital Etterbeek-Ixelles	Ixelles	7 399	2
40	Louise - Longue Haie	Ixelles	4 619	2
42	Châtelain	Ixelles	7 209	2
43	Brugmann - Lepoutre	Ixelles	11 617	2
106	Boondaël	Ixelles	6 666	2
36	Matonge	Ixelles	7 101	4
37	Flagey - Malibran	Ixelles	10 664	6
73	Heymbosch - AZ-Jette	Jette	5 780	0
72	Jette Centre	Jette	7 813	1
71	Woeste	Jette	11 805	5
70	Basilique	Koekelberg	8 411	3
17	Koekelberg	Koekelberg	5 157	6
Communes à statut socio-économique élevé				
98	Auderghem centre	Auderghem	3 126	0
99	Chant d'Oiseau	Auderghem	6 013	0
100	Chaussée de Wavre - Saint-Julien	Auderghem	11 112	0
102	Transvaal	Auderghem	3 948	1
108	Montjoie - Langeveld	Uccle	3 283	0
109	Observatoire	Uccle	3 472	0
110	Fort Jaco	Uccle	1 805	0
111	Vivier d'Oie	Uccle	1 885	0
113	Saint-Job Kauwberg	Uccle	3 457	0
114	Dieweg	Uccle	3 871	0
44	Churchill	Uccle	7 930	1
116	Globe	Uccle	9 804	1
112	Kriekenput - Homborch - Verrewinkel	Uccle	2 666	2
115	Kalevoet - Moensberg	Uccle	6 723	2
103	Boitsfort Centre	Watermael-Boisfort	3 723	0
104	Watermael Centre	Watermael-Boisfort	6 019	1
101	Trois Tilleuls	Watermael-Boisfort	3 878	2
105	Dries	Watermael-Boisfort	3 506	2
88	Georges Henri	Woluwé-St-Lambert	10 078	1
89	Gribaumont	Woluwé-St-Lambert	7 257	1
90	Roodebeek - Constellations	Woluwé-St-Lambert	8 271	1
91	Val d'Or	Woluwé-St-Lambert	6 132	1
93	Boulevard de la Woluwe	Woluwé-St-Lambert	3 935	1
92	Kapelleveld	Woluwé-St-Lambert	3 551	2
94	Stockel	Woluwé-St-Pierre	5 112	0
95	Sainte-Alix - Joli Bois	Woluwé-St-Pierre	2 608	0
96	Saint-Paul	Woluwé-St-Pierre	4 476	0
97	Putdaël	Woluwé-St-Pierre	866	0

(1) Les quartiers sont classés par commune et selon leur score, les communes sont classées selon leur catégorie socio-économique

- (2) Les quartiers peuvent être délimités sur plusieurs communes. La commune reprise est la commune principale
- (3) Les chiffres de population adulte disponibles sont ceux de 2016.
- (4) Les quartiers en gras sont ceux dont le score est supérieur à 4.

VI. Eléments de discussion et propositions pour un monitoring plus précis des besoins

On l'a répété plusieurs fois dans ce rapport : les limites de l'estimation proposée sont nombreuses de par l'absence de modèles de fonctionnement pour les équipes mobiles de crise et assertives qui fonctionnent en région bruxelloise, l'absence de normes généralisées en termes de public-cible et de personnel et l'absence de données disponibles centralisées sur l'état de la santé mentale de la population et de ses besoins en soins. L'estimation proposée se fonde sur un grand nombre d'assomptions, notamment :

- La prise en considération d'un modèle de fonctionnement des équipes F2a et F2b sur la base de la littérature décrivant les équipes de type CRT et ACT dans d'autres pays, en ce compris la relation organisationnelle qui lie ces équipes à un réseau formalisé de soins, en particulier des équipes de soins psychiatriques ambulatoires ;
- La prise en considération de normes établies dans d'autres contextes de soins ;
- Une application à la région bruxelloise de données épidémiologiques issues d'autres contextes urbains pouvant être considérés comme similaires ;
- La prise en compte de corrélations entre l'état de santé mentale et les besoins de soins en santé mentale de la population et des données à caractère socio-économique

