

JUIN 2021

SANTÉ MENTALE

DANS LA PREMIÈRE LIGNE

EXEMPLES INTERNATIONAUX



Avant-propos	01	Pays-Bas	50
Introduction	02	Soutien par le personnel : aidant de pratique en soins de santé mentale (POH-GGZ)	52
La méthode utilisée	03	Programme de déstigmatisation dans le quartier de Gestel (Eindhoven)	52
01 La première ligne & les soins de santé mentale	04	Collaboration avec l'accent sur les aspects sociaux : «Welzijn op recept» (c-à-d Bien-être sur ordonnance) (réseau national de connaissances)	53
La collaboration et l'intégration, c'est bien beau, mais cela marche-t-il ?	10	Groupe-cible des mères : Projet Prévention de la dépression du post-partum 2019-2020	55
Différentes stratégies	13	Accès rapide et sans tabou à un soutien : maisons ouvertes @ease, pour les jeunes	56
Coordination des soins et collaboration	20	Italie	58
Collaborative care	20	Fonction de consultation-liaison (Emilia Romagna)	60
Colocalisation des différentes expertises (attached professionals)	22	Conscientisation : Radio Fragola (San Giovanni)	61
Reverse colocation	23	Allemagne	61
Soutien, formation et formation continue	25	Soutien de la première ligne : Alliance de Nuremberg contre la dépression	64
Quelques enseignements tirés de la littérature	26	Groupes cibles spécifiques : centre ouvert pour réfugiés avec une fragilité mentale (Heidelberg)	64
02 Exemples	30	Soutien et collaboration transsectorielle : Versorgungsnetz der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB)	65
Royaume-Uni	32	Soutien digital pour médecins généralistes : PREMA – case management soutenu par l'e-santé dans les soins de santé de première ligne (région de Hessen)	65
Colocalisation et intégration : fonctionnement de quartier intégré et soins de santé mentale (Lambeth (Sud de Londres))	34	Collaboration interdisciplinaire : Netzwerk psychische Gesundheit (NWpG) (Réseau de santé mentale)	66
Collaborative care : colocalisation et intégration Sandwell PCT	35	Espagne	68
Online mental health community: Big White Wall devenu Together All	37	Collaborative care pour la dépression dans la première ligne (INDI project)	70
Irlande	38	Intervention complexe : Pays Basque	71
Liaison-soutien: East Cavan Primary Care Liaison	41	Modèle de formation et de soutien basé sur l'interaction en liaison: El Departamento de Salud La Ribera Valencia	71
Counseling dans les soins de première ligne et Stepped Care Approach (CIPC) (Roscommon)	42	Norvège	72
France	44	Accès à l'aide psychologique de première ligne : Prompt Mental Health Care (PMHC), la version norvégienne de l'Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)	75
Accroître les connaissances et apprendre les uns des autres	46	S'inspirer pour changer	76
Consultation-liaison et Colocalisation : Centres de Santé	46	Sources	82
Détection précoce et case management intersectorialité et approche intégrée	47		
Association axée sur les groupes d'entraide et les experts du vécu : La Trame	47		
Groupes vulnérables sur le plan socio-économique : PASS Psy (Permanence d'Accès aux Soins de Santé en Psychiatrie) en Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)	48		

Avant-propos

Le Fonds Julie Renson, le Fonds Reine Fabiola et la Fondation Roi Baudouin travaillent ensemble au sein d'un partenariat qui s'est donné quatre balises principales :

- reconnaître la vulnérabilité psychique et œuvrer à sa visibilité, en veillant aux représentations sociales activées par les usagers, le secteur et la société dans son ensemble ;
- encourager une approche favorisant l'autonomie et la participation aux soins des usagers et de leur entourage (expertise du vécu, pair-aidance) ;
- promouvoir l'approche de rétablissement dans tous les niveaux et toutes les structures de soin ;
- porter une attention particulière aux groupes socio-économiquement vulnérables et d'origine étrangère.

Dans le cadre de ses initiatives développées pour la période 2020-2024, les Fonds santé mentale et la Fondation se sont donnés pour objectif de participer au renforcement des compétences de la première ligne pour lui permettre d'offrir les meilleurs aides et soins possible aux personnes avec des troubles psychiques.

Ce renforcement de compétences peut passer à la fois par une amélioration des connaissances en santé mentale des acteurs de la première ligne et à la fois par une stimulation des collaborations avec les acteurs de la santé mentale.

Dans sa phase exploratoire, les partenaires ont notamment mandaté le sociologue Mark Leys (VUB) afin qu'il puisse réaliser un inventaire des bonnes pratiques existantes en la matière, au niveau international. C'est le résultat de ce recueil de bonnes pratiques que vous tenez dans les mains.

Comme vous le découvrirez, ces pratiques visent à renforcer les compétences en santé mentale des professionnels de l'aide et des soins de santé de première ligne pour leur permettre de mieux gérer la vulnérabilité psychique et d'offrir des soins de meilleure qualité et mieux intégrés aux personnes psychologiquement vulnérables, à domicile et dans le quartier, grâce à une collaboration entre divers acteurs.

À côté de ces pratiques, le travail de recherche tente aussi de dégager des lignes directrices pour la mise en place d'initiatives permettant de rencontrer l'objectif d'amélioration de la prise en charge par le première ligne de personnes avec des troubles psychiques.

Après sa phase exploratoire, qui comportait également une récolte et une analyse des pratiques déjà développées en Belgique, le Fonds Julie Renson, le Fonds Reine Fabiola et la Fondation Roi Baudouin s'associeront au Fonds Dr Daniël De Coninck afin de soutenir l'implémentation concrète de pratiques collaboratives et d'intégration entre les secteurs de la santé mentale et la première ligne via des approches structurées, sur le territoire belge.

Introduction

La santé mentale est plus que jamais à l'ordre du jour. À juste titre. Les problèmes de santé mentale sont de plus en plus nombreux et ils sont plus facilement mis en discussion qu'auparavant. Il existe de nombreuses indications et données au niveau international qui montrent que les prestataires de première ligne sont également confrontés aux questions et problèmes de santé mentale des citoyens et des patients. La première ligne est, comme sa dénomination l'indique, le premier point de contact pour trouver une solution lorsqu'une personne a des questions relatives à la santé. En ce sens, il convient d'examiner comment il est possible de mieux soutenir cette première ligne pour lui permettre de détecter les troubles psychiques à temps et de l'impliquer aussi dans le traitement, l'accompagnement et le soutien des personnes concernées. En effet, il n'est pas pertinent d'aborder les problèmes mentaux uniquement à partir de la niche des soins de santé mentale, notamment parce que les citoyens ne choisissent pas *directement* le chemin du secteur des soins de santé mentale.

L'objectif de cette cartographie est de s'inspirer d'exemples internationaux pour améliorer la manière dont la première ligne peut collaborer avec les soins de santé mentale et les autres secteurs pour traiter les problèmes de santé mentale.

Ce rapport donne un aperçu d'un certain nombre de bonnes pratiques ou de pratiques prometteuses qui contribuent à la prise en charge de la santé mentale dans la première ligne. Nous nous attarderons également sur la question de savoir si et comment les pratiques créent une (re)distribution des tâches entre la première ligne et les soins de santé mentale.

Cette recherche passe en revue un certain nombre d'exemples internationaux provenant de pays d'Europe occidentale. Cela ne signifie pas que l'on ne puisse pas s'inspirer, par exemple, des États-Unis, du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande ou d'autres pays où l'État-providence est moins développé. Mais, nous nous sommes concentrés, aussi pour des raisons de faisabilité, sur des cas qui sont intégrés dans des systèmes de soins de santé plus comparables au système belge. La revue de la littérature qui se concentre sur les questions de collaboration entre la première ligne et les soins de santé mentale comprend, elle, des informations provenant de tous les pays. Ce rapport vise à fournir de « l'inspiration », plutôt qu'une image représentative de pratiques intéressantes. Il existe certainement encore de nombreuses initiatives qui ne sont pas couvertes et qui ont une valeur d'innovation importante.

L'objectif de cette cartographie est de s'inspirer d'exemples internationaux pour améliorer la manière dont la première ligne peut collaborer avec les soins de santé mentale et les autres secteurs pour traiter les problèmes de santé mentale.

La méthode utilisée

Pour la recherche et la sélection des bonnes pratiques, nous avons pris en compte les critères mis en avant par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour intégrer les soins de santé mentale dans la première ligne.

Nous nous attardons sur des initiatives qui visent à renforcer à la fois les prestataires de soins et les citoyens, mais aussi la famille et l'entourage. Nous examinons des initiatives qui contribuent à la déstigmatisation, à la continuité des soins, à l'engagement en faveur d'une approche intégrée ou à l'accessibilité et à la disponibilité pour divers groupes sociaux.

Dans la mesure du possible, nous avons recherché des pratiques « durables », et non des initiatives innovantes temporaires basées sur des projets. En ce qui concerne ce dernier point, il convient d'ajouter que toutes les initiatives intéressantes ne sont certainement pas déjà structurellement ancrées dans le système de soins de santé. En ce sens, nous avons interprété ce dernier critère de manière plus souple.

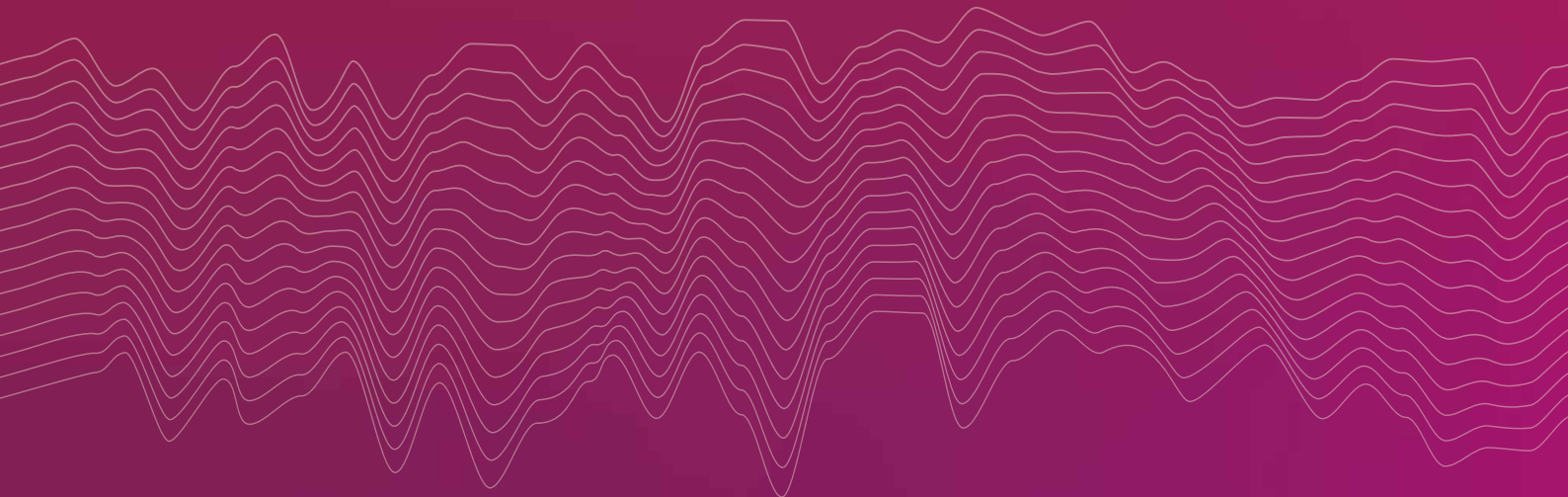
L'objectif principal de ce rapport est de donner de l'inspiration pour d'éventuelles initiatives et méthodes de travail belges.

D'une part, le choix qui a mené à la sélection des bonnes pratiques est basé sur une revue de la littérature scientifique. Nous avons pu nous appuyer sur une première revue réalisée par le *Knowledge Centre for the Health Services* en 2007¹. La recherche d'autres documents s'est inspirée du protocole PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) pour *scoping reviews*² et les directives d'Arksey and O'Malley (2005)³ and Levac and colleagues⁴. À nouveau, nous ne prétendons pas que cette recherche est une véritable étude de champ. Compte tenu des objectifs de ce dossier, nous n'avons pas conservé d'algorithmes et de critères d'inclusion et d'exclusion explicites. La recherche de bonnes pratiques a été essentiellement inductive.

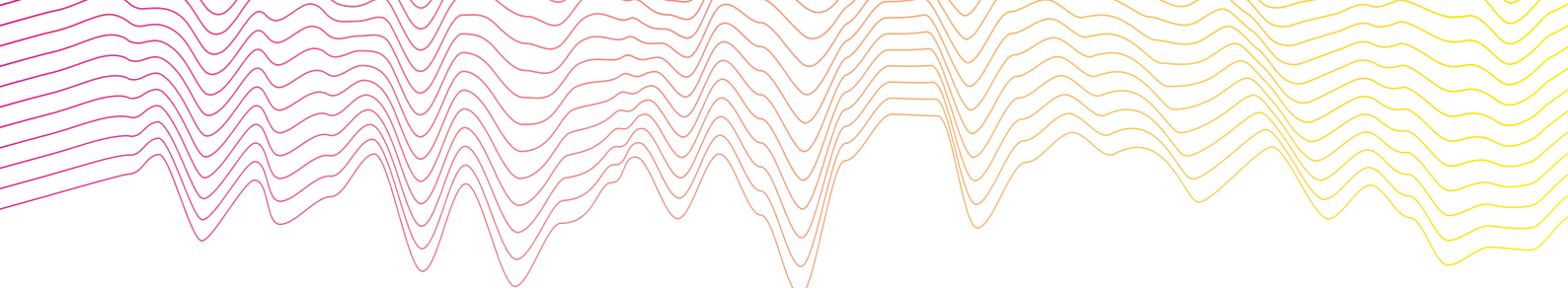
D'autre part, nous nous sommes largement appuyés sur la littérature grise pour la sélection et la description concrète des initiatives. Dans la littérature scientifique, des initiatives intéressantes sont mentionnées mais non décrites en détail.

-
- 1 Hviding K, Bugge P, Ekern P, Brelin P, Hoifodt TS, Nessa J, et al., Collaborative care initiatives for patients with serious mental disorders treated in primary care setting, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2008.
 - 2 <http://www.prisma-statement.org/> et <https://knowledgetranslation.net/portfolios/the-prisma-scr-prisma-extension-for-scoping-reviews/>
 - 3 Arksey H & O'Malley L (2005), Scoping studies : towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology*, 8:1, 19-32, DOI : 10.1080/1364557032000119616.
 - 4 Levac D, Colquhoun H & O'Brien KK, Scoping studies : advancing the methodology, *Implementation Sci* 5, 69 (2010). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>

01



**LA
PREMIÈRE
LIGNE &
LES SOINS
DE SANTÉ
MENTALE**



Les soins résidentiels et les approches paternalistes occupent une place de moins en moins centrale dans l'organisation et l'approche des soins de santé mentale. L'inclusion sociale, la participation sociale et l'autonomisation des personnes avec des troubles psychiques et une vulnérabilité mentale sont des principes centraux. En outre, la santé mentale et le bien-être occupent une place de plus en plus importante parmi les priorités de santé publique. Ces changements sociétaux impliquent que la santé mentale n'est plus isolée dans le secteur de « niche » des soins de santé mentale : il est nécessaire d'intégrer et de faire collaborer différents secteurs et acteurs formels et informels.

À travers le monde, les soins de santé de première ligne constituent le premier niveau de contact des individus, des familles et des communautés avec le système de soins de santé formel. Il s'agit d'une forme « générale » de traitement et de soins dispensés à proximité de la communauté locale et, dans cette optique, elle peut jouer un rôle important dans l'abord des soins de santé mentale et l'intégration des personnes souffrant de fragilité mentale dans la société. Les soins de santé mentale, également disponibles dans le cadre des soins de santé de première ligne, signifient que les personnes ont accès à un traitement et à des soins à proximité de leur domicile, de leur famille, de leur travail, de leurs loisirs, de leurs réseaux sociaux, et qu'elles restent intégrées et actives dans la communauté.

Ce document aborde, en particulier, la question de savoir comment les soins de santé de première ligne peuvent être plus attentifs et soutenus dans la prise en charge de la santé mentale.

Les soins de première ligne sont considérés au niveau international comme le premier niveau de soins professionnels auquel les personnes se présentent avec un large éventail de problèmes de santé. Les établissements de soins de première ligne généraux sont le premier point de contact des citoyens. Ils sont considérés au niveau international comme essentiels pour maintenir le large éventail des soins de santé accessibles aux personnes et aux familles ayant des besoins divers. La première ligne est censée offrir des soins accessibles et proches du lieu de vie des patients, en permanence. Elle est proposée aussi près que possible du lieu de résidence des personnes. La première ligne coordonne les processus de soins des patients en assurant la coordination avec d'autres types de services.

Les soins de première ligne dépassent le rôle des médecins généralistes. Ils comportent aussi les services d'autres travailleurs du secteur de la santé et du bien-être comme par exemple les infirmiers, les sages-femmes, les soignants et les travailleurs sociaux qui assurent un rôle de soin et de soutien dans la collectivité.

Dans une majorité de pays européens, la première ligne est une première étape obligatoire pour pouvoir être orienté vers des formes de soins plus spécialisées. D'autres pays – comme la Belgique – n'ont pas de modèle de référencement officialisé à partir de la première ligne ou d'échelonnement. Là, les personnes peuvent accéder directement à des soins spécialisés.

Dans les pays européens, il existe deux formes prédominantes d'organisation des soins de première ligne : la pratique en solo et la pratique de groupe (multidisciplinaire ou non).

Au cours des dernières décennies, on a assisté à une tendance au développement de pratiques de groupe multidisciplinaires dans lesquelles diverses disciplines sont actives au même endroit, et ce même dans les pays ayant une tradition d'un plus grand pourcentage de pratiques solo. En Belgique, ce modèle est connu sous le nom de maisons médicales dans la partie francophone du pays et *wijkgezondheidscentra* en Flandre. Dans d'autres pays, la dénomination de centres de santé de première ligne est utilisée. Il est scientifiquement prouvé que les pratiques de groupe, comparées aux pratiques mono-disciplinaires en solo, travaillent davantage en collaboration, favorisent une vision différente et plus large des problèmes de santé et conduisent éventuellement à des soins plus intégrés.

Les personnes avec des troubles psychiques s'adressent souvent en premier lieu à la première ligne. Les problèmes mentaux y sont abordés, de manière directe ou non. En la matière, il existe de très grandes différences selon les personnalités. En outre, de plus en plus de personnes présentant des troubles psychiatriques graves ou des problèmes d'addiction sont co-suivies par la première ligne. Celle-ci peut participer à la coordination des soins, aider à formuler des objectifs, discuter de la politique de médication, etc. On connaît maintenant toute une série d'activités dans lesquelles la première ligne peut jouer un rôle.

ACTIVITÉS OÙ LES ACTEURS DE LA PREMIÈRE LIGNE PEUVENT JOUER UN RÔLE CONJOINT AVEC LES ACTEURS DES SOINS DE SANTÉ MENTALE

- Détection précoce et lancement des soins
- Pose des indications, screening et identification de problèmes
- Évaluation
- Suggestion ou initiation d'un traitement
- Réaction à des situations de crise
- Intégration des soins de santé physique (somatique) et mentale
- Usage de médicaments
- Co-suivi du processus de soins et de la prévention de rechute
- Coordination des soins et orientation des personnes dans le système
- Réorientation
- (Case)management de soins
- Fixation d'objectifs et promotion de l'inclusion sociale
- Surveillance et prévalence des rechutes
- Interventions familiales
- Education et autogestion des soins, soutien de l'empowerment
- Education à la santé, éducation du patient
- Soutien familial
- Changements dans le mode de vie
- Déstigmatisation et veille par rapport aux droits de l'homme
- Réduction de la stigmatisation
- Diminution des barrières pour choisir une forme de soins adaptée
- Travail sur la base d'un partenariat avec des structures collectives (intersectorialité)
- Advocacy/plaidoyer pour l'importance des soins de santé mentale

Le plan d'action de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020 recommande l'intégration des soins généraux, de santé mentale et du bien-être et soutient le renforcement de la première ligne: celle-ci doit travailler en étroite collaboration avec les autres acteurs, y compris ceux reliés à l'autogestion, aux soins informels et aux soins spécialisés de santé mentale. L'intégration des soins de santé mentale et de la première ligne facilite théoriquement des soins coordonnés et centrés sur la personne, y compris pour le grand groupe de personnes avec des comorbidités physiques et mentales.

Les principaux avantages de la prestation de soins de santé mentale dans les soins de première ligne sont qu'ils sont accessibles, abordables financièrement et acceptables pour les personnes avec des troubles psychiques et leurs familles; qu'ils réduisent les inégalités sociales et permettent d'assurer la continuité des soins; qu'ils réduisent le risque de stigmatisation; qu'ils favorisent l'inclusion sociale et qu'ils abordent de manière plus appropriée la question des personnes avec des comorbidités physiques et mentales.

La première ligne peut contribuer activement à une approche normalisatrice en écoutant avec empathie l'histoire d'une personne, sans la juger. Cette approche permet de lever le tabou, de déstigmatiser les problèmes mentaux et de renforcer l'image de soi et l'autonomie du patient. Si les patients ont suffisamment de connaissances et de compétences et s'ils sont motivés, on peut les inciter à se prendre en charge ou les orienter vers d'autres acteurs plus spécialisés. Il est toutefois essentiel que le médecin généraliste, par exemple, continue à suivre systématiquement l'état

Source: [Kates N et al \(2018\), Improving collaboration between primary care and mental health services, The World Journal of Biological Psychiatry, DOI: 10.1080/15622975.2018.1471218.](#)

de la personne et prenne la responsabilité de rester impliqué dans la manière dont les plaintes apparaissent ou disparaissent, et dont elles sont suivies.

L'intégration des approches en matière de soins de santé mentale peut contribuer à résoudre les problèmes de capacité dans ce domaine, en plus des éléments susmentionnés. Elle peut contribuer à gérer les pénuries de personnel et quand même continuer à fournir des soins et un soutien aux patients ou aux citoyens ayant des besoins en matière de santé mentale (sous réserve qu'il y ait suffisamment de prestataires de soins de santé de première ligne ayant des aptitudes et des compétences suffisantes pour identifier les besoins et les troubles de santé mentale, fournir des médicaments de base et des interventions psychosociales, aider aux interventions de crise, orienter vers des services de santé mentale spécialisés si nécessaire et prendre la responsabilité de la coordination des soins). De cette manière, la question de l'accessibilité est également abordée.

Cependant, on sait aussi que, dans cette même première ligne, les troubles psychiques restent souvent « sous le radar » en raison d'un manque de sensibilisation et de connaissances sur la façon de les reconnaître ou d'un manque de compétences pour guider les gens. Souvent, les personnes ne parlent pas directement de leur santé mentale, mais évoquent principalement d'autres préoccupations (par exemple, un problème de santé physique, une question sociale, des problèmes relationnels, le chômage ou des problèmes liés au travail, des préoccupations financières ou l'isolement social). En d'autres termes, il est nécessaire de renforcer les compétences, notamment par une collaboration de soutien avec des prestataires de soins plus spécialisés.

D'autres facteurs entrent également en jeu : le cadre législatif et l'assurance maladie ne permettent pas toujours ou n'incitent pas à collaborer. En outre, les soins de santé mentale et les soins de première ligne se sont historiquement développés comme des sous-secteurs distincts, avec d'autres objectifs, perspectives, habitudes et logiques. Une intégration efficace des soins de santé mentale et des soins de première ligne devra donc être à la fois systématique et surtout pragmatique, les rôles, contributions et compétences respectifs étant identifiés et alignés. Ce faisant, une approche qui pense en termes de besoins et d'exigences des citoyens, des patients et des utilisateurs apportera une meilleure contribution qu'une lutte d'intérêts sur les caractéristiques identitaires de chaque secteur.

**LA COLLABORATION
ET L'INTÉGRATION,
C'EST BIEN BEAU,
MAIS CELA
MARCHE-T-IL ?**

Un certain nombre d'obstacles et de conditions facilitantes ont été identifiés dans la littérature scientifique pour que la première ligne puisse travailler de manière intégrée avec les services de santé mentale. Ces obstacles sont liés aux connaissances et aux compétences, aux attitudes et aux points de vue sur la collaboration, mais aussi à des attitudes et des points de vue différents sur les personnes avec des problèmes de santé mentale et à des points de vue différents sur la mesure dans laquelle les acteurs doivent s'engager dans les soins de santé mentale. Bien qu'il soit normativement suggéré que la première ligne doit jouer un rôle, dans la pratique, cela n'est pas toujours pris en compte par les travailleurs de la première ligne. En outre, les professionnels de la santé mentale peuvent parfois douter que les soins de santé « généraux » s'occupent activement des problèmes mentaux. En outre, il y a souvent un manque d'incitants et de leadership pour mettre en pratique la nouvelle façon de travailler et il y a des obstacles dans les systèmes de réglementation et de financement qui empêchent la réalisation et surtout la poursuite durable d'une initiative.

	Freins	Leviers
Utilisateurs de soins		
Connaissances, compétences & attitudes	Manque de connaissances sur le système de soins.	- Motivation pour un accompagnement.
Accessibilité	Accessibilité financière et géographique.	
Prestataires de soins		
Connaissances & aptitudes	Pas en mesure de reconnaître ou de traiter des troubles mentaux ou d'avoir recours à des outils de dépistage.	<ul style="list-style-type: none"> - Propre compétence acquise pour aborder la vulnérabilité mentale. - Connaissances relatives aux problèmes psychiques grâce à de la formation et du soutien.
	Manque de connaissances sur les médicaments appropriés.	
	Manque de formation en soins de santé mentale.	
	Connaissances défailtantes sur les structures de santé mentale (et les soins de santé en général).	
	Conviction que la santé mentale est une problématique distincte et complexe par rapport aux problèmes somatiques. Les soins de santé mentale ne sont pas considérés comme une responsabilité de la première ligne.	
Attitudes & convictions	Conviction qu'il est difficile de travailler avec des personnes avec une vulnérabilité mentale.	<ul style="list-style-type: none"> - D'accord que les problèmes mentaux sont importants et que chacun doit contribuer à les encadrer. - La volonté d'entretenir une relation de longue durée avec une personne présentant une vulnérabilité mentale. - La conviction que les personnes sont mieux accompagnées dans la communauté et dans les activités du quotidien. - Recommander que la santé mentale soit abordée (et évaluée) lors de chaque visite. - Confiance des usagers. - Approche holistique de l'utilisateur.
	Conviction que les personnes avec de graves problèmes psychiques doivent être prises en charge en résidentiel.	
	Conviction que les usagers ne sont pas compliants.	
	(Problème) de responsabilité juridique.	
	Opposition à l'intégration des soins de santé mentale et de la première ligne.	
	Considéré comme une charge de travail trop importante.	
	Pas d'intérêt dans le groupe cible (et pour travailler avec celui-ci).	
Trop peu de soutien financier et autre (personnel, formation, supervision par spécialistes, etc).		
Système de soins de santé		
Management & leadership	Absence d'harmonisation et de coordination avec des spécialistes des soins de santé mentale ou de la psychiatrie.	<ul style="list-style-type: none"> - Collaboration en équipes multidisciplinaires. - Système d'information coordonné. - Liaison structurelle entre la première ligne et les soins de santé mentale (via des canaux de communication adéquats).
	Un système de soins de santé qui n'est pas en mesure de soutenir le large spectre de besoins des usagers.	
	Manque de planification des soins coordonnée.	
Financement	Pas d'accords clairs sur les rôles avec d'autres prestataires de soins.	- Financement suffisant en étant attentif à l'intégration.

DIFFÉRENTES STRATÉGIES

Différents modèles ont été décrits pour imbriquer les soins de santé mentale et la première ligne. L'approche au sein des modèles varie de la « concertation » aux « professionnels de la santé mentale spécialisés associés » travaillant au sein d'un établissement de première ligne, en passant par des approches de soins échelonnés et de soins appariés dans lesquels la première ligne ou les soins spécialisés sont déployés en fonction des besoins de l'utilisateur, de manière indépendante ou en collaboration. Les modèles mettent l'accent sur le fait que la première ligne constitue généralement le premier et le plus général des points de contact avec les citoyens ou les usagers. Elle prend en charge la première indication ou l'évaluation du problème. C'est aussi à ce niveau que la collaboration interdisciplinaire avec les professionnels spécialisés et les établissements de soins de santé mentale est déployée.

Dans un modèle de *matched care*, tout ne doit pas nécessairement passer par la première ligne. Les usagers peuvent aller directement vers les services de soins de santé mentale. Mais, la première ligne fait partie intégrante du système de soins. Cette « branche » fait appel à des interventions telles que le case management, les fonctions de liaison, l'approche de soins partagés, la coordination de soins, la prise de décision partagée sur les objectifs et le plan thérapeutique, le plan de soutien ou d'accompagnement, etc.

Un certain nombre de modèles se concentrent non seulement sur la collaboration entre les prestataires de soins formels, mais aussi sur l'implication, l'empowerment et le soutien des patients (autogestion), des aidants proches et/ou de la famille (soins informels), dans le but de fournir des compétences qui soulagent la charge de travail des prestataires et des établissements de soins formels. Si le système informel peut également offrir un soutien et un accueil ou si d'autres secteurs peuvent également acquérir des compétences (par exemple, les centres de jour, l'aide à domicile, les groupes d'entraide,...), cela peut soulager la pression et la charge de travail du secteur des soins de santé mentale. On peut établir un lien avec ce que l'on appelle dans la littérature anglophone le *social prescribing* (prescription sociale au Canada, *welzijn op recept* aux Pays-Bas). En termes de contenu, l'accent est mis sur la connexion et l'intégration des personnes dans le tissu social. Les prestataires de soins de la première ligne réfèrent également les personnes vers – ou collaborent à – un soutien non médical. Certaines approches mettent aussi l'accent sur les interventions qui augmentent les compétences chez les usagers (formations, interventions sur le mode de vie, psycho-éducation, etc).

Kane et al. ont groupé un ensemble de principes (basés sur les directives OMS), à différents niveaux, pour donner forme à des accords de collaboration.

AU NIVEAU DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

- La sensibilisation et le plaidoyer sont nécessaires pour changer les attitudes et les comportements et pour combattre la stigmatisation.
 - La politique (tant dans les directives que dans les projets soutenus) doit inclure explicitement le rôle que peut et doit jouer la première ligne dans les soins de santé mentale.
 - Les professionnels de la première ligne doivent avoir une formation et une formation continue suffisantes et avoir accès à une supervision pour pouvoir dispenser des soins de santé mentale adéquats et de qualité.
 - La collaboration et l'intégration sont un processus, et non une initiative ponctuelle.
 - Une meilleure collaboration est un moyen (et non une fin en soi) pour parvenir à de meilleurs soins et un meilleur accompagnement (outcomes) pour les personnes avec des vulnérabilités mentales et une problématique de toxicomanie.
 - Il doit également y avoir une vision et une politique pour aligner les soins aux niveaux local, régional et national.
 - Une collaboration est nécessaire avec divers secteurs, ONG, initiatives locales et bénévoles.
 - Il est nécessaire de convenir des populations qui entrent en considération pour bénéficier d'un traitement et d'un accompagnement dans la première ligne et de celles qui seront mieux prises en charge dans des établissements spécialisés.
 - Il est nécessaire de disposer de ressources financières et humaines suffisantes pour s'occuper des soins.
- Les professionnels du secteur de la santé mentale doivent être davantage sensibilisés à l'importance de la collaboration avec la première ligne, et devraient être mieux formés, voire mieux rémunérés, pour concrétiser cette collaboration.
 - Les initiatives qui sont mises en place pour renforcer la collaboration doivent être soutenues et ancrées dans une politique encadrante, et non continuer à fonctionner de manière autonome.
 - Les changements en ligne de front doivent être soutenus par un meilleur cadre de politique national ou régional qui stimule les soins collaboratifs.

POUR DONNER FORME À LA COLLABORATION

- La planification des activités s'inscrit, dès le départ, dans un processus de collaboration où des objectifs clairs sont fixés et sont évalués ensemble et ajustés si nécessaire.
- Le respect mutuel et le soutien des forces mais aussi des limites de chacun est une condition nécessaire pour mettre sur pied une collaboration.
- Les contacts personnels et la communication directe entre les prestataires de soins sont essentiels pour améliorer la qualité des soins et collaborer avec succès.
- Il est nécessaire d'avoir des équipes interdisciplinaires qui fonctionnent bien.
- La méthode de travail choisie est adaptée en fonction des ressources disponibles, des caractéristiques culturelles locales, des facteurs géographiques et de la gravité des problèmes de santé mentale.
- Les partenaires doivent avoir une attitude flexible et être prêts à s'adapter les uns aux autres.

POUR DISPENSER LES SOINS

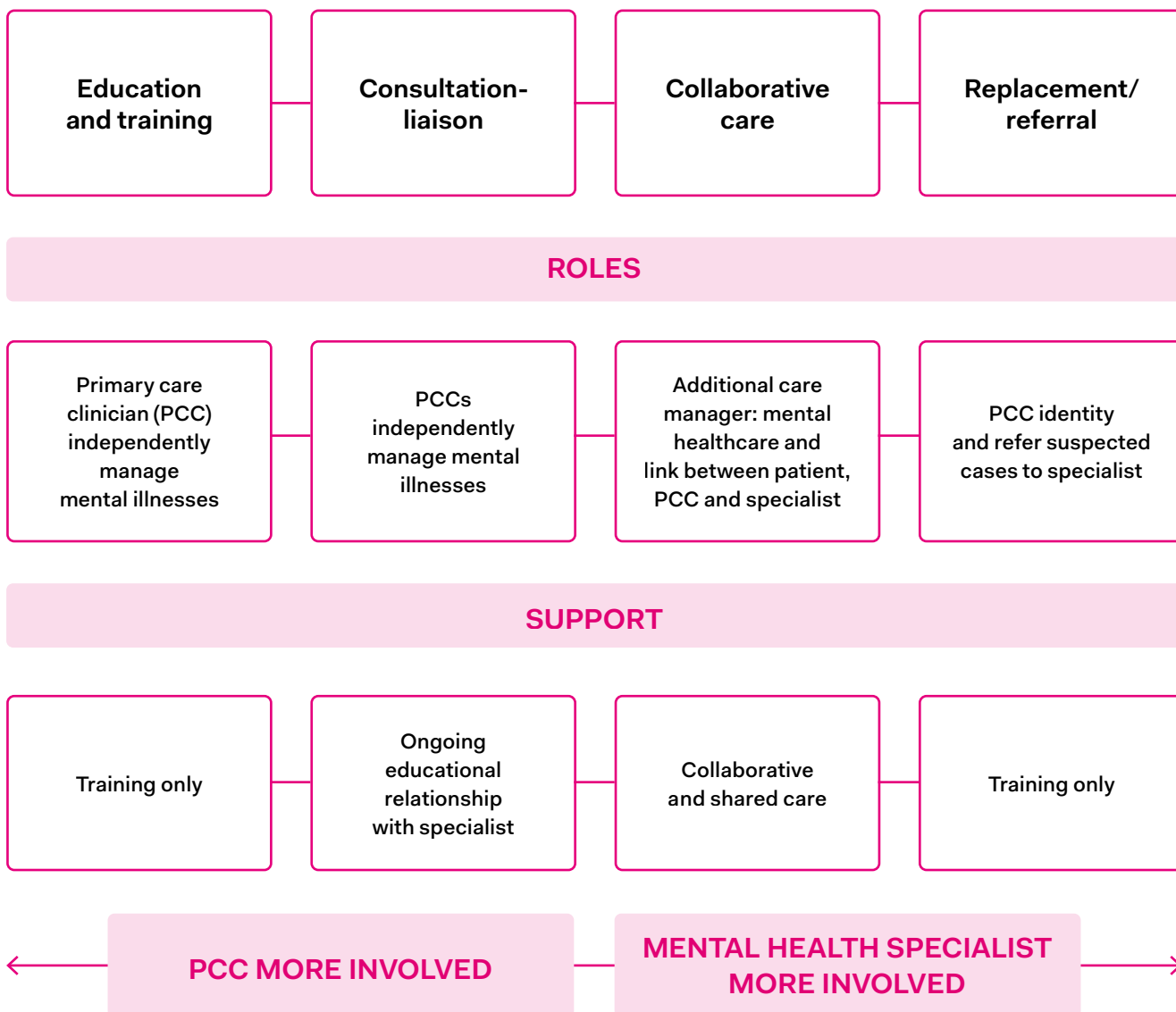
- Les tâches qui sont attribuées à la première ligne doivent être réalistes et adaptées aux aptitudes et aux connaissances de la première ligne, mais aussi aux intérêts et aux outils disponibles dans cette première ligne.
- Les patients doivent avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin.
- Soins, traitement et soutien doivent être organisés autour du patient et peuvent être adaptés aux besoins changeants de la personne (et de son entourage).
- Lorsque l'on dispense des soins, il faut tenir compte des déterminants sociaux.
- Il faut une coordination effective dans l'utilisation et l'établissement de plans de soins.
- Il faut aussi un flux régulier d'échange d'informations entre les différentes parties concernées.