Toutes ces assomptions rendent l'estimation approximative. Elle a toutefois l'avantage d'être basée sur données visant à estimer des besoins sur l'ensemble de la population, et non d'être basée sur des proxys tels que les utilisateurs de services actuels, ou sur des considérations de résidence, qui auraient pour effet de négliger des populations cachées telles que les personnes en besoins de soins mais n'utilisant pas les services actuels, ou des illégaux, sans papiers ou sans domicile. En effet, concernant ces derniers, bien qu'ils ne soient pas comptabilisés dans la population officielle des communes et des quartiers, ils sont pris en compte dans la population

effective servie par les équipes mobiles là où les études menées ont permis de quantifier leur population-cible. Par exemple, dans les études menées à Londres sur les équipes CRT et ACT, les éventuelles populations sans-papiers ou sans résidence sont quand même comptabilisées dans les contacts et le caseload. Il est bien entendu possible que la part des populations cachées soit très différente à Londres et à Bruxelles, et dans ce cas l'estimation proposée est d'autant plus imprécise. Toutefois, on peut raisonnablement supposer qu'il y a des similarités entre ces phénomènes dans les grandes villes européennes et que la marge d'incertitude est limitée. En effet, il est hautement probable que les populations de sans-papiers ou de sans-abri se trouvent dans les quartiers plus défavorisés socialement et se comporte de manière comparable dans les villes où elles se trouvent. En tout état de cause, ce type de population est susceptible de renforcer encore la différence mesurée entre les communes et quartiers défavorisés et les communes ou quartiers plus aisés, en augmentant encore un peu les besoins dans les premiers.

En tout état de cause également, on rappelle que les équipes mobiles, de type 2a et de type 2b, ne sont pas viables si elles ne sont pas d'abord soutenues par une offre de soins psychiatriques ambulatoires accessibles à l'ensemble de la population et qui constituent les soins psychiatriques standard. **On recommande donc au comité de réseau et aux autorités compétentes, notamment aux autorités communautaires de la région qui sont compétentes pour les soins ambulatoires, de réfléchir et de renforcer ces soins psychiatriques ambulatoires en parallèle à l'organisation de la couverture en équipes mobiles.** On recommande également de rendre le plus explicite possible les modèles et procédures de fonctionnement des équipes mobiles de sorte à faciliter la collaboration de ces équipes avec les autres parties de l'offre de soins, ainsi que leur bonne collaboration en vue de couvrir la région de manière optimale.

L'estimation qui a été réalisée dans cette étude doit certainement être améliorée en vue d'une optimisation des besoins et des moyens pour une planification de l'offre de soins à plus long terme. Pour cela, des données sont nécessaires et actuellement non-disponibles. A cette fin, **on recommande aussi le développement d'un système d'information et d'échange de données qui soit largement partagé par tous les acteurs concernés sur l'ensemble du territoire concerné.** En l'absence d'un tel système, les estimations seront toujours approximatives et la

collaboration entre services, notamment entre les équipes mobiles et les autres prestataires de soins et d'accompagnement, sera toujours imparfaite. Un tel système est une nécessité si, à l'avenir, les autorités compétentes et les gestionnaires de services veulent continuer à allouer les moyens disponibles selon l'évolution des besoins sur le territoire de la capitale.

Si un tel système d'information était envisagé, il serait pertinent d'y introduire un outil permettant de mesurer les besoins en soins. Un exemple d'outil pertinent est le Camberwell Assessment of Needs-Short Appraisal Scale (CANSAS) (54, 55), qui pourrait être récolté lors de chaque nouveau contact d'un patient potentiel avec l'un des services du réseau. Le CANSAS est un questionnaire simple qui couvre les besoins des répondants sur 22 domaines (voir tableau 8). Pour chacun de ces domaines, on attribue un score de 0 si le répondant n'a pas de besoin, 1 si le besoin existe mais qu'il est couvert par un prestataire de soins ou d'accompagnement, et 2 si c'est un besoin non-couvert. La population-cible des équipes mobiles, en particulier des équipes assertives, est une population SMI qui cumule de nombreux besoins non-couverts. Cet outil est validé scientifiquement et utilisé dans de nombreux endroits afin de monitorer les besoins en soins et accompagnement social. On notera que son amplitude dépasse une compréhension stricte de la santé mentale et s'applique à toute population en difficulté psycho-sociale.