Bower et Gilbody ont réalisé une série de revues systématiques et une méta-revue de modèles de collaboration entre la première ligne et les soins de santé mentale¹.

Ils distinguent (voir aussi la figure en page suivante):

- la formation du personnel de la première ligne ;
- les fonctions de liaison de consultation entre la première ligne et les soins de santé mentale ;
- le case management partagé et les soins partagés (*collaborative care*) ;
- la réorientation temporaire organisée, mais via un suivi partagé.

1 Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ*, 330, 839-842.
Bower, P., Rowland, N., & Hardy, R. (2003b). The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 33, 203-215.
Bower, P., Rowland, N., Mellor, C., Heywood, P., Godfrey, C., & Hardy, R. (2005). Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
Bower, P., & Sibbald, B. (2000a). Do consultation-liaison services change the behavior of primary care providers? A review. *General Hospital Psychiatry*, 22, 84-96.
Bower, P., & Sibbald, B. (2000b). Systematic review of the effect of on-site mental health professionals on the clinical behaviour of general practitioners. *BMJ*, 320, 614-617.
Bower, P., & Sibbald, B. (2005). On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.



Gask and Khanna (2011)¹ distinguent :

- les approches où la personne est liée à une pratique de première ligne (*attached professionals*);
- l'utilisation de figures de liaison (consultation-liaison);
- la collaboration (*collaborative care approaches*);
- les Community mental health teams.

Mapanga et ses collègues (2019)² ont identifié 9 stratégies pour renforcer la prise en compte de la santé mentale dans la première ligne :

- les services spécialisés axés sur la collectivité;
- les soins intégrés / les interventions de collaboration;
- le transfert de tâches / l'approche partagée des soins;
- les interventions d'e-santé;
- les thérapies de groupe versus les thérapies individuelles;
- les stratégies qui renforcent les familles, les soignants et les patients;
- la psychothérapie et les interventions psychosociales versus / combinées à la pharmacothérapie;
- le dépistage précoce et des stratégies de prévention;
- les stratégies systémiques qui peuvent changer le comportement du prestataire de soins et renforcer la qualité des soins.

Une revue de la littérature américaine réalisée par Brown et al. (2020)³ distingue trois types de collaboration :

- les modèles coordonnés sont axés sur la communication. Ils peuvent aller d'une collaboration minimale à une collaboration à distance. Lorsque des services

sont coordonnés, on s'efforce au minimum d'échanger systématiquement des informations lorsque les patients sont en traitement ou ont été référés dans les deux structures. L'échange d'informations vise également à dépasser les différences culturelles entre la première ligne et les services de santé mentale;

- dans les établissements ou chez les professionnels colocalisés, les soins de première ligne et les soins de santé mentale sont dispensés dans un même lieu. Des renvois ont lieu pour des situations qui sont d'abord des cas somatiques mais qui se révèlent être des problèmes de santé mentale. La colocalisation facilite la communication. Bien qu'une collaboration régulière ne soit pas toujours nécessaire dans ces services, les probabilités de collaboration augmentent considérablement car elle peut devenir plus évidente;
- dans les soins intégrés, la responsabilité est partagée sur le plan des soins et du traitement : on travaille sur la base d'une stratégie et d'un plan de soins communs.

Des classifications comparables se retrouvent chez d'autres auteurs.⁴ Elles sont surtout intéressantes pour trouver un langage commun sur la mesure et la forme de collaboration et parce qu'elles livrent aussi certains enseignements sur la façon dont la collaboration peut être mise en place.

1 Gask L, Khanna T, Ways of working at the interface between primary and specialist mental healthcare, Br J Psychiatry, 2011 Jan ; 198(1) : 3-5, sup 1, Doi : 10.1192/bjp.bp.109.075382. PMID : 21200068.

2 Mapanga W, Casteleijn D, Ramiah C, Odendaal W, Metu Z, Robertson L, Goudge J, Strategies to strengthen the provision of mental health care at the primary care setting : An Evidence Map. PLoS One, 2019 Sep 6 ; 14(9) : e0222162, Doi : 10.1371/journal.pone.0222162. PMID: 31491022; PMCID: PMC6731011.

3 Brown M, Moore CA, MacGregor J , Lucey JR, Primary Care and Mental Health : Overview of Integrated Care Models, Journal of nurse practitioners, Volume 17, ISSUE 1, P10-14, January 01, 2021 DOI : <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.07.005>

4 Collins CH DL, Munger R, Wade T, Evolving models of behavioral health integration in primary care, New York,2010 <https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2016/05/Evolving-Models-of-BHI.pdf>

Coordinated care

- PCPs and behavioral health providers communicate in a traditional generalist-specialist format
- **Example:** PCP refers a patient to a local behavioral health provider who assumes the mental health care and management
- **Clinical example:** Primary care clinic referring to local free-standing mental health clinic

Co-located Care

- PCPs and behavioral health providers are physically located in the same facility and may share resources
- **Example:** PCP refers patient to behavioral health specialist within same healthcare system
- **Clinical example:** Many community health centers have co-located mental health departments in the same building

Integrated Care

- PCPs and behavioral health providers work on the same team and assumed shared treatment plan of the patient
- **Example:** PCP and behavioral health specialist meet in the same room, at the same time, with the patient
- **Clinical example:** Cherokee Health System (Tennessee)

Coordination des soins et collaboration

La coordination des soins et la collaboration se caractérisent par des gradients. Les projets et initiatives axés sur la coordination des soins visent généralement à améliorer l'échange d'informations, la communication et la collaboration. Un certain nombre de projets cherchent des moyens de garder les informations importantes à la disposition de toutes les personnes impliquées dans le processus. Chaque prestataire de soins de santé impliqué, provenant de différents types d'établissements, doit être disposé à partager les informations requises avec les autres parties concernées, que ce soit verbalement (bilatéralement ou au sein d'une équipe interdisciplinaire, par écrit ou par voie électronique/numérique).

La littérature montre qu'une communication efficace doit être réalisée à temps, fréquemment répétée, compréhensible et précise. Un niveau minimum de compréhension partagée est nécessaire entre les acteurs concernant les objectifs et la méthode de travail, et sous une forme plus élaborée, il faut trouver des moyens de parvenir à des décisions communes. Les recherches montrent que plus le respect et la confiance mutuels dans les connaissances et les compétences de chacun sont importants, plus les chances d'une collaboration réussie et efficace au profit du client sont grandes.

Collaborative care

Collaborative care (soins collaboratifs) est un terme que l'on retrouve beaucoup dans la littérature américaine et qui va un pas plus loin que la coordination.

Les collaborative care models (CCMs) varient au niveau de leur élaboration dans la pratique. Mais, ils comportent une série d'éléments fondamentaux en commun : le travail en équipe est mis en avant, l'équipe opère à partir de la première ligne et le point de départ est que l'on travaille dans un trajet dans lequel il faut éventuellement prévoir un suivi à long terme.

Goodrich et ses collègues ont identifié six conditions pour que ce modèle puisse fonctionner :

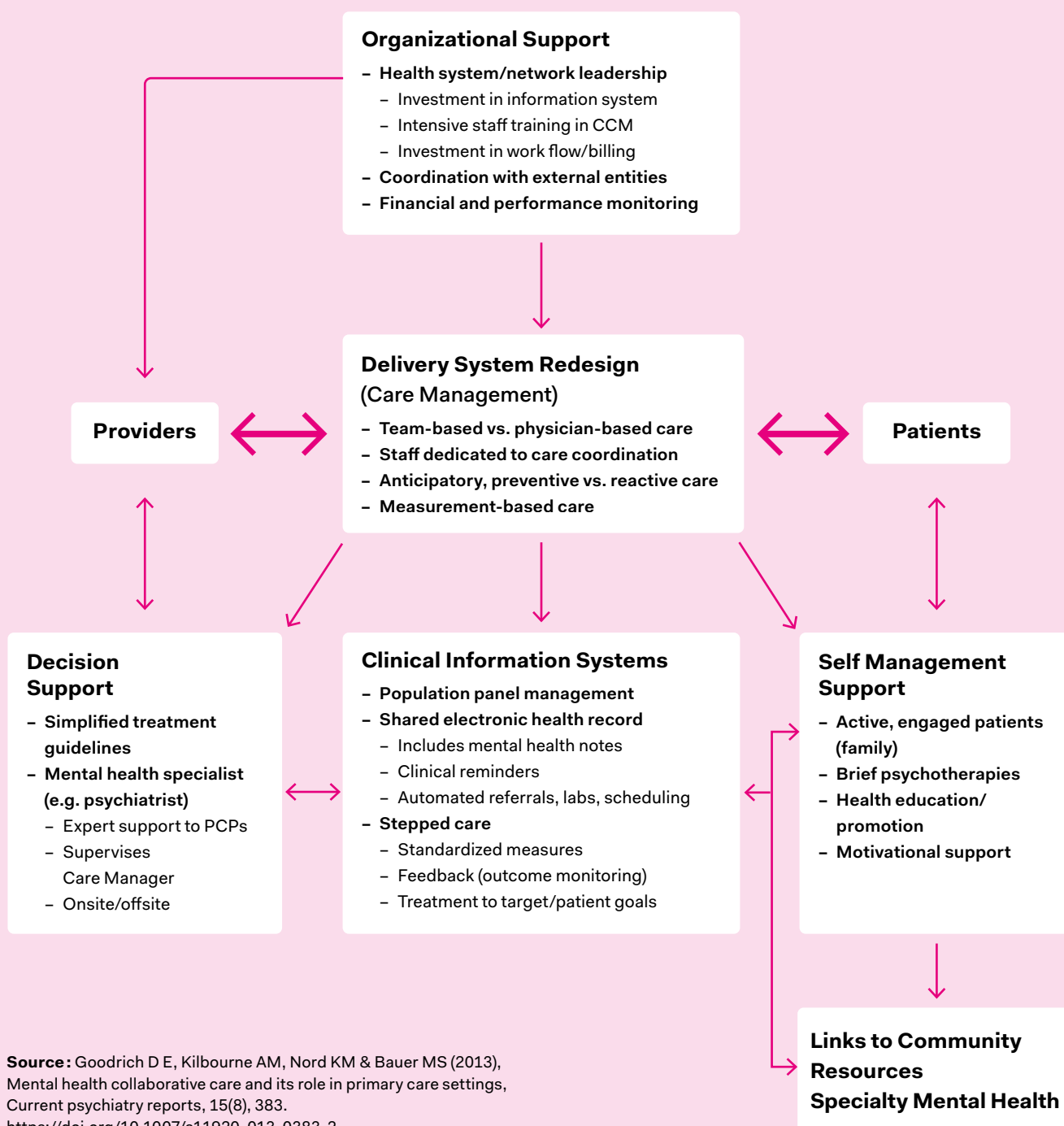
- 1 / un soutien organisationnel ;
- 2 / une réorganisation des processus de travail (*care management*) ;
- 3 / l'utilisation de clinical information systems ;
- 4 / un soutien au processus décisionnel pour les prestataires de soins (decision support) ;
- 5 / un soutien du client pour l'autogestion et la surveillance des risques ;
- 6 / le développement de relations entre le client et les structures de soutien dans la collectivité.

Federal, State, and Private Sector Policies

- Public Sector – Medicaid, Medicare
- Private Sector health plans, employers



The Primary Care Setting



Colocalisation des différentes expertises (attached professionals)

La colocalisation comporte l'intégration organisationnelle et logistique de professionnels dans la même structure, au même endroit. Dans ce domaine, la colocalisation multidisciplinaire est un moyen de regrouper les connaissances et les compétences appropriées. Elle permet d'obtenir une équipe interdisciplinaire avec l'expertise nécessaire pour identifier les besoins du patient ou du citoyen et pour élaborer une approche globale. En théorie, la fragmentation des soins peut être surmontée pour les personnes avec des besoins complexes. Les professionnels situés dans le même établissement ont davantage d'occasions de se rencontrer et de partager des informations, et l'influence et l'apprentissage mutuels peuvent être renforcés.

Il n'est pas toujours nécessaire de disposer d'une équipe totalement intégrée: dans certains modèles, un professionnel ayant une expertise en soins de santé mentale est inclus dans la structure organisationnelle afin de pouvoir faire appel à cette expertise si nécessaire. Dans un certain nombre de pays voisins, cette approche est activement facilitée par les autorités.

Le National Health Service britannique a introduit un nouveau rôle dans les soins de première ligne: le travailleur de santé mentale de première ligne (PCMHW). Dans la pratique, il s'agit de profils très divers (spécialiste en santé comportementale,

manager de soins, spécialiste clinique en soins de santé mentale, infirmier en soins de santé mentale, aidant proche; travailleur social psychiatrique, psychiatre, psychologue clinicien, psychothérapeute de première ligne, conseiller infirmier, accompagnateur).

La formation, l'éducation et l'expérience du personnel sont variables et le degré d'autonomie, ainsi que l'étendue de leurs responsabilités, diffèrent.

Dans de nombreuses pratiques de médecine générale aux Pays-Bas, on trouve un praktijkondersteuner huisartsen voor geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ), c'est-à-dire un soutien à la pratique des médecins généralistes pour la santé mentale. Le POH-GGZ assure une clarification des questions, un diagnostic, un traitement à court terme ou un soutien et un accompagnement (à plus long terme) aux personnes présentant des symptômes psychologiques ou un trouble psychologique chronique léger ou stable. La capacité d'adaptation de la personne en question et son aptitude à s'autogérer sont au cœur du processus. Le POH-GGZ a généralement une formation d'infirmier psychiatrique social, d'assistant social ou de psychologue. Le POH-GGZ est une personne ayant des connaissances et une expérience en matière de soins de santé mentale. La POH-GGZ conseille le médecin généraliste et le patient sur une approche possible des plaintes et éventuellement sur le recours à un travailleur social, à des sites d'entraide, à un psychologue ou à un établissement de soins de santé mentale.

Reverse colocation

Dans le système de soins de santé anglais, il existe aussi la reverse colocation où un médecin généraliste assure les soins somatiques pour les personnes présentant une problématique mentale, dans une structure de soins de santé mentale.

Aux Etats-Unis, le SAMSHA-HRSA Center for Integrated Health Solutions distingue six niveaux de collaboration et d'intégration.

COORDINATED CARE

Level 1 – Minimal Collaboration

Les prestataires de soins de santé mentale et de la première ligne travaillent dans des établissements distincts et disposent de systèmes séparés. Les prestataires de soins de santé communiquent rarement. Lorsque la communication a lieu, elle est généralement basée sur le besoin d'un prestataire de soins bien précis d'obtenir des informations spécifiques sur un patient commun.

Level 2 – Basic Collaboration at a Distance

Les prestataires de soins de santé mentale et de la première ligne ont des installations et des systèmes distincts. Les prestataires se considèrent les uns les autres comme des ressources et communiquent régulièrement au sujet de patients communs. Cette communication est généralement motivée par des questions spécifiques. Par exemple, un médecin généraliste peut demander une copie d'une évaluation psychiatrique pour savoir s'il existe un diagnostic psychiatrique confirmé. Les soins de santé mentale sont généralement considérés comme des soins spécialisés.

CO-LOCATED CARE

Level 3 – Basic Collaboration Onsite

Les prestataires de soins de santé mentale et de la première ligne sont regroupés dans le même établissement et partagent, dans certains cas, le même espace de pratique. Les prestataires de soins de santé utilisent toujours des systèmes distincts, mais la communication devient plus régulière en raison de la proximité, principalement par téléphone ou par courrier électronique, avec une réunion de temps en temps pour discuter des patients communs. Le déplacement des patients entre les cabinets se fait généralement par le biais d'un processus de renvoi qui a plus de chances de réussir parce que les cabinets sont situés au même endroit. Les soignants peuvent avoir le sentiment de faire partie d'une équipe plus large, mais l'équipe et son mode de fonctionnement ne sont pas clairement définis, de sorte que la plupart des décisions concernant les soins aux patients sont prises indépendamment par les soignants individuels.

Level 4 – Close Collaboration with Some System Integration

Il existe une collaboration plus étroite entre les prestataires de soins de santé mentale et de la première ligne grâce au regroupement dans le même espace de pratique, et on assiste à un début d'intégration des soins grâce à certains systèmes partagés. Un modèle typique peut impliquer qu'un établissement de soins de première ligne intègre un soignant de soins de santé mentale. Dans une pratique intégrée, l'accueil de la première ligne fixe tous les rendez-vous et le prestataire de soins de santé mentale a accès au dossier médical

et y ajoute des éléments. Les patients complexes présentant de multiples problèmes de santé ont souvent besoin d'une consultation, qui se fait par le biais d'une communication en face à face. Au fur et à mesure que les professionnels ont davantage l'occasion de partager des patients, ils ont une meilleure compréhension de base des rôles de chacun.

INTEGRATED CARE

Level 5 – Close Collaboration Approaching an Integrated Practice

Il existe un degré élevé de collaboration et d'intégration entre les prestataires de soins de santé mentale et ceux de la première ligne. Les dispensateurs de soins commencent à fonctionner comme une véritable équipe, avec des communications fréquentes en face à face. L'équipe recherche activement des solutions systémiques parce qu'elle reconnaît les obstacles à l'intégration des soins pour un plus large éventail de patients. Toutefois, certains problèmes, tels que la disponibilité d'un dossier médical intégré, ne peuvent être résolus immédiatement. Les prestataires de soins comprennent les différents rôles que les membres de l'équipe doivent jouer, et ils ont commencé à modifier leur pratique et la structure des soins pour mieux atteindre les objectifs des patients.

Level 6 – Full Collaboration in a Transformed/ Merged Practice

Le plus haut niveau d'intégration entraîne le plus grand changement de pratique. Une collaboration intensifiée entre les prestataires de soins permet aux anciennes cultures systémiques (de deux systèmes distincts ou d'un système en évolution) de s'effacer au profit d'une seule pratique transformée ou fusionnée. Les prestataires de soins et les patients considèrent l'opération comme un système de santé unique qui traite la personne dans son ensemble. Le principe du traitement holistique de la personne est appliqué à tous les patients, et pas seulement aux groupes cibles.

Soutien, formation et formation continue

Certaines stratégies d'action se concentrent sur le renforcement des connaissances et des compétences des collaborateurs de la première ligne. Non pas de manière purement ad hoc et plutôt accidentelle, mais de manière systématique. Une formation, une supervision et un soutien émotionnel adéquats sont importants afin d'inclure certaines responsabilités et le conseil aux personnes avec une fragilité mentale ou en situation de dépendance. L'idée sous-jacente est que les prestataires de soins non spécialisés deviennent plus forts et meilleurs avec le soutien, sans pour autant devenir des prestataires de soins spécialisés.

Dans la « fonction de consultation-liaison », l'objectif est que la personne de liaison soutienne également les prestataires de soins non spécialisés. L'idée sous-jacente est là qu'il y ait des contacts réguliers entre un psychiatre et le personnel de première ligne, que la concertation entre le psychiatre et le personnel de première ligne soit initiée avant qu'un renvoi automatique vers des soins de santé mentale spécialisés soit effectué. Lorsque le cas échéant, la décision de référer un cas est prise, le contact est maintenu et un feed-back est donné à l'équipe de première ligne. La manière dont cette fonction de liaison est remplie (et financée) dépend fortement du système de soins de santé. En Belgique, par exemple, la psychiatrie de consultation-liaison est développée autour de la relation entre un hôpital général et un hôpital psychiatrique mais pas structurellement avec la première ligne.

**QUELQUES
ENSEIGNEMENTS
TIRÉS DE
LA LITTÉRATURE**

Un certain nombre d'enseignements clés peuvent être tirés de la littérature.¹

Le développement de la collaboration et des relations de collaboration entre la première ligne et les soins de santé mentale ne se produit pas spontanément. Il faut suffisamment d'incitants pour travailler ensemble, du temps pour apprendre à collaborer et une attention suffisante pour soutenir et encadrer ces activités. En termes de contenu, il convient de distinguer la collaboration liée au système, celle initiée de manière structurelle (via les réglementations et le financement) et les initiatives ad hoc basées sur des projets (très souvent des initiatives pilotes ou des projets ponctuels).

La colocalisation et l'interdisciplinarité dans la première ligne semblent avoir une importante valeur ajoutée, tant pour les citoyens ou les patients que pour les prestataires de soins de santé. Elle stimule l'accessibilité, offre plus de possibilités de dialogue et d'apprentissage mutuel et fonctionne de manière moins stigmatisante pour les utilisateurs de la structure.

La collaboration en soi ne garantit pas le développement des connaissances et des compétences en matière de traitement des problèmes de santé mentale. L'apprentissage des aptitudes requiert des efforts et une attention supplémentaires. En outre, il faut aussi apprendre les uns des autres et se soutenir mutuellement.

La formation en santé mentale des professionnels de santé de la première ligne non spécialisés est une stratégie efficace pour accroître et améliorer la qualité de la prise en charge de la santé mentale parce qu'elle agit

non seulement sur les connaissances, mais elle a également une influence importante sur les attitudes et les croyances. En outre, pour les non-spécialistes, elle contribue à l'acquisition d'une confiance de base pour reconnaître et traiter les problèmes de santé mentale. Cependant, il faut davantage d'initiatives et de connaissances pour aborder l'enseignement de manière plus systématique, en s'appuyant éventuellement sur des lignes directrices. La formation et la formation continue dans lesquelles les représentants des différents secteurs interagissent activement facilitent l'évolution vers une méthode de travail commune, car les acteurs sont intégrés au processus dès la formation.

Le soutien aux initiatives axées sur une approche partagée et une plus grande intégration peut constituer une incitation importante à ne pas se contenter de parler des principes et des idées, mais à mettre en place des opérations concrètes.

Des pratiques innovantes ont émergé au niveau international à partir de projets locaux à petite échelle, dont on peut tirer de nombreux enseignements. Toutefois, la transposition à plus grande échelle et la durabilité de l'expérience nécessitent également un « encadrement systémique » à un moment donné. Le soutien des autorités (réglementation et financement) peut jouer un rôle de soutien important dans l'alignement des soins de santé mentale et de la première ligne. Des recherches sur la manière dont les deux sous-systèmes peuvent interagir dans une approche de soins échelonnés ou appropriés sont nécessaires pour éviter que les deux sous-systèmes ne se cloisonnent.

1 Voir aussi Health London Partnership (2017) Informing the development of models of primary care in mental health <https://www.healthylondon.org/wp-content/uploads/2017/10/Scientific-literature-review.pdf>

Dans ce contexte, il est essentiel de veiller en permanence à la spécificité et aux limites de l'expertise et des compétences des différents acteurs. Il faut également éviter de bureaucratiser ce processus qui entraverait alors a priori la collaboration. Il s'agit principalement d'un processus dans lequel des accords clairs sur les rôles sont conclus et où l'on laisse de la place pour développer des approches adaptées au contexte local. La mise en œuvre d'incitants publics d'encadrement en faveur de la collaboration et de l'intégration est encore trop lente, alors que de tels incitants sont nécessaires pour avancer et évoluer vers des pratiques structurelles et durables. Les autorités peuvent jouer un rôle crucial dans le développement d'une vision et d'une approche programmatique avec des définitions claires de concepts, d'objectifs et de limites d'action des différents acteurs.

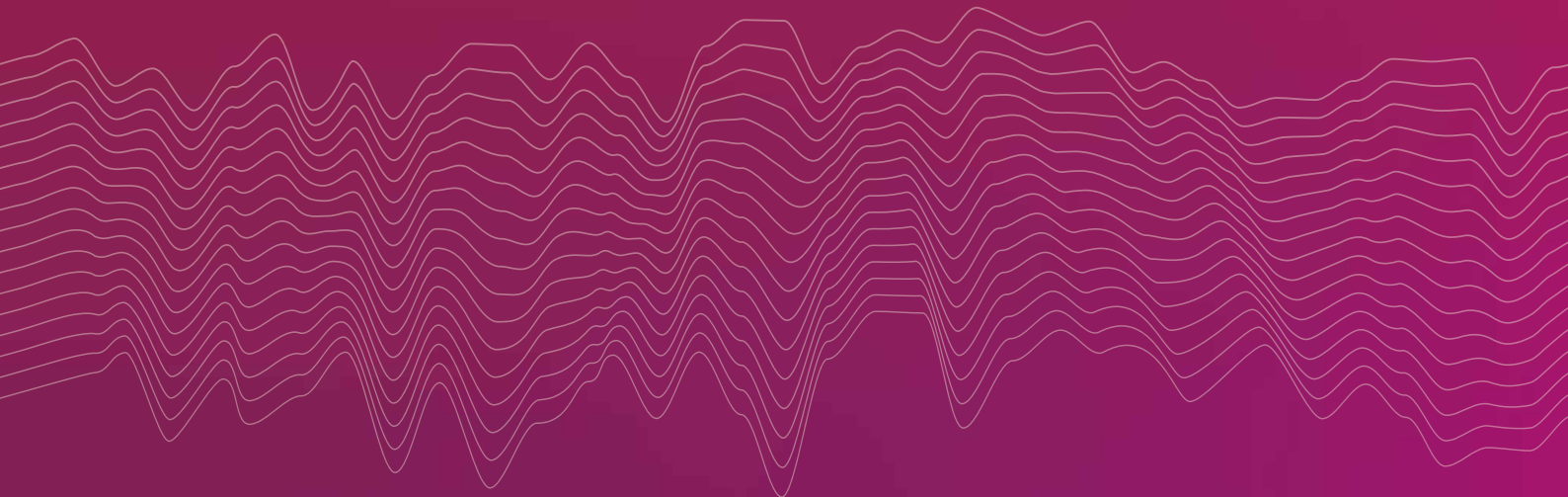
Les méthodes de travail participatives, dans lesquelles tous les acteurs formels et informels (y compris les usagers eux-mêmes et leur entourage immédiat) interagissent les uns avec les autres, sont les plus efficaces. Dans l'interaction, on planche sur des objectifs partagés et il devient plus facile et plus clair de fixer des accords sur les rôles où l'on peut examiner de manière approfondie les ressources auxquelles on peut faire appel.

Dans les projets, sans tomber dans des règles et des procédures trop formalistes, il faut prêter attention aux accords de rôles et aux responsabilités de toutes les personnes impliquées dans le processus. S'il n'y a pas de communication à ce sujet et que des accords ne sont pas conclus, il y a un risque que trop peu de choses se produisent ou que des ambiguïtés apparaissent. La concertation sur ces accords peut également porter sur les connaissances et les compétences requises des différents acteurs impliqués.

Lorsque l'objectif est d'intégrer les activités de soins de santé mentale et la première ligne, un mécanisme de contrôle partagé doit être mis en place pour assurer une coordination et un alignement efficaces, surtout pour éviter que des incohérences apparaissent dans le fonctionnement des deux secteurs.

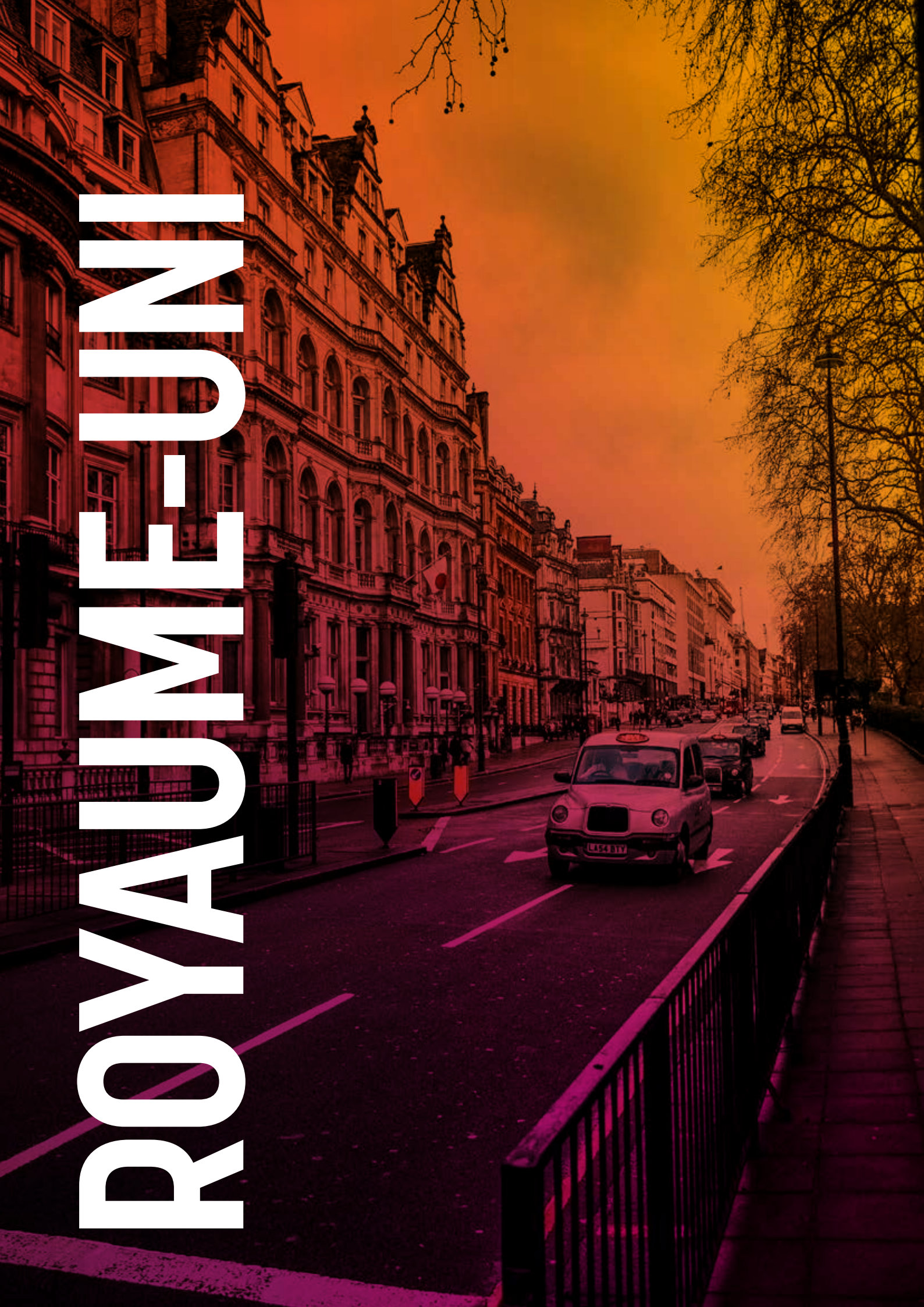
Une grande partie de la littérature souligne l'importance de l'évaluation de processus et de l'impact, dans le but de parvenir à une amélioration continue. Ces évaluations ne sont pas un but en soi et ne constituent pas un mécanisme de sanction. Elles doivent avant tout avoir un objectif formateur afin de promouvoir la coopération et l'intégration dans l'intérêt sociétal. En général, il est indiqué (au niveau international) que trop peu d'attention est accordée, lors de l'élaboration d'initiatives, à l'évaluation systématique des obstacles et des conditions préalables facilitatrices et à l'impact sur les prestataires de soins et les usagers, également en vue d'évoluer vers des pratiques durables.

02



EXEMPLES

ROYAUME-UNI



En Angleterre, l'organisation des soins de santé mentale est coordonnée à partir du National Health Services (NHS), un système de soins de santé public qui est gratuit pour les usagers. On y investit surtout dans une politique où l'accès aux soins de santé mentale nécessite un renvoi du médecin généraliste. Mais, dans certains cas, les patients et les usagers peuvent également se rendre eux-mêmes dans des établissements de soins de santé mentale. En Angleterre, la politique est très axée sur le community mental health care, c'est-à-dire les soins de santé mentale communautaires. Ces dernières années, la politique du NHS s'est concentrée sur le fonctionnement local (également en termes de gestion et d'utilisation des ressources financières) afin de renforcer l'accessibilité et l'efficacité du système. Dans ce contexte, en tant qu'organisme public, le NHS s'est engagé à innover et à modifier l'organisation des soins de santé mentale, y compris en encourageant les accords de collaboration. Un certain nombre d'initiatives ont vu le jour dans ce contexte.

Colocalisation et intégration : fonctionnement de quartier intégré et soins de santé mentale (Lambeth (Sud de Londres))

Dans le district de Lambeth, au sud de Londres, on a opté en 2018 pour une réorganisation assez fondamentale du fonctionnement local pour l'accès et l'utilisation des services de santé mentale, où les personnes avec des problèmes de santé mentale bénéficient d'un accompagnement de la première ligne. La réforme structurelle s'engage à utiliser des itinéraires cliniques pour obtenir une réponse rapide aux situations de crise dans le cadre du programme global UK-NHS *Integrated Personalised Support Alliance* (IPSA).

Il existe une ligne d'assistance téléphonique (*SLaM 24 Hour Mental Health Support Line*) et un *Out of Hours Peer Support Service* (c-à-d un service de soutien par les pairs en dehors des heures de travail) géré par des experts du vécu, conçu pour des personnes en situation de crise lorsque les autres services ne sont pas disponibles. Le *Patient Advice and Liaison Service* (PALS) (c-à-d un service de conseil et de liaison avec les patients) fournit des informations gratuites, des conseils confidentiels et un soutien dans le domaine de la santé aux patients, aux familles et à leurs soignants. Ce service fournit des informations et des conseils sur les services de santé, notamment les hôpitaux, les cabinets de médecine générale et les autres services de santé communautaires.

En 2010, le *Lambeth Living Well Collaborative*¹ a été créé. Il s'agit d'une plateforme composée de personnes issues de la première ligne, d'utilisateurs de services,

de prestataires de soins formels et informels des services de santé et de bien-être et ce, en partenariat avec les autorités locales. L'objectif explicite de la plateforme est de consulter et de façonner les soins locaux, en particulier pour les personnes avec de graves problèmes de santé mentale et à long terme. L'approche s'inscrit également dans le cadre de la fermeture progressive d'un hôpital psychiatrique désuet et de sa conversion en un hôpital rénové en un autre endroit. Un processus de participation citoyenne a été conçu autour de l'impact de la fermeture et du déplacement de l'hôpital.

La plateforme a œuvré en faveur d'un point d'accès unique à des soins adéquats, coordonnés par le médecin généraliste. Trois centres « *Living Well* » ont été mis en place, avec un accent particulier sur les soins de santé mentale. Une équipe multidisciplinaire de prestataires de soins travaille dans les centres. Elle se compose d'un psychiatre, d'infirmiers, de (psycho)thérapeutes, de travailleurs sociaux, d'experts du vécu, de volontaires locaux et de travailleurs communautaires du quartier. Les activités sont proposées pour un soutien à court terme aux personnes ayant des besoins relativement limités ou modérés en matière de santé mentale et pour un groupe cible de personnes ayant des besoins de soins plus conséquents et plus intenses.

L'idée derrière la création de ces centres est de renforcer l'accessibilité et l'intégration des soins. En plus de ces centres, il existe également des équipes mobiles actives dans le quartier, une ligne téléphonique d'aide et de soutien et une équipe de proximité composée de travailleurs communautaires et de volontaires qui peuvent offrir un soutien sur place.

1 <https://lambethtogether.net/living-well-network-alliance/about/>

Dans le quartier, une sorte de « *Treehouse* » (une 24/7 *supported « step forward » house*, c'est-à-dire une maison « avancée » soutenue 24 h/24 et 7j/7) a été créée pour l'accueil et le logement temporaires. En outre, le quartier continue à œuvrer de manière structurelle à des initiatives d'hébergement avec accompagnement.