Tableau 8 : Les 22 domaines de besoins du CANSAS (54)

1. Logement	12. Alcool
2. Alimentation	13. Drogues
3. Besoins domestiques	14. Relations sociales
4. Soins personnels	15. Relations intimes
5. Activités journalières	16. Expression sexuelle
6. Santé physique	17. Enfants

7. Symptômes psychotiques	18. Education
8. Information	19. Téléphone/moyens de communication
9. Détresse psychologique	20. Transports
10. Sécurité/Sûreté (pour soi)	21. Finances
11. Sécurité/Sûreté (pour les autres)	22. Allocations

En l'absence de données systématiques sur les besoins non-couverts, il est possible d'avoir une estimation relativement fiable de la population SMI en calculant un ratio entre le nombre d'hospitalisations psychiatriques et le nombre de passages aux urgences psychiatriques d'un même établissement (56). Pour opérationnaliser cela, il faudrait que les établissements hospitaliers de la Région examinent leurs bases de données internes, car il faut que les identifiants des patients puissent être comparés. Il reste que cette solution permet plus difficilement d'établir la répartition des besoins selon les communes et les quartiers, sauf à disposer également d'une information de localisation du lieu d'origine des patients, comme le code postal par exemple.

Pour l'instant, des marges de manœuvre peuvent être prises en considération pour l'organisation des équipes mobiles et leur répartition territoriale en région bruxelloise. D'une part, on rappelle encore que les estimations en nombres d'équipes et en nombre d'ETP sont basées sur un modèle d'équipe mobile spécifique. Une manière différente de considérer leur rôle des équipes, leur public-cible, les tâches qui leur sont dévolues et les caractéristiques de leur collaboration au sein du réseau, en particulier avec l'offre de soins psychiatriques ambulatoire, est susceptible de modifier ces estimations. Assez logiquement, toute forme d'approche dans laquelle les équipes mobiles sont amenées à accompagner les patients plus longtemps (équipes F2a) ou de manière plus autonome (équipes F2b) amènerait des besoins supplémentaires. En revanche, il est envisageable de renforcer la collaboration des équipes, surtout F2b, avec le dense tissu de services à la personne présent en région bruxelloise pour

diminuer la charge de travail de ces équipes et, partant, le volume des besoins. A titre d'exemple, une partie importante du travail des équipes ACT consiste à maintenir le contact proactivement avec les patients et à soutenir l'entourage de celui-ci. Cela se réalise le plus souvent par des visites de courtoisie, des appels téléphoniques, etc. Si une partie de ces tâches est prise en charge par des acteurs de quartier mobilisés à cet effet ou des services sociaux de proximité collaborant formellement avec l'équipe mobile, il est possible de diminuer la charge de travail de celle-ci.

D'autre part, la territorialisation de la couverture en équipes mobiles est un paramètre essentiel pour les équipes de type F2b. En effet, le type de suivi à organiser implique un caseload limité et un suivi illimité, mais aussi une connaissance fine du réseau de support social du patient, qui souvent s'inscrit dans un territoire de proximité, mais aussi une connaissance approfondie des ressources locales. En revanche, la territorialisation pour les équipes de type 2a revêt un autre sens : la garantie d'une équipe disponible et accessible rapidement et la possibilité de prendre contact rapidement avec un réseau de support du patient qui est déjà existant. Dans ce contexte, il est envisageable de considérer une plus grande centralisation de l'organisation des équipes, ce qui pourrait diminuer un peu le besoin en personnel, en particulier si la collaboration avec les services d'urgence et le personnel mobile des hôpitaux est correctement organisée.

Enfin, on rappellera le modèle néerlandais des F-ACT (14) qui, s'il est bien organisé en lien avec les soins psychiatriques ambulatoires standards, diminue le caseload des équipes. Cette dernière option semble toutefois compliquée en région bruxelloise de par la fragmentation des compétences politiques qui fait dépendre les soins de santé mentale ambulatoires existants et les équipes mobiles de niveaux de pouvoir et de cadres administratifs et organisationnels différents. En outre, le modèle F-ACT n'a pas été développé principalement pour les zones urbaines (13,14).