Une évaluation², comprenant des données d'économie de la santé, montre des résultats prometteurs pour le modèle intégré.

Les principaux enseignements étaient que le fait de travailler par le biais du « hub » permet de soutenir une proportion importante d'utilisateurs de services dans leur parcours vers la guérison. Via ces centres, on a réussi à réduire la nécessité de référer les personnes vers des services spécialisés et plus coûteux, grâce à une approche plus intégrée. Cette nouvelle approche intégrée permet également de soutenir les utilisateurs dans différents domaines et c'est précisément cet aspect qui a été apprécié très positivement. Les utilisateurs apprennent eux-mêmes à prendre davantage de responsabilités dans leur propre parcours. Au niveau sociétal, ces services étaient utilisés par l'ensemble de la population, tant en termes de caractéristiques démographiques, culturelles que socio-économiques. En d'autres termes, il n'y avait pas de sélectivité dans les services offerts.

Collaborative care : colocalisation et intégration Sandwell PCT

Sandwell est une zone métropolitaine située dans les West Midlands, en Angleterre, qui se caractérise par une situation socio-économique difficile (taux de chômage élevé), une grande diversité culturelle (personnes d'origines africaine, pakistanaise, indienne, etc.) et un nombre important de personnes sans domicile fixe. En 2006, on a observé que la première ligne agissait de manière trop fragmentée avec les autres services de santé (mentale) ou que les personnes avec des problèmes de santé mentale étaient souvent référées de manière incorrecte ou inappropriée à partir de la première ligne. Il a aussi été constaté que les médecins généralistes et la première ligne de façon générale connaissaient trop peu les services appropriés ou que les services vers lesquels ils étaient référés ne répondaient pas de manière appropriée.

Dans le cadre des réformes du NHS, une initiative *Collaborative primary care model for wellbeing* (modèle de soins de première ligne collaboratifs pour le bien-être) a été lancée. Elle s'inspirait de ces principes : colocalisation, intégration et collaboration³.

Les services de soins de santé mentale et de soins de première ligne ont été regroupés en un seul lieu pour les citoyens avec des problèmes de santé mentale légers à modérés, mais aussi pour les patients avec des troubles psychiatriques graves. Une idée sous-jacente importante de la colocalisation était de promouvoir la déstigmatisation.

2 voir <https://www.lambethcollaborative.org.uk/wp-content/uploads/2019/01/ENC-2-LWN-Hub-Evaluation-Presentation-Year-3-19.12.18.pdf> & <https://lambethtogether.net/wp-content/uploads/2020/11/201112-Lambeth-Living-Well-Alliance-Progress-Report-FINAL.pdf>

3 <https://www.nhsconfed.org/-/media/Confederation/Files/Publications/Documents/Case-study-report-on-Sandwell.pdf>

En termes d'organisation, la colocalisation va de pair avec l'intégration des budgets pour les soins de la première ligne et les soins de santé mentale. Cela a permis, entre autres, d'indiquer quels soins et soutiens en matière de santé mentale pourraient être inclus dans la première ligne et ce qu'ils appellent localement les *low intensity and wellbeing services* (services de faible intensité et de bien-être), et quels soins seraient mieux pris en charge par des soins de santé mentale plus spécialisés. En lien avec l'intégration des financements et des budgets, un modèle de collaboration a également été proposé pour la santé mentale en général et pour des questions plus spécifiques telles que l'abus d'alcool, la démence et la santé mentale périnatale.

Des *shared care protocols* (c-à-d des protocoles de soins partagés) et des itinéraires cliniques intégrés pour des groupes cibles définis sont en cours d'élaboration. Toutefois, pour ces derniers, il a été immédiatement ajouté que l'implémentation devait se faire de manière non rigide et flexible, en accordant une attention particulière à la consultation et à la participation des usagers, et que les priorités et les pratiques pouvaient être adaptées aux besoins locaux (par exemple, il était également possible de répondre aux besoins en matière de santé mentale de la population LGBTQI+, aux problèmes de santé mentale des personnes malentendantes, aux personnes d'origine pakistanaise ayant des besoins spécifiques en matière de santé mentale, etc.).

L'organisation des différents services a été mise en place, dans le cadre de la réforme, sur la base d'un modèle de soins échelonné selon lequel les soins de base doivent être fournis par l'autogestion et par la première ligne et les besoins de soins plus conséquents uniquement par la ligne spécialisée. En outre, le retour à la première ligne est facilité lorsque l'état de l'utilisateur le permet. L'objectif des *low-intensity services* est d'aider les clients

à prendre soin d'eux-mêmes dès que possible, de les aider à faire face à leur fragilité mentale et à renforcer leur résilience émotionnelle.

Pour les problèmes de santé mentale, un point de contact central online et téléphonique a été créé, le *Sandwell wellbeing hub*. Ce hub adopte une approche holistique avec comme point de départ les soins de première ligne et les soins communautaires pour améliorer la santé et le bien-être social, mental et physique à Sandwell. Un coordinateur du bien-être coordonne différents services pour les personnes ayant des problèmes plus graves. Et pour les besoins plus complexes, ils ont utilisé un modèle avec des superviseurs cliniques travaillant avec des coordinateurs du bien-être pour essayer d'obtenir un soutien pour les demandeurs.

Le *Hub* travaille avec un formulaire de renvoi unique et partagé afin de connaître les services disponibles et d'identifier d'éventuels risques chez leur patient. Un formulaire similaire a également été développé pour le renvoi vers la deuxième ligne psychiatrique, qui dispose d'un point d'accès unique.

En outre, l'accent est mis sur la formation et la formation continue pour les services de première ligne et les services dits de faible intensité.

L'équipe *Esteem* travaille de manière coordonnée avec le « hub ». L'équipe *Esteem* a pour objectif de soutenir les personnes avec des troubles mentaux légers à modérés et de besoins sociaux complexes à un stade précoce afin de prévenir la détérioration et le renvoi vers la deuxième ligne. Il vise à permettre aux patients de prendre le contrôle de leur propre vie grâce à des thérapies d'accompagnement et à des outils d'autogestion. L'équipe elle-même est composée de six agents de liaison (experts du vécu et travailleurs sociaux) qui assurent la coordination des soins. Ils agissent en tant que « navigateurs » des patients à travers le système de santé

et d'accompagnement social (par exemple, les services sociaux, les agences de conseil pour le recouvrement de dettes, le conseil en matière de gestion de la toxicomanie, les services thérapeutiques, les groupes de soutien par les pairs, etc.).

L'équipe *Esteem* adapte les packages de soins aux besoins des patients et, pour cette raison, s'appuie fortement sur les relations avec d'autres services, y compris les volontaires et les groupes d'entraide. Le patient n'est jamais laissé sans soutien. Si une thérapie ou une intervention de soins n'aboutit pas, il est encouragé à essayer un autre service par le biais du *Sandwell Wellbeing Hub*. Le coordinateur de soins réfère le patient vers le nouveau service afin qu'il ne « se perde » pas dans le système. Cela diffère de la pratique habituelle où un patient a accès à un certain nombre de séances de thérapie et doit demander un nouveau renvoi à son médecin généraliste lorsque celles-ci sont terminées ou si son état ne s'est pas amélioré.

Online mental health community: Big White Wall devenu Together All

Big White Wall est une plateforme digitale et une communauté digitale qui soutient ses membres pour qu'ils organisent leurs soins eux-mêmes, avec et accompagnés par des prestataires de soins et des experts du vécu. Cette plateforme offre une large gamme d'interventions thérapeutiques :

- un service de modération clinique et un accès à la communauté 24h/24, 7j/7 ;
- des incitants à l'expression créative ;
- des forums pour échanger des idées et entretenir des contacts sociaux ;
- un accompagnement et des thérapies de groupe ;
- des outils pour l'autogestion des problèmes de santé mentale ;
- des réseaux de soutien par les pairs ;
- une thérapie individuelle en ligne par webcam, audio et messagerie instantanée avec des conseillers et des thérapeutes expérimentés.

IRLANDE



En Irlande, la collaboration entre la première ligne et les soins de santé mentale est envisagée et des notes de politique générale sont rédigées depuis deux décennies. Le document de politique *Vision for Change*¹ de 2001 a identifié un « rôle central » pour les soins de première ligne dans la prestation de soins de santé mentale. Les médecins généralistes sont facilement accessibles aux citoyens et des recherches préliminaires ont montré que les citoyens sont plus enclins à aborder les questions de santé mentale avec leur médecin généraliste qu'à faire appel à des services de santé mentale spécialisés.

Les médecins généralistes et les centres de première ligne sont donc identifiés comme des « gardiens » pour la détection précoce, le traitement et l'accompagnement. Le document *Vision for Change* mentionne également le fait que les personnes avec des problèmes de santé mentale de longue durée sont plus exposées aux problèmes de santé physique et que les médecins généralistes ont donc un rôle complémentaire important à jouer en matière de soins somatiques dans ce groupe.

La vision politique irlandaise s'engage explicitement en faveur de l'intégration et de la collaboration. Elle préconise un modèle de concertation/liaison entre les soins de première ligne et les soins de santé mentale et que chacun ait accès à une large gamme d'interventions dans les soins de première ligne pour les problèmes de santé mentale qui ne nécessitent pas de soins de santé mentale spécialisés. Le programme souligne également l'importance de la formation, de la formation continue et d'autres formes de soutien à la première ligne en matière de problèmes de santé mentale.

Mais, l'Irlande a été confrontée à des tensions entre la théorie et la pratique.

La vision qui sous-tendait le document politique n'a été mise en pratique qu'avec beaucoup de difficultés. Le succès des programmes de formation et de formation continue accrédités destinés au personnel de première ligne a également été limité par le faible nombre de participants.

Sur la base de ces résultats, un document de politique a été proposé en 2006 pour concrétiser les principes proposés dans *Vision for change* sur la base du concept de *shared care* (soins partagés). Mais, là aussi, cela suscite beaucoup de discussions.²

1 <https://www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/mental-health---a-vision-for-change.pdf>

2 Pour une discussion voir <https://www.mentalhealthreform.ie/wp-content/uploads/2013/07/Mental-Health-in-Primary-Care-in-Ireland1.pdf>

SHARED CARE

Il s'agit d'un modèle développé à l'origine dans le contexte des soins chroniques (en particulier pour le diabète) dans lequel les médecins de la première ligne et les médecins spécialistes élaborent conjointement une politique de soins pour et avec un patient, en fonction de ses besoins.

La forme d'organisation peut varier (à noter que ceci ne tient pas compte des différences entre les systèmes de santé):

- **Community clinics**: les spécialistes visitent ou dirigent un établissement (une clinique) dans la première ligne. La communication est informelle et se déroule sur place dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire entre les spécialistes et les membres de l'équipe de première ligne. Dans le modèle de base, un système de communication spécifique et régulier est établi entre les soins spécialisés et les soins de première ligne, mais des variantes avancées plus intensives sont possibles.
 - **Liaison**: cette réunion rassemble des spécialistes et des membres de l'équipe de première ligne qui discutent et planifient le traitement en cours des patients du service.
- **Shared care record card**: une technique ou méthode formelle pour partager des informations. La carte est tenue à jour par le client.
 - **Computer-assisted shared care and electronic mail**: grâce à un système d'enregistrement soutenu par les NTIC, toutes les activités et informations importantes pour l'accompagnement et le traitement de l'utilisateur sont collectées. Le système est accessible pour les soins de santé mentale et les travailleurs de la première ligne. Le système peut également inclure une fonction permettant de rester en contact avec l'utilisateur, de le suivre régulièrement et de l'inviter à des rendez-vous.
 - **Shared care systems**: d'autres « systèmes » comprennent le développement de protocoles partagés, de directives pour le renvoi, la formation et la formation continue, des systèmes d'échange d'informations qui visent tous à soutenir un accompagnement structuré et commun de l'utilisateur.

Un *Guidance Paper*¹ de 2011 sur une « approche de soins partagés pour les soins de première ligne et les soins de santé mentale » plaide en faveur de soins partagés et comprend des recommandations pour leur mise en œuvre. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une politique nationale irlandaise officielle, le document préconise la mise en place de fonctions de consultation-liaison, la colocalisation, le travail avec un coordinateur d'équipe qui joue un rôle de liaison, des formations et de la formation continue pour la première ligne, des réunions régulières entre les établissements de première ligne et l'utilisation active d'équipes mobiles (*community mental health teams* ou équipes de santé mentale communautaire) qui développent des activités intégrées avec la première ligne. Le principe est de rechercher une collaboration, un meilleur échange d'informations également sous la forme de réunions et de sessions régulières avec le personnel de première ligne, les équipes de santé mentale communautaire et les services spécialisés. D'un point de vue organisationnel, la colocalisation de différents centres est également recherchée. Comme dans de nombreux autres pays anglo-saxons, la conception et la méthode de travail sont abordées dans une logique de soins échelonnés.

Dans les quatre régions sanitaires d'Irlande, des initiatives de colocalisation sont déployées ou des *community mental health centers* (ou centres de santé mentale communautaire) sont établis dans l'entourage direct des structures de première ligne.

Liaison-soutien : East Cavan Primary Care Liaison

Le *East Cavan Primary Care² Liaison Service* a été mis sur pied dans cinq pratiques de médecine générale. Entre 1995 et 2002, le psychiatre, un stagiaire psychiatre et un infirmier psychiatrique de quartier a visité les cinq pratiques environ toutes les six semaines. Durant les réunions, les cas des patients étaient discutés concrètement (sans que ceux-ci ne soient présents).

L'évaluation des activités a montré que les patients étaient moins référés vers des services spécialisés de soins de santé mentale (et uniquement pour des pathologies graves). Le fait de pouvoir travailler au sein d'un établissement de première ligne a également eu un effet déstigmatisant important en termes de discussion et de traitement des problèmes de santé mentale. En ce sens, cette méthode de travail a également renforcé l'accessibilité des soins de santé mentale. Il a également été signalé que cette façon de travailler avait un impact positif sur l'utilisation des services d'urgences pour les personnes avec des problèmes de santé mentale dans la région.

1 <https://www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/advancing-the-shared-care-approach-between-primary-care-specialist-mental-health-services.pdf>

2 <https://www.hse.ie/eng/services/list/2/primarycare/pcteams/cavanmonaghanpcts/cavanapct/>

D'importantes leçons ont été tirées par rapport à la collaboration :

- le personnel de la première ligne et des soins de santé mentale abordent les patients de manières différentes ;
- souvent, la discussion et l'approche sont restées bloquées en raison d'un manque de soutien administratif ;
- l'utilisation de stagiaires en consultation / psychiatrie de liaison nécessite une meilleure supervision et formation des stagiaires ;
- le psychiatre doit avoir les aptitudes appropriées pour pouvoir communiquer et se concerter avec les médecins généralistes ;
- la méthode de travail et le modèle des consultations de liaison doivent être adaptés aux différences entre la ville et la campagne.

Il a également été signalé que l'initiative était très fragile car elle dépendait fortement d'une seule personne, un psychiatre engagé qui soutenait pleinement et largement cette nouvelle méthode de travail. Lorsque cette personne a quitté la région, cela a eu un impact négatif important sur le déploiement concret et l'utilité perçue de cette fonction de liaison.

Un obstacle majeur identifié à la mise en œuvre des *shared care* (soins partagés) en Irlande est que les soins de première ligne sont moins disponibles dans les communautés défavorisées où les besoins en santé mentale sont parfois les plus élevés, ce qui ne garantit pas non plus l'égalité d'accès de la population à un même service. Les obstacles à l'accessibilité financière sont aussi mis en évidence précisément dans ces groupes cibles.

Counseling dans les soins de première ligne et Stepped Care Approach (CIPC) (Roscommon)¹

Il s'agit d'une initiative dans le cadre de laquelle cinq collaborateurs de la première ligne fournissent un accompagnement et des traitements psychologiques de faible intensité, sous la supervision d'un psychologue des établissements de soins en santé mentale, au lieu de renvoyer les patients vers la psychiatrie spécialisée, plus coûteuse.

Le *counseling* (conseil) dans la première ligne est disponible pour les adultes de plus de 18 ans avec des problèmes psychologiques et émotionnels légers à modérés (dépression, anxiété, réactions de panique, problèmes relationnels, problèmes de deuil, stress). Jusqu'à 8 séances de conseil sont offertes avec un conseiller/thérapeute accrédité. Ces conseillers/thérapeutes utilisent une série de thérapies psychologiques en fonction des problèmes et des besoins des usagers. Les approches de conseil comprennent les thérapies centrées sur la personne, les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies psychodynamiques, intégratives et de soutien.

1 <https://www.mentalhealthreform.ie/wp-content/uploads/2018/04/Mental-Health-in-Primary-Care-in-Ireland1.pdf>

L'initiative a été conçue en collaboration avec l'organisation APSI (*Access to Psychological Services Ireland*).

La gamme de services psychologiques proposés en dialogue avec la première ligne comprend :

- une aide à l'autogestion (GSH): à l'aide de livrets et de feuilles de travail, par le biais de contacts téléphoniques et en face à face avec un professionnel, une personne est soutenue pendant quatre à six semaines;
- des activités de groupe: dans le cadre d'un groupe (par exemple, le groupe de gestion du stress) comptant jusqu'à douze personnes, des séances de groupe d'une heure et demie durant sept semaines sont proposées. Elles sont animées par deux praticiens de soins de santé mentale;
- une thérapie cognitive et comportementale brève, en tête-à-tête, de six séances, pour les personnes ayant un besoin clinique diagnostiqué;
- une thérapie comportementale assistée en ligne (cCBT): des vidéos et du matériel didactique sont mis à disposition. Les usagers doivent suivre le cours pendant quatre semaines.



FRANCE

En France, la question de la coordination des soins et de la collaboration entre les prestataires de première ligne est à l'ordre du jour¹.

Dans ce contexte, des accords de principe ont été conclus sur un partenariat entre les médecins généralistes, la première ligne et la psychiatrie.