Références

1. Stein L.I., Test M.A. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*. 1980;37(4):392-7.
2. Hoult J. Community Care of the Acutely Mentally Ill. *The British Journal of Psychiatry*. 1986;149(2):137-44.
3. Lester H., Glasby J. *Mental health policy and practice*. 2nd ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2010.
4. SPF Santé Publique. *Les équipes mobiles - Manuel des pratiques innovantes*. Bruxelles; 2016 [Cf. <http://www.innopsy107.be>].
5. Kovess-Masfety V., Boyd A. Modelling needs for mental healthcare from epidemiological surveys with validation using sociodemographic census data. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2015;11:186-94.
6. McGlynn P. *Crisis Resolution and Home Treatment, a practical guide*. London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2006.
7. Ruggeri M., Leese M., Thornicroft G., Bisoffi G., Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177(2):149-55.
8. Nicaise P., Dubois V., Lorant V. Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*. 2014;115(2):120-7.
9. Thunus S., Schoenaers F. How does policy learning occur? The case of Belgian mental health care reforms. *Policy and Society*. 2017;36(2):270-87.
10. SPF Santé Publique. *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*. Bruxelles: Conférence Interministérielle "Santé Publique"; 2010 [Cf. <http://www.psy107.be>].
11. Mueser K.T., Bond G.R., Drake R.E., Resnick S.G. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*. 1998;24(1):37-74.
12. Goodwin N., Lawton-Smith S. Integrating care for people with mental illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management. *International Journal of Integrated Care*. 2010;10(1).
13. Firn M., Hindhaugh K., Hubbeling D., Davies G., Jones B., White S.J. A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2013;48(6):997-1003.
14. Van Veldhuizen J., Bahler M. *Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT): Vision, model, practice, and organization*. Groningen: 2015.
15. Cuddeback G.S, Morrissey J.P. Program planning and staff competencies for forensic assertive community treatment: ACT-eligible versus FACT-eligible consumers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2011;17(1):90-7.

16. Nugter M.A, Engelsbel F., Bähler M., Keet R., van Veldhuizen R. Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Mental Health Journal*. 2016;52(8):898-907.
17. Nakhost A., Law S.F., Francombe Pridham K.M., Stergiopoulos V.. Addressing Complexity and Improving Access in Community Mental Health Services: An Inner-City Adaptation of Flexible ACT. *Psychiatric Services*. 2017;68(9):867-9.
18. Lloyd-Evans B., Paterson B., Onyett S., Brown E., Istead H., Gray R., et al. National implementation of a mental health service model: A survey of Crisis Resolution Teams in England. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2018;27(1):214-26.
19. Flannery F., Adams D., O'Connor N. A community mental health service delivery model: Integrating the evidence base within existing clinical models. *Australasian Psychiatry*. 2011;19(1):49-55.
20. Wheeler C., Lloyd-Evans B., Churchard A., Fitzgerald C., Fullarton K., Mosse L. et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):74.
21. Hasselberg N., Gråwe R.W., Johnson S., Ruud T. An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role? *BMC Health Services Research*. 2011;11(1):96.
22. Teague G.B., Bond G.R., Drake R.E. Program fidelity in Assertive Community Treatment: Development and Use of a Measure. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1998;68(2):216-32.
23. McHugo G.J., Drake R.E., Teague G.B., Xie H. Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services*. 1999;50(6):818-24.
24. Cuddeback G.S., Morrissey J.P., Domino M.E., Monroe-DeVita M., Teague G.B., Moser L.L. Fidelity to recovery-oriented ACT practices and consumer outcomes. *Psychiatric Services*. 2013;64(4):318-23.
25. Monroe-DeVita M., Morse G., Bond G.R. Program fidelity and beyond: Multiple strategies and criteria for ensuring quality of assertive community treatment. *Psychiatric Services*. 2012;63(8):743-50.
26. Rollins A.L, McGrew J.H, Kukla M., McGuire A.B., Flanagan M.E., Hunt M.G., et al. Comparison of Assertive Community Treatment Fidelity Assessment Methods: Reliability and Validity. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2015;43(2):157-67.
27. Harvey C., Killaspy H., Martino S., Johnson S. Implementation of Assertive Community Treatment in Australia: Model Fidelity, Patient Characteristics and Staff Experiences. *Community Mental Health Journal*. 2012;48(5):652-61.
28. McHugo G.J., Drake R.E., Whitley R., Bond G.R., Campbell K., Rapp C.A., et al. Fidelity outcomes in the national implementing evidence-based practices project. *Psychiatric Services*. 2007;58(10):1279-84.
29. Wright C., Burns T., James P., Billings J., Johnson S., Muijen M., et al. Assertive outreach teams in London: Models of operation: Pan-London Assertive Outreach Study, Part 1. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;183(2):132-8.
30. Harvey C., Killaspy H., Martino S., White S., Priebe S., Wright C, et al. A comparison of the implementation of Assertive Community Treatment in Melbourne, Australia and London, England. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2011;20(2):151-61.