Des recommandations ont été formulées pour renforcer la collaboration et la coordination par les conseils de qualité et les groupes de concertation nationaux. Des principes ont été établis pour déterminer qui est le prestataire de soins responsable et comment le suivi de la comorbidité est géré, quels sont les principes du partage de l'information et de l'accessibilité mutuelle au téléphone, comment les soins sont offerts au patient à domicile par le médecin traitant et l'équipe de soins de santé mentale, comment l'expertise et la formation peuvent être offertes dans la première ligne, comment une formation « miroir » avec des psychiatres et des généralistes peut être mise en place pour un apprentissage mutuel. Le cadre de politique pour la modernisation des soins de santé (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016) insiste sur l'importance de la coordination dans l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Toutefois, la France cherche encore à combler le fossé entre les lignes directrices et les principes et la mise en œuvre concrète. En France également, les initiatives locales sont encore trop souvent ponctuelles.

1 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf

Accroître les connaissances et apprendre les uns des autres

À Paris (13^e et 5^e arrondissements), une initiative a été mise sur pied pour faire de la concertation multidisciplinaire et de l'analyse de cas avec des psychiatres et les médecins généralistes du quartier.

Deux types de réunions sont à distinguer :

- les réunions de type *clinique psychiatrique en médecine générale* : elles sont animées par des psychiatres. Des connaissances y sont échangées au niveau général avec des médecins généralistes sur des syndromes et des symptômes psychiatriques. Parfois, ils travaillent sur la base de cas ;
- dans d'autres réunions, appelées *Staffs Psy*, les médecins généralistes peuvent discuter de leurs cas et expériences concrets et un plan individuel est établi avec les psychiatres pour les patients.

Consultation-liaison et Colocalisation : Centres de Santé

En France, une *Maison de Santé Pluriprofessionnelles* (MSP) est un type d'établissement où différentes disciplines (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues,...) proposent un traitement et des soins à partir d'un même endroit (une maison). Il s'agit de structures qui étaient initialement surtout introduites à la campagne, dans des régions confrontées à une pénurie ou à une faible densité de différents groupes de soins.

- À Saint-Nazaire (Loire-Atlantique), des *consultations spécialisées de psychiatrie en MSP* sont proposées dans ces maisons par un staff spécialisé qui vient sur place dans le but d'améliorer le traitement de personnes avec des problèmes psychiques. Via ces consultations, ils essaient de renforcer l'accès aux soins de santé mentale ou psychiatriques spécialisés.

- À Lille (*Équipe de psychiatrie du secteur 59G21 de l'Établissement public de santé mentale (EPSM) Lille-Métropole*), il existe depuis 2001 un bureau de consultation pour la santé mentale et psychique qui est intégré dans une pratique de groupe de six médecins généralistes. Non seulement, des consultations y ont lieu, mais l'expérience de la colocalisation montre aussi que, de cette façon, des concertations directes et des dialogues se nouent entre psychiatres et médecins généralistes. On peut y travailler de façon partagée et, lors de problèmes aigus qui nécessitent une approche multidisciplinaire, on peut intervenir plus rapidement. Enfin, cela peut stimuler le partage de connaissances entre psychiatres et médecins généralistes.
- Des initiatives similaires sont décrites pour les Yvelines (région parisienne) où des infirmiers psychiatriques, des psychiatres et des psychologues sont disponibles pour soutenir les médecins généralistes. Dans les Yvelines, le patient est activement impliqué dans une démarche de soins partagés. Le patient est toujours contacté en premier lieu par l'infirmier psychiatrique afin d'examiner si et comment on peut travailler sur l'accompagnement et l'encadrement. Eventuellement, on examine si la famille ou l'entourage peuvent être impliqués. Après la ou les consultations partagées, le patient reste sous la responsabilité du médecin généraliste. Le suivi de l'initiative a révélé que les médecins généralistes ont beaucoup apprécié la collaboration et son fonctionnement lorsqu'ils étaient eux-mêmes incapables ou incertains en matière de diagnostic. Cela les a aidés à établir ensemble un plan de traitement (y compris les médicaments), à évaluer si un suivi plus spécialisé des patients était nécessaire et à désigner qui pouvait se charger de cette tâche. Cependant, dans un nombre limité de cas, il a également été signalé qu'il y avait

un désaccord entre le psychiatre et le médecin généraliste, ce qui apparaissait parfois déroutant pour le patient.

Détection précoce et case management intersectorialité et approche intégrée

SAMSAH Prépsy¹ (Paris) est un projet de détection précoce qui fonctionne avec les principes du case management et se concentre sur les jeunes adultes (18-25 ans) présentant des symptômes. Il s'agit d'une initiative issue de la coopération intersectorielle qui tente de mettre en place une opération intégrée. L'objectif est de réduire le risque que les troubles se transforment en problèmes plus graves grâce à un soutien spécialisé et coordonné et à une approche qui favorise l'autonomie de l'utilisateur. Le service analyse les besoins des jeunes adultes dans différents domaines de la vie et évalue le rôle du réseau social. Le SAMSAH travaille, via le case management, à l'accompagnement et l'encadrement et assure la coordination des soins autour des jeunes adultes : en misant sur la collaboration et l'intégration d'activités de professionnels de la première ligne mais aussi en travaillant avec d'autres acteurs du secteur du bien-être, des loisirs, du travail ou de la culture.

L'équipe de SAMSAH Prépsy est composée d'un psychiatre, d'un médecin généraliste, d'un médecin responsable du système d'information, d'un psychologue, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'éducateurs, d'un responsable administratif de la coordination et d'un chargé d'insertion. Elle aide quarante utilisateurs. L'installation est financée par le Conseil général de la Ville de Paris, l'ARS Île-de-France, le Conseil régional d'Île-de-France et la Fondation de France.

Association axée sur les groupes d'entraide et les experts du vécu : La Trame

La Trame est une plateforme de la région Paris Saint Denis créée en 2019 par l'association À Plaine Vie et la Mutuelle La Mayotte. Le projet est soutenu par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et la Fondation de France qui avaient lancé des appels à projets pour le soutien des personnes avec des problèmes de santé mentale.

La plateforme est née de la coopération entre des groupes d'entraide. Le projet vise à renforcer l'inclusion, le soutien individuel et la déstigmatisation des personnes atteintes de maladies mentales. En outre, le projet vise à faciliter l'accès aux droits sociaux et aux soins. La famille et les soignants sont activement impliqués. Mais, les experts du vécu et l'entraide par les pairs occupent une place centrale. Le travail est effectué à partir

1 Gozlan G, Le SAMSAH Prépsy, une intervention médico-sociale précoce par le case management pour les jeunes avec schizophrénie, <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/psy/le-samsah-prepsy,-une-intervention-medico-sociale-precoce-par-le-case-management-pour-les-jeunes-avec-schizophrénie>

Gozlan G, Améliorer la coordination dans le champ sanitaire et médico-social pour limiter le risque de handicap psychique. Etude du cas Prépsy. Gestion et management. Université de Versailles-Saint-Quentin en Yvelines, 2015. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01236499/document>

d'un seul endroit, avec une équipe de quatre professionnels et quinze volontaires. L'équipe professionnelle soutient les personnes qui ne bénéficient pas de soins ou qui n'ont aucun lien avec le réseau local de santé mentale.

Ils réalisent des émissions de radio dans lesquelles des experts du vécu sont interviewés et des événements et activités sont rapportés sur une base hebdomadaire ou quotidienne (*Bruits de couloir, une expérience radiophonique au sein du GEM de Saint-Denis*).

Aucune évaluation de l'impact de ce projet n'a été trouvée.

Groupes vulnérables sur le plan socio-économique : PASS Psy (Permanence d'Accès aux Soins de Santé en Psychiatrie) en Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)

Le PASS est un dispositif juridique générique en France qui cible les populations vulnérables à risque qui n'ont souvent pas accès aux soins, aux traitements et à l'accompagnement. Il s'agit d'équipes de soutien médico-social conçues pour faciliter l'accès des personnes démunies.

Le PASS Psy est une intervention dont l'objectif principal est d'encadrer les personnes en situation de précarité, présentant des problèmes complexes et des besoins psychosociaux, afin qu'elles puissent accéder à un soutien psychologique et social psychiatrique et qu'elles ne soient pas victimes d'exclusion sociale. Beaucoup de ces équipes ont été créées à l'origine dans le giron d'hôpitaux psychiatriques. Mais, leur fonctionnement ne se limite certainement pas à l'activité hospitalière. En tant qu'intervention,

ils travaillent sur une approche intégrale et un accompagnement impliquant différents acteurs, y compris la santé mentale, le bien-être et les soins de première ligne, et sur la coordination des soins. L'approche va également plus loin, dans le sens où, au niveau local, on tente de construire un réseau durable de partenaires qui travaillent ensemble de manière structurelle et partagent leurs expériences concernant ce groupe cible précaire.

Chaque équipe psy des PASS est composée de travailleurs sociaux, d'infirmiers et de médecins (généralistes) et travaille à partir d'un lieu (*les bureaux de Santé Mentale et Exclusion Sociale, les SMES*).

Les équipes psychologiques du PASS sont principalement mises en place dans les zones urbaines. Dans la pratique, l'équipe travaille principalement dans le domaine de la sensibilisation mais intervient souvent dans des situations de crise. Grâce à leur approche, les équipes parviennent à localiser et à héberger des personnes sans domicile fixe et des personnes socialement vulnérables issues de l'immigration qui risquent de passer entre les mailles du filet de la sécurité sociale. Cela ne signifie toutefois pas qu'il n'y a plus de problèmes avec ces groupes cibles.

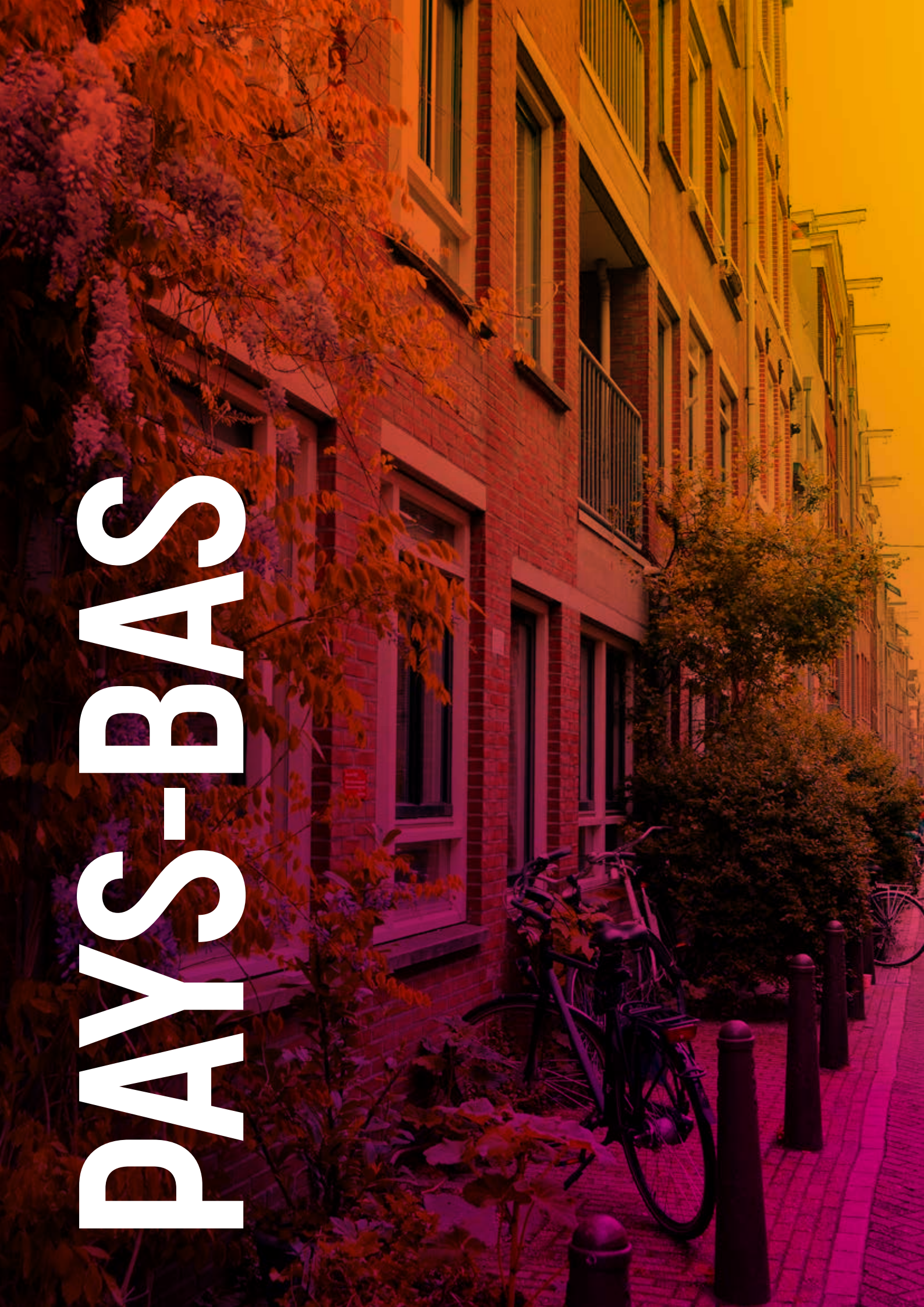
Les EMPP (Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité) peuvent être considérées comme un complément du PASS-psy. Ce sont des équipes qui ont été créées pour « *une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion (par) la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie intégrées dans un dispositif coordonné et global. Les EMPP sont chargées*

1 Le fonctionnement à OCCITAINE avec 14 équipes est décrit dans <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02160432/document>.

de favoriser l'accès aux soins de ces publics'. Les EMPP doivent s'inscrire dans le giron des *Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux soins (PRAPS)*, notamment pour éviter d'aller psychiatriser des problèmes sociaux. Elles doivent avoir une fonction de liaison entre la première ligne, le bien-être, les droits sociaux, etc.

La mission de l'EMPP est d'aller vers la personne, avec un objectif de prévention. Elles répondent aux besoins d'un groupe qui ne trouve pas son chemin vers les soins et le bien-être, dans les régions éloignées de France. Par ailleurs, elles organisent aussi des permanences dans les structures ou infrastructures où viennent parfois les personnes en situation de précarité (centres d'accueil de crise, centres de jour pour les sans-abri,...), et elles ont également pour mission explicite d'assurer un rôle de liaison avec les différents professionnels et structures afin de répondre aux besoins des personnes concernées¹.

PAYS-BAS



Les Pays-Bas misent sur la délivrance de soins de santé mentale ambulatoires et sur la réduction des lits. Les soins de santé mentale y sont organisés sur la base d'une logique de soins échelonnés. Depuis 2014, les soins de santé mentale ont été convertis par les autorités en un système à trois échelons :

1. le médecin généraliste avec une aide à la pratique des soins de santé mentale (POH-GGZ) ;
2. les soins de santé mentale généralistes de base ;
3. les soins de santé mentale spécialisés.

Ces soins de première ligne sont généralistes, rapides et facilement accessibles. Les prestataires de soins de première ligne peuvent demander conseil aux institutions spécialisées de soins en santé mentale. Le généraliste joue le rôle de gardien et réfère les patients vers les soins de santé mentale de base généralistes et les soins de santé mentale spécialisés, si nécessaire. Si les problèmes mentaux n'ont pas encore été résolus après un traitement dans le cadre des soins de santé mentale de base ou si les problèmes sont plus complexes ou plus graves, le médecin généraliste peut référer le patient vers des soins de santé mentale spécialisés. Ces soins sont destinés au traitement d'affections psychiques graves et complexes.

Ces traitements sont généralement plus intensifs. Il faut qu'il y ait suspicion d'un trouble mental classé dans le DSM pour qu'un patient puisse bénéficier du remboursement d'un traitement de santé mentale. L'admission, la vie dans un établissement de soins de santé mentale et les soins de crise relèvent aussi des soins de santé mentale spécialisés. Les patients peuvent – sur renvoi – se rendre dans un centre de soins de santé mentale hautement spécialisé pour des diagnostics et des traitements hautement spécialisés, des traitements innovants et expérimentaux et pour un deuxième avis. Outre ces principes organisationnels, les Pays-Bas ont aussi pris la voie de l'innovation.

Soutien par le personnel : aidant de pratique en soins de santé mentale (POH-GGZ)

Depuis les réformes axées sur les soins ambulatoires et le rôle des soins de santé mentale de base, un changement structurel s'est opéré aux Pays-Bas pour soutenir les médecins généralistes en instaurant une aide de pratique pour les soins de santé mentale (POH-GGZ). La fonction du POH-GGZ est encore en cours de développement. On sait peu de choses sur l'efficacité et l'efficience du soutien fourni par le POH-GGZ, et si les différences dans la façon dont la fonction est organisée jouent un rôle à cet égard. Une étude en cours tente d'en savoir plus à ce sujet.

Programme de déstigmatisation dans le quartier de Gestel (Eindhoven)

La commune d'Eindhoven et le GGzE, en collaboration avec *Mental Health First Aid* (MHFA Nederland), l'Institut Trimbos et le Centre de connaissances Phrenos, ont lancé un projet qui propose un cours de « Première aide en cas de problèmes mentaux » afin de mieux comprendre et soutenir les personnes avec des problèmes de santé mentale. Le cours espère également contribuer à une diminution du sentiment d'insécurité dans le quartier de Gestel. Le cours fait partie d'un programme plus large de déstigmatisation. Entre octobre 2018 et octobre 2019, six cours de MHFA ont été organisés, auxquels septante-six personnes ont participé.

En outre, avec le soutien d'une organisation d'accompagnement, un projet participatif a été mené avec des résidents, des scientifiques et des experts du vécu pour développer une vision d'un « quartier accueillant ». Ce processus participatif a conduit à la demande de se concentrer sur l'inclusion générale (« tout le monde devrait être inclus ! »), et pas seulement sur des activités de déstigmatisation destinées aux personnes avec une vulnérabilité mentale.

Le processus a abouti à une feuille de route sous la forme d'une « *Routekaart Destigmatisering in de wijk Gestel* » (c-à-d une feuille de route Déstigmatisation dans le quartier de Gestel) et donne un aperçu de plus de 55 interventions qui peuvent être utilisées pour un quartier inclusif. Ces interventions comprennent des films, des pièces de théâtre, des festivals de théâtre, des ateliers, des stations de radio, des jardins et des restaurants, des cours, etc.

Un certain nombre d'enseignements sont tirés d'une évaluation¹:

- bien que de nombreux efforts aient été déployés pour recruter des résidents et des entrepreneurs pour les cours, la portée de ces derniers est plus faible que prévu. On note une sous-représentation frappante des résidents issus de l'immigration. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils ne sont pas atteints par les canaux de communication habituels ou qu'ils ne participent pas parce qu'ils ne maîtrisent pas suffisamment la langue alors que le cours nécessite de larges compétences linguistiques. L'autre groupe cible visé, les entrepreneurs locaux, n'a pratiquement

1 <https://www.trimbos.nl/docs/5dd4ce69-db5f-4419-8124-b9c7df16a3ea.pdf>

pas été atteint. Bien qu'ils étaient intéressés par le cours, l'investissement en temps était trop important pour qu'ils puissent y participer ; la plupart des participants sont satisfaits de la conception et du contenu du cours.

Ils apprécient particulièrement l'alternance entre théorie et exercices, vidéos et jeux de rôle. Ils sont également positifs à l'égard des formateurs. Bien que certains d'entre eux considèrent que le programme est assez « complet », ils ne peuvent pas citer de parties qui leur semblent moins utiles.

- La plupart des participants n'auraient pas participé s'ils avaient dû payer eux-mêmes le cours. Un certain nombre de points à améliorer sont mentionnés. Par exemple, les participants aux cours ne savent pas toujours clairement à quelles organisations de la commune d'Eindhoven les personnes intéressées peuvent s'adresser pour obtenir des soins ou un soutien. Ils soulignent aussi la nécessité d'un suivi du cours MHFA. Par exemple, sous la forme d'une réunion (bi-)annuelle avec les anciens participants, où le matériel peut être rafraîchi, les expériences peuvent être échangées, les aptitudes peuvent être mises en pratique et où un approfondissement peut être effectué ;
- les participants au cours ont acquis une meilleure compréhension des personnes avec des problèmes psychologiques et ont pris conscience de leurs propres préjugés. Ils ont également appris à reconnaître les problèmes psychologiques et à pouvoir en discuter. Il est particulièrement important d'écouter sans juger. Lorsqu'on leur demande s'ils appliqueraient ce qu'ils ont appris dans la pratique, les participants font une distinction entre les connaissances (comme la famille et les amis) et les inconnus. Dans le cas de connaissances, ils sont plus susceptibles d'agir, tandis que dans le cas d'inconnus (par exemple, dans la rue), cela dépend du contexte : est-ce sûr ? Y a-t-il d'autres personnes autour ?, etc.

Collaboration avec l'accent sur les aspects sociaux : « Welzijn op recept » (c-à-d Bien-être sur ordonnance) (réseau national de connaissances)

Le « Bien-être sur ordonnance » (WOR) est une intervention étroitement liée à ce qui a été décrit dans la littérature comme la *social prescribing* (prescription sociale).

Le WOR est une approche proposée aux personnes avec des problèmes psychosociaux. Le médecin généraliste ou un autre professionnel de première ligne renvoie ces patients vers un coach en bien-être plutôt que de les traiter médicalement ou de médicaliser le problème. Le point de départ est que les plaintes telles que la fatigue, le stress, la dépression, l'anxiété et les troubles du sommeil n'ont pas toujours une cause médicale. Elles peuvent être liées à des problèmes sociaux ou personnels tels que des questions d'identité, le décès d'un partenaire, la perte d'un emploi, la solitude, un réseau social limité, etc.

Le « Bien-être sur ordonnance » est une forme de soins intégrés dans laquelle les soins de première ligne, les soins liés au bien-être et éventuellement les soins de santé mentale travaillent ensemble pour pouvoir fournir les réponses appropriés. Pour les patients avec des problèmes psychosociaux, pour lesquels aucun traitement ou renvoi n'est nécessaire, le prestataire de soins de première ligne peut prescrire une ordonnance de bien-être. Le coach bien-être définit avec le client ses besoins et ses ressources. Comme chaque individu est différent et a d'autres besoins, il est toujours question d'un travail sur mesure.

Il existe toutefois un certain nombre de conditions préalables à la participation du patient. Il doit donner son accord, avoir une compréhension de base de ce qu'il veut et de ce dont il a besoin et, enfin, posséder des capacités de communication adéquates. Le référent doit avoir une compréhension claire de la raison du renvoi et des besoins du patient. Il doit fournir toutes les informations pertinentes et des accords de processus doivent être conclus entre le référent et le coach bien-être. La façon dont le référent attend un feedback doit être clairement établie, des accords doivent aussi être conclus sur les tâches dont le coach bien-être est responsable et il faut qu'ait été clairement défini ce qui relève ou non de la prescription sur ordonnance. Des activités doivent également être proposées dans le quartier et les patients doivent être disposés à rejoindre les groupes locaux.

Le coach bien-être examine également avec le client si, avant ou en plus de l'intervention « *Welzijn op Recept* », un autre action est nécessaire. Il peut s'agir de résoudre des problèmes financiers, des problèmes liés à la sécurité et au logement ou des aptitudes nécessaires à acquérir pour pouvoir suivre le programme. En étant actif, l'accent est déplacé de la plainte ou de la limitation vers l'activité ou l'action, ce que le participant apprécie particulièrement. Cela a une influence directe sur la joie de vivre, l'image de soi et le bien-être au sens large.

Il s'agissait à l'origine d'un projet pilote mais il a été étendu entre-temps. Il bénéficie d'un soutien, tant financier qu'au niveau de son contenu, du *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu* (Institut national pour la santé publique et l'environnement). Le coach bien-être est, lui, financé par les communes. Dans la pratique, la manière dont les travailleurs de première ligne seront financés pour les activités supplémentaires liées à la collaboration n'est toujours pas claire.

Aujourd'hui, il existe un réseau national de connaissances « *Welzijn op recept* » qui rassemble les expériences. En 2019, un *quickscan* a été effectué autour du programme¹. Depuis juillet 2019, WOR est l'un des points d'attention de la politique de prévention sanitaire de ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports².

En 2020, le WOR a été mis en œuvre dans 83 communes néerlandaises. Cependant, il est important de noter que l'intervention n'a pas été réalisée de manière standardisée et uniforme dans les différentes communes et que l'on ne sait pas quels éléments essentiels le programme WOR devrait comprendre pour être efficace et efficient. Un certain nombre de facteurs clés de succès pour la collaboration ont été identifiés et sont semblables aux résultats de la littérature scientifique :

- une répartition claire des rôles et des tâches pour tous les professionnels impliqués, les différentes responsabilités étant clairement définies ;
- une déclaration d'intention et/ou un accord de coopération avec les parties concernées pour garantir la collaboration ;

- des contacts directs et réguliers avec les coaches bien-être;
- une collaboration avec un coach bien-être reconnu et de confiance;
- un échange rapide et bien organisé d'informations (par exemple, également via un site internet sécurisé);
- un retour d'information et échange d'expériences;
- un retour d'information rapide et cohérent;
- une concertation structurelle pour discuter des progrès des participants.

Le *quickscan* de 2019 montre également qu'il n'est pas évident de rendre cette façon de collaborer plus durable. Après un premier démarrage enthousiaste, l'approche ne s'est pas transformée en une collaboration structurelle et intense. Des explications sont recherchées, entre autres, dans la pression exercée par la charge de travail sur la pratique de première ligne, la baisse de motivation d'une commune à continuer à investir dans le « *Welzijn op Recept* » ou la capacité limitée du coach bien-être. Il est également frappant de constater que ce sont surtout les personnes de plus de 65 ans qui ont été référées vers le programme WOR et que très peu de communes ont une politique active pour cibler les groupes d'âge plus jeunes.

Groupe-cible des mères : Projet Prévention de la dépression du post-partum 2019-2020

Un projet national axé sur la prévention de la dépression chez les futures et nouvelles mères (2019-2021) a été développé. Ce projet fait partie du « Programme pluriannuel de prévention de la dépression » du Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. L'objectif est de renforcer la conscientisation, l'identification, la discussion, le renvoi et l'orientation vers des interventions préventives. L'objectif de ce projet est d'améliorer la coopération entre les acteurs autour de la naissance. Les symptômes dépressifs chez les femmes enceintes et les jeunes mères doivent être signalés à temps. En outre, ces femmes présentant des symptômes dépressifs doivent être guidées et soutenues vers le traitement ou l'accompagnement adéquat. Un espace dédié est créé pour soutenir les professionnels en décrivant un trajet de soins. Une équipe pluridisciplinaire, composée d'un médecin spécialiste de la jeunesse, d'une infirmière spécialiste de la jeunesse, de sages-femmes, d'infirmières de maternité, d'un médecin généraliste et/ou d'auxiliaires de pratique, est impliquée dans ce parcours de soins. L'équipe est gérée par un coordinateur. Celui-ci est le chef de projet de l'équipe pluridisciplinaire et est, à ce titre, responsable de la gestion, de la stimulation, de l'action et du suivi.

1 https://welzijnoprecept.nl/wp-content/uploads/2020/01/Quickscan_WelzijnopRecept_VWS_FINAL-1.pdf

2 <https://welzijnoprecept.nl/wp-content/uploads/2020/10/Essentiele-bestanddelen-van-WOR.pdf>

À l'aide d'une méthode déterminée (méthode de percée), les équipes des diverses organisations tentent de réaliser des améliorations concrètes, dans un court laps de temps, dans le cadre d'un accord de coopération temporaire.

Cette approche comprend également un apprentissage en ligne pour les patients, via des applications. L'application *WellMom* vise à accroître la résilience mentale et à prévenir et réduire les symptômes dépressifs chez les femmes enceintes et les femmes ayant récemment accouché. L'application *Loss* vise à renforcer la résilience mentale des parents qui ont perdu leur enfant pendant la grossesse ou juste après.

Pour l'instant, le programme est encore en plein déploiement et les évaluations ne sont pas encore disponibles.

Accès rapide et sans tabou à un soutien : maisons ouvertes @ease, pour les jeunes

Aux Pays-Bas, les maisons ouvertes @ease, créées dans différentes villes, sont librement accessibles aux jeunes âgés de 12 à 25 ans. @ease est la version néerlandaise de l'initiative australienne *Headspace* qui offre aux jeunes une aide et un soutien psychologique gratuits et accessibles. En reconnaissant les problèmes plus rapidement et en s'efforçant de les résoudre, @ease entend prévenir le besoin de soins à long terme. Ces maisons se présentent comme un service complémentaire qui comble les lacunes existantes du système de soins de santé et fonctionne selon d'autres principes également. Les jeunes peuvent s'y rendre sans rendez-vous. Ils ne doivent rien payer et aucun dossier n'est établi. L'organisation travaille avec des volontaires (souvent des étudiants en formation), mais aussi avec des professionnels de la santé (psychiatres, médecins pour la jeunesse, psychologues) lorsque les entretiens révèlent des troubles psychiques plus graves. Ce prestataire de soins est physiquement présent dans la maison ouverte. Les volontaires ont tous reçu une formation.

Des initiatives similaires ont également été déployées dans d'autres pays (par exemple en Belgique, au Danemark,...).



ITALIE

En Italie, l'importance de l'intégration des soins de première ligne et de santé mentale n'est apparue que relativement récemment au premier plan de l'agenda politique. Ceci s'explique par le fait qu'il y avait peu de pratiques de groupe de généralistes et que les centres ambulatoires de santé mentale étaient fortement structurés et développés (bien qu'avec des différences entre les régions) dans le contexte de la désinstitutionnalisation. Historiquement, les médecins généralistes ont toujours travaillé de manière très individualiste et n'ont pratiquement jamais eu recours à des réseaux pour obtenir du soutien. De plus, il y a eu peu de politiques gouvernementales visant à renforcer la collaboration entre la première ligne et les soins de santé mentale. Deux régions se distinguent par le fait que des programmes actifs y ont été créés : l'Émilie-Romagne, en 1999, et la Ligurie où un groupe de travail régional est actif depuis 2010 pour aborder stratégiquement la collaboration entre la première ligne et les soins de santé mentale sur la base des principes des soins échelonnés.

En Italie, le mode de fonctionnement des médecins généralistes est similaire à celui de la Belgique. Les patients ont le libre choix de leur médecin généraliste et la majorité des médecins généralistes exercent une pratique en solo. Seule une plus jeune génération de médecins généralistes s'organise en pratiques de groupe. Les soins de santé mentale sont dispensés par des centres de santé mentale travaillant avec des équipes multidisciplinaires (psychiatres, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, etc.). Ces établissements fournissent principalement des traitements, des soins et un soutien aux personnes avec des problèmes psychiatriques graves. Mais, ils sont également conçus comme des établissements de première ligne avec accès direct. Ceci explique que les médecins généralistes et les services de première ligne ne jouent pas toujours un rôle important en matière de soins de santé mentale.

Fonction de consultation-liaison (Emilia Romagna)

La fonction de consultation-liaison est une initiative visant à renforcer la collaboration entre les médecins généralistes et les prestataires de soins spécialisés en santé mentale et en psychiatrie, dans le but de soutenir les personnes présentant des problèmes fréquents et/ou complexes, dès la première ligne.

Le service régional de santé d'Émilie-Romagne a été l'un des premiers à encourager la mise en place de services de consultation psychiatrique pour les médecins généralistes, y compris en mettant l'accent sur l'élaboration d'un modèle de collaboration. Dans la pratique, on distingue trois modèles de collaboration dans la région :

- le service de liaison de consultation structurée.
Un service de liaison spécifique et spécialisé pour la première ligne est établi au sein d'un Community Mental Health Center (CMHC) local et du personnel y est affecté. Ce service sert d'interface avec les médecins généralistes et les autres acteurs de la première ligne, soutient les activités psychiatriques des médecins généralistes et vise à traiter les troubles psychiatriques courants non complexes en collaboration avec eux. Dans ce modèle, l'accent est mis sur l'information écrite et l'échange d'informations par téléphone, ainsi que sur la consultation physique, si nécessaire. Ce modèle est principalement mis en œuvre dans les grandes villes comme Reggio nell'Emilia et Bologne ;
- le groupe-liaison/l'équipe multidisciplinaire.
Cette structure permet un contact direct entre le consultant psychiatrique et le médecin généraliste au cours duquel sont discutés, très souvent en équipe, les projets thérapeutiques des patients avec des problèmes mentaux. Dans certaines situations, le service de soins de santé mentale délègue un « psychiatre de référence » pour une certaine région,

assisté d'un infirmier de référence. La méthode de travail vise à obtenir une plus grande interaction et intégration des méthodes de travail par la concertation. Le partage des problèmes au sein d'une équipe permet un apprentissage mutuel. La discussion « collective » des dossiers des patients apporte une valeur ajoutée. Dans la pratique, cependant, ce modèle de collaboration en équipe est beaucoup moins élaboré, probablement en raison des efforts et du temps nécessaires pour le mettre en œuvre de manière durable ;

- la collaboration spontanée et ad hoc dans les petits centres. Cette façon de travailler est particulièrement courante dans les zones rurales et repose largement sur des contacts personnels et plutôt informels entre les généralistes et la première ligne. Les activités de consultation et de liaison ne sont pas formalisées mais sont menées de manière flexible lorsque cela est nécessaire.

La fonction de consultation-liaison est offerte par les centres de santé mentale. Il s'agit d'une équipe composée de différents professionnels (psychiatres, psychologues et infirmiers). L'idée est d'offrir des consultations spécialisées à partir de la première ligne, à la demande du médecin généraliste. L'équipe formule des conseils diagnostiques et thérapeutiques qui sont communiqués, par écrit ou par téléphone, au médecin généraliste. La possibilité de réunions physiques régulières entre l'agent de liaison et le médecin généraliste est prévue pour réfléchir et discuter de cas cliniques. Celles-ci offrent également une opportunité de soutien et d'apprentissage. L'expérience montre que les médecins généralistes font un usage fréquent et croissant de cette fonction de liaison, alors que ces mêmes médecins généralistes restent responsables, en dernier ressort, des soins et du traitement de la personne avec une vulnérabilité mentale. Elle a également entraîné une diminution de l'ancien afflux de clients vers les centres de soins

de santé mentale. Les expériences dans la région ont également montré que, dans la pratique, il n'est pas toujours évident d'organiser ces réunions de manière durable, parce qu'il faut aussi beaucoup de temps et d'engagement pour continuer à collaborer de manière systématique.

En plus de la fonction de liaison de consultation, une formation et une approche de formation de formateurs ont également été entreprises. Les formateurs ont été sélectionnés parmi les médecins de première ligne et les professionnels de première ligne ayant des connaissances et une expérience en matière de santé mentale. Des psychiatres ayant une expérience pratique de collaboration avec la première ligne ont également été sélectionnés.

La fonction de liaison de consultation à Bologne est une entité intégrée au sein du CMHC local, dans le but de renforcer la collaboration avec les médecins généralistes de la région de Bologne. La fonction de liaison est assurée par une équipe multidisciplinaire : psychiatres consultants, psychiatres résidents, psychologues et infirmiers, ayant tous reçu une formation spécifique pour collaborer. Ils ont pour mission explicite de consacrer une moyenne de cinq heures par semaine à la fonction de liaison. La liaison aide au diagnostic, à la reconnaissance et à l'interprétation des symptômes, à l'interprétation d'un éventuel comportement dysfonctionnel et au soutien à la formulation d'un plan de traitement. Dans le cas de patients présentant une affection plus sévère, la liaison peut également revêtir une fonction de *counseling* (conseil) auprès de certains patients.

La liaison se fait principalement par téléphone, avec une consultation physique seulement si nécessaire. Les propositions et les rapports sont élaborés par la liaison et transmis aux médecins généralistes sous forme de rapports écrits. À l'origine, les patients et les proches

n'étaient pas toujours activement impliqués dans les consultations de liaison. Au sein de la Commune, un comité consultatif composé de représentants du CMHC et de médecins généralistes a également été mis en place pour suivre la collaboration. Il est intéressant aussi de noter que, dans certaines pratiques de groupe de première ligne, une alliance active a également été formée avec les psychiatres afin de proposer des consultations dans une structure de première ligne aux personnes avec des problèmes de santé mentale (une variante de la colocalisation en d'autres termes).

Conscientisation : Radio Fragola (San Giovanni)

Radio Fragola est une station de radio active à San Giovanni depuis 1984. Elle est accréditée par les pouvoirs publics. Dans le cadre des programmes de communication sociale et de prévention, la radio promeut des campagnes contre la stigmatisation et l'exclusion sociale, recueille des témoignages et prend des initiatives pour encourager la collaboration avec toutes sortes d'acteurs de la région.