31. Huguelet P., Koellner V., Boulguy S., Nagalingum K., Amani S., Borrás L., et al. Effects of an assertive community program in patients with severe mental disorders and impact on their families. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2012;66(4):328-36.
32. van Vugt M.D., Kroon H., Delespaul P.A.E.G., Dreef F.G., Nugter A., Roosenschoon B.J., et al. Assertive Community Treatment in the Netherlands: Outcome and Model Fidelity. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2011;56(3):154-60.
33. Sytema S., Wunderink L., Bloemers W., Roorda L., Wiersma D. Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;116(2):105-12.
34. Hasselberg N., Grawe R., Johnson S., Saltyte-Benth J., Ruud T. Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry*. 2013;13(1):117.
35. Irving C.B., Adams C.E., Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009(4). DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub3.
36. Ishikawa Y. A Japanese Perspective on Crisis-Intervention. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1995;49:S55-S60.
37. Jacobs R., Barrenho E. Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. *The British Journal of Psychiatry*. 2011;199(1):71-6.
38. Malone D., Marriott S., Newton-Howes G., Simmonds S., Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007(3). DOI: 10.1002/14651858.CD000270.pub2.
39. McCrone P., Johnson S., Nolan F., Pilling S., Sandor A., Hoult J, et al. Economic evaluation of a crisis resolution service: A randomised controlled trial. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2009;18(1):54-8.
40. Murphy S., Irving C.B., Adams C.E., Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(5). DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub4.
41. Cuddeback G.S., Morrissey J.P., Meyer P.S. How many assertive community treatment teams do we need? *Psychiatric Services*. 2006;57(12):1803-6.
42. Scheid T.L., Brown T.N. *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
43. OECD. *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. Paris; 2014.
44. Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale. *Baromètre social 2018*. Bruxelles: Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale; 2018.
45. Avalosse H., Maron L., Lona M., Guillaume J., Allaoui E.M., Di Zinno T. *Inégalités sociales en santé*. Bruxelles: Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste; 2019.
46. Gisle L. Santé mentale. In Van der Heyden, J., Charafeddine, R. (eds) *Rapport 1 : Santé et Bien-être, Enquête de Santé par Interview chez les Belges*. Bruxelles: WIV-ISP; 2014.
47. Goldberg D.P., Gater R., Sartorius N., Ustun T.B., Piccinelli M., Gureje O., et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*. 1997;27(1):191-7.
48. Dunn E., Masyn K., Yudron M., Jones S., Subramanian S.V. Translating multilevel theory into multilevel research: challenges and opportunities for understanding the social determinants of psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 2014;49(6):859-72.

49. Shim R.S., Compton M.T. Addressing the Social Determinants of Mental Health: If Not Now, When? If Not Us, Who? *Psychiatric Services*. 2018;69(8):844-6.
50. Smyth N., Siriwardhana C., Hotopf M., Hatch S. Social networks, social support and psychiatric symptoms: social determinants and associations within a multicultural community population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015;50(7):1111-20.
51. Carlson J.A., Sarkin A.J., Levack A.E., Sklar M., Tally S.R., Gilmer T.P., et al. Evaluating a measure of social health derived from two mental health recovery measures: The California quality of life (CA-QOL) and mental health statistics improvement program consumer survey (MHSIP). *Community Mental Health Journal*. 2011;47(4):454-62.
52. Priebe S. Social outcomes in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 2007;191(SUPPL. 50):s15-s20.
53. Priebe S., Watzke S., Hansson L., Burns T. Objective social outcomes index (SIX): A method to summarise objective indicators of social outcomes in mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008;118(1):57-63.
54. Phelan M., Slade M., Thornicroft G., Dunn G., Holloway F., Wykes T., et al. The Camberwell Assessment of Need: The Validity and Reliability of an Instrument to Assess the Needs of People with Severe Mental Illness. *The British Journal of Psychiatry*. 1995;167(5):589-95.
55. Slade M., Beck A., Bindman J., Thornicroft G., Wright S. Routine clinical outcome measures for patients with severe mental illness: CANSAS and HoNOS. *The British Journal of Psychiatry*. 1999;174(5):404-8.
56. Bruffaerts R., Bonnewyn A., Demyttenaere K. *Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische bevolking*. Leuven: ACCO; 2011.