L'équipe ne limite pas ses activités à la radio (sur le web). Elle participe aussi au développement d'autres produits audiovisuels et multimédia et à l'organisation d'événements tels que *Frontiere dei Lunatici* dans le cadre du *Lunatico Festival*. L'organisation collabore avec le *Nottingham Museum of Contemporary Art* et le *Reina Sofia Museum*, afin d'échanger des discussions et des expériences tant sur la désinstitutionnalisation que sur la relation entre l'art, la culture et la santé mentale. L'organisation à l'origine de la radio et des événements gère également les archives de l'ancien hôpital psychiatrique et cogère une salle de sport.

Dans le cadre de la coopérative sociale *La Piazzetta*, elle favorise également l'intégration des jeunes.

ALLEMAGNE



L'Allemagne a toujours eu un système de santé très fragmenté, où l'intégration et l'alignement entre les secteurs sont relativement récents dans l'agenda politique. Son système de santé avait une vision très hospitalocentriste. Les documents politiques font explicitement référence à l'importance des médecins généralistes et de la première ligne également dans la gestion quotidienne des problèmes de santé mentale.

On attend d'eux qu'ils identifient les patients souffrant de troubles mentaux, qu'ils diagnostiquent et traitent les problèmes et, si nécessaire, les réfèrent à des spécialistes. En plus des soins de première ligne, les patients peuvent demander de l'aide directement à des psychiatres, des psychologues cliniques agréés (pour les psychothérapies) ou des spécialistes en médecine psychosomatique (médecins qui pratiquent la psychothérapie).

Pour les pathologies sévères, la majorité des personnes se retrouvent encore en milieu hospitalier, malgré la pression politique pour traiter les patients en ambulatoire dans la mesure du possible. Le financement actuel des installations ne stimule pas vraiment l'intégration ou la collaboration.

Une exception est le Hamburger Modell für menschen mit schweren psychischen erkrankungen, où une approche intégrée est utilisée.

Le modèle de Hambourg est un modèle de soins intégrés pour les personnes avec des troubles psychotiques graves, c'est-à-dire les personnes atteintes de schizophrénie, de troubles bipolaires et de dépression grave avec symptômes psychotiques. L'élément central du modèle de Hambourg est ce que l'on appelle une Therapeutic Assertive Community Treatment Team (TACT) (c-à-d une équipe de traitement thérapeutique communautaire). La TACT est une déclinaison de l'Assertive Community Treatment (ACT) (c-à-d le traitement communautaire assertif) spécialisée dans les troubles psychotiques graves. En général, les approches innovantes impliquant la première ligne sont relativement peu utilisées.

Soutien de la première ligne : Alliance de Nuremberg contre la dépression

L'Alliance de Nuremberg contre la dépression a été lancée comme projet pilote, dans la ville de Nuremberg, en 2001. Ce programme comprend :

1. une collaboration avec les médecins généralistes pour optimiser le diagnostic et le traitement ;
2. des campagnes publiques visant à informer la population sur la dépression (au moyen d'affiches, de dépliants, d'événements communautaires) ;
3. une collaboration avec les acteurs de la communauté (par exemple les enseignants, les prêtres, les infirmières, les policiers, les médias, ...)
4. et le soutien de groupes d'entraide et d'experts du vécu.

Des évaluations ont montré qu'une telle approche intégrée a un effet significatif sur la gestion de la dépression et du suicide. Les leçons que l'on peut tirer de ce cas sont l'accent mis sur une approche « intégrée » dans laquelle différents acteurs de différents secteurs sont activement impliqués.

Le projet a évolué, notamment grâce au financement européen initial, en un *European Alliance Against Depression programme (EAAD)*, qui a élaboré des directives et des avis concrets¹ sur la façon dont on peut implémenter une telle initiative.

Groupes cibles spécifiques : centre ouvert pour réfugiés avec une fragilité mentale (Heidelberg)

Un centre ouvert spécifique a été ouvert à Heidelberg, au sein des centres d'accueil pour réfugiés et demandeurs d'asile, pour les réfugiés avec une vulnérabilité mentale. Celui-ci offre un soutien psychosocial aux réfugiés. L'équipe est composée de six professionnels ayant une expertise psychiatrique et psychothérapeutique. Ils sont issus de l'hôpital universitaire de Heidelberg et de l'Institut de psychologie médicale. Dans le cadre de ses activités, le centre fait également appel à des médiateurs interculturels. Depuis juin 2019, le centre propose des consultations trois fois par semaine, contre deux fois auparavant. Le centre peut organiser des entretiens avec environ quinze à vingt réfugiés par semaine. Chaque consultation est menée par deux membres de la clinique psychosociale. Les activités comprennent le diagnostic clinique, la tenue de la documentation des cas, le conseil, la formulation d'avis thérapeutiques et l'offre de traitements.

Un problème important de ce centre ouvert est qu'il n'est pas intégré à d'autres structures pour pouvoir organiser un suivi des soins. Par conséquent, bien que la méthode de travail permette d'établir un certain niveau de confiance et de développer une expertise interculturelle, il est difficile de savoir comment le suivi doit prendre et prendra forme, même si les clients en ressentent le besoin.

1 European Alliance Against Depression : how to implement a 4-level community-based intervention targeting depression and suicidal behaviour ? Leipzig : European Alliance Against Depression (EAAD); 2016. <http://www.eaad.net>

Soutien et collaboration transsectorielle : Versorgungsnetz der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB)

À Berlin (pour Berlin et le Brandebourg), un réseau accrédité, établi en 2008, coordonne les soins pour les personnes avec des problèmes psychiatriques. Il a été créé et fonctionne dans le cadre des activités du *Verein für Psychiatrie und Seelische Gesundheit* (VPSG). Des psychiatres et neurologues résidents, des pédopsychiatres, des psychothérapeutes, des médecins généralistes, des psychologues, ainsi que des sociothérapeutes, des ergothérapeutes et des infirmiers psychiatriques travaillent au PIBB.

Le réseau collabore avec les hôpitaux pour offrir des soins intersectoriels aux usagers qui se présentent. Il s'efforce également d'améliorer la communication et la coordination entre les membres du réseau. Il a pour objectif explicite de maintenir la qualité à un niveau élevé, notamment par la collaboration dans les trajets de soins, la mise en place d'une gestion de transition, la consultation commune sur les cas, l'uniformisation de l'utilisation des outils informatiques, des normes de documentation (par exemple : un système de communication, de prescription et de comptabilité basé sur Internet), des systèmes de gestion de la qualité et des cercles de qualité (interdisciplinaires) (www.pi-bb.de).

Soutien digital pour médecins généralistes : PREMA - case management soutenu par l'e-santé dans les soins de santé de première ligne (région de Hessen)

L'objectif du projet pilote PREMA² est d'aider les médecins généralistes à reconnaître la dépression et les troubles paniques plus tôt et de manière plus fiable, et de pouvoir développer rapidement une stratégie thérapeutique appropriée.

Cette approche vise à renforcer le médecin généraliste dans son rôle d'accompagnateur de confiance des patients avec des troubles mentaux.

À cette fin, des outils numériques sont mis à disposition pour soutenir à la fois le diagnostic et le traitement, notamment un programme de case management soutenu par l'e-santé. Le système doit aider le médecin généraliste à prendre la décision de référer ou non les patients.

Il s'agit d'un projet récent qui vient de démarrer et qui n'a pas encore été évalué.

2 PREMA – eHealth gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung - G-BA Innovationsfonds (<https://www.g-ba.de/>)

Collaboration interdisciplinaire : Netzwerk psychische Gesundheit (NWpG) (Réseau de santé mentale)

Bien qu'elle ne soit pas, à proprement parler, un exemple d'intégration des soins de santé mentale dans la première ligne, cette initiative met l'accent sur la collaboration intersectorielle et interprofessionnelle. Elle est pilotée par les organismes assureurs et est conçue comme une approche de *managed care*. Le réseau vise à offrir aux personnes avec des troubles mentaux et à leurs proches une gamme complète et de haute qualité de traitements et de soins ambulatoires (y compris à domicile) afin de promouvoir l'autodétermination et l'indépendance ainsi que la participation sociale des assurés, de renforcer le potentiel d'auto-assistance, de soulager les membres de la famille et de remplacer ou de réduire considérablement le séjour résidentiel.

L'assuré doit pouvoir rester dans son environnement social et professionnel et y être stabilisé. Le projet fonctionne selon les principes du *recovery* (c-à-d du rétablissement). Il vise à impliquer un réseau de professionnels autour du patient pour le traitement, les soins et le soutien (médecins généralistes, neurologues, psychiatres et psychothérapeutes, soins ambulatoires, sociothérapeutes, aide ménagère et familiale, prestataires de services, polycliniques d'établissements psychiatriques (PIA) et hôpitaux). Un point de coordination est proposé comme une sorte de variante du case management.

Il n'y a pas encore d'évaluation sur l'impact de l'utilisation de cette méthodologie.

ESPAÑE



En 2006, un nouveau cadre politique a été introduit pour l'organisation du secteur des soins de santé mentale, en mettant l'accent sur les soins ambulatoires et l'intégration dans la société. Compte tenu de l'histoire spécifique du pays (combinaison de la dictature et mouvement d'antipsychiatrie), la situation n'est pas entièrement comparable à l'évolution dans d'autres pays européens. En bref, l'accent a longtemps été mis sur la première ligne, la continuité des soins et l'intégration mais à cause d'un manque d'infrastructures et d'une réelle politique de santé mentale.

En 2007, un cadre politique stratégique a été élaboré pour la première ligne, qui a ensuite été entériné dans un cadre politique pour les troubles chroniques (2012), dans lequel le rôle de la première ligne a été confirmé.

Dans plusieurs régions, des zones dites « de soins intégrés » sont en cours de développement, où la collaboration et la coordination sont centrales (Pays basque et Andalousie, par exemple).

Mais, le pays est confronté à d'importantes différences régionales en matière d'organisation et de ressources disponibles. La coopération et l'intégration entre les différents secteurs sont conçues de manière très différente selon les régions.

Collaborative care pour la dépression dans la première ligne (INDI project)

INDI est un programme d'intervention complexe testé en Catalogne. Il est basé sur le modèle de soins chroniques et adapté aux caractéristiques de l'organisation catalane de la première ligne. Le programme comprend la formation et la formation continue des professionnels de la première ligne, les pratiques cliniques et organisationnelles, ainsi que les activités d'information et d'éducation à la santé pour les patients. L'objectif du programme est que la dépression soit prise en charge et traitée par une équipe de la première ligne, mais dans une logique de collaboration avec différents niveaux de soins.

Un cours initial de huit heures est proposé, autour des directives cliniques NICE pour le traitement de la dépression, afin d'améliorer les connaissances et les compétences des médecins en matière de diagnostic de la dépression, d'évaluation du risque suicidaire, de traitement clinique, de suivi de la dépression et d'adaptation du traitement pour obtenir une rémission. La formation met l'accent sur la procédure de soins, le suivi clinique actif et les options disponibles lorsque les objectifs proposés ne sont pas atteints (rémission à court terme et absence de rechute à long terme). En plus de la formation de base, des formations continues sont également proposées.

Dans le cadre de ce programme, les médecins participants reçoivent une « boîte à outils de gestion de la dépression » contenant un algorithme de traitement visant à optimiser la prescription d'antidépresseurs.

En outre, des fonctions de case managers ont été créées. Les gestionnaires de cas sont des infirmiers des centres de première ligne participants qui ont reçu une formation (un cours initial de huit heures plus des mises à jour périodiques) sur la dépression,

le traitement par antidépresseurs, les effets secondaires, l'observance thérapeutique et les méthodes pour y parvenir, les signes d'alerte dans l'évolution de la dépression, etc. Le rôle du case manager est d'identifier les facteurs individuels, familiaux et communautaires pour planifier des soins individualisés. Ils doivent fournir une éducation à la santé et un soutien dans la recherche d'aide, dans le but de permettre au patient de continuer à vivre de manière autonome. Le nombre minimum de visites des infirmiers est limité, réparti entre « la phase aiguë », « la phase de suivi » et « la phase d'entretien ». Mais, la planification des visites de suivi est toutefois individualisée, en fonction de la nature du patient et de l'évolution de la dépression. Les visites sont structurées et le patient reçoit des informations et une éducation sur la maladie et le traitement, y compris des conseils d'auto-assistance et de santé pour les patients et leurs familles.

Les patients reçoivent des informations adaptées (brochures, matériel audiovisuel) pour renforcer leur compréhension et leur autonomie. Au cours des réunions, le respect du plan thérapeutique est systématiquement évalué. Les problèmes éventuels sont identifiés et corrigés aussi activement que possible, mais dans le but de garantir le respect de la thérapie et du plan de soins.

Le médecin généraliste reste cliniquement responsable du diagnostic et du traitement des patients avec une dépression. Le case manager (souvent un infirmier) aide le médecin généraliste à assurer le suivi proactif et l'observance du patient. Le case manager est également responsable de l'empowerment du patient et de sa participation active continue au processus thérapeutique. Les psychiatres peuvent être impliqués de diverses manières. Mais, leur rôle fondamental est de guider et de soutenir les professionnels de la première ligne dans la gestion de la dépression. Les patients, et par extension leurs familles,

sont considérés comme faisant partie de l'équipe thérapeutique. Le programme comprend également un outil interactif de soutien en ligne qui fournit des directives sur les approches.

Intervention complexe : Pays Basque

Au Pays basque, un projet pilote a été mis en place pour renforcer la collaboration entre les soins de première ligne et les soins de santé mentale. Il s'agit d'une intervention programmatique dans laquelle différents éléments sont combinés¹. Le projet pilote est axé sur le renforcement de la communication et des connaissances entre les professionnels de la première ligne et de la santé mentale, la mise en place d'un dossier de diagnostic partagé pouvant être utilisé dans les deux contextes, des programmes de formation avec des réunions et des directives communes pour la pratique clinique ainsi que le suivi et l'évaluation de la méthode. Les leçons tirées du projet les plus importantes sont qu'il s'agit de processus de changement complexes, qui nécessitent des efforts et des ajustements continus, mais qui peuvent contribuer à améliorer les soins pour les usagers et à renforcer le secteur de la première ligne.

Modèle de formation et de soutien basé sur l'interaction en liaison : El Departamento de Salud La Ribera Valencia

Le projet mis en œuvre à Valence² est une initiative qui vise l'échange mutuel, en offrant des contacts et une communication réguliers aux acteurs de la première ligne et des soins de santé mentale.

Le contenu de l'approche est très similaire à d'autres initiatives de liaison dans d'autres pays.

Cependant, ce modèle et les actions ont été soutenus institutionnellement, dans le sens où des ressources et du temps de travail ont été dégagés pour permettre la participation à la formation, à la communication partagée et aux réunions.

1 Calderón C, Balagué L, Iruin A, Retolaza A, Belaunzaran J, Basterrechea J, Mosquera I, Colaboración atención primaria-salud mental en la asistencia a pacientes con depresión : evaluación de una experiencia piloto [Primary care and mental health care collaboration in patients with depression: Evaluation of a pilot experience]. *Aten Primaria*. 2016 Jun-Jul;48(6):356-65. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2015.06.013. Epub 2015 Nov 11. PMID: 26522782; PMCID: PMC6877855.

2 Morera-Llorca M, Romeu-Climent JE, Lera-Calatayud G, Folch-Marín B, Palop-Larrea V, Vidal-Rubio S, Experiencia de colaboración entre atención primaria y salud mental en el Departamento de Salud La Ribera, 7 años después [An experience of collaboration between primary health care and mental health care in La Ribera Department of Health (Valencia, Spain)], *Gac Sanit*. 2014 Sep-Oct;28(5):405-7. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.02.014. Epub 2014 Mar 29. PMID: 24690535.

NORVÈGE



Le système norvégien de santé mentale¹ est organisé par les pouvoirs publics et se caractérise par une décentralisation étendue à la fois des soins en ambulatoire et des soins intramuros. Les communes organisent les soins de santé de première ligne. Tandis que le gouvernement national, par l'intermédiaire des autorités sanitaires régionales de l'État, est responsable des soins spécialisés, donnés notamment dans les services hospitaliers. Les médecins généralistes font office de gardiens. Un traitement spécialisé nécessite un renvoi du médecin généraliste.

Les soins de santé mentale sont dispensés, dans les autorités locales, par des médecins généralistes, des psychologues, des infirmiers psychiatriques et des travailleurs sociaux. De nombreuses communes disposent d'équipes multidisciplinaires d'outreachment en soins de santé mentale. Elles organisent les soins de première ligne, grâce notamment aux médecins généralistes, aux équipes de soins de santé mentale de première ligne et aux services de lutte contre la toxicomanie. Les hôpitaux sont organisés par dix-neuf *health trusts* (trusts de santé), qui sont gérés par quatre conseils d'administration régionaux. La politique norvégienne actuelle est fortement engagée dans le renforcement de la première ligne, y compris pour la prise en charge de tâches relatives à la santé mentale.

Les *familjens hus* sont des centres multidisciplinaires disponibles dans environ la moitié des communes. Dans ces centres, les enfants, les adolescents et leurs familles peuvent obtenir de l'aide pour prendre soin de leur bien-être mental et physique, sans avoir à être référés ou inscrits sur une liste d'attente au préalable.

Plus de la moitié des communes et des comtés norvégiens disposent également d'un « centre pour une vie saine » (*frisklivssentral*) qui travaille sur le mode de vie (bien plus largement que sur les problèmes mentaux) mais aussi sur la gestion de la dépression et du stress, les troubles de sommeil et la consommation d'alcool.

Il existe également des services communaux largement accessibles dans environ quarante-cinq communes : les *Rask psykisk helsehjelp*. Ces structures s'adressent aux adultes de plus de 18 ans (dans certaines communes : pour les plus de 16 ans) avec différents types d'anxiété, des problèmes légers et modérés de dépression - éventuellement accompagnés de troubles du sommeil dus à la prise de médicaments ou à des problèmes de drogue.

Les services y sont gratuits et offrent un soutien direct, sans recommandation d'un médecin, pendant deux semaines.

1 <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/red/2005/0011/ddd/pdfv/233840-mentalhealthweb.pdf>
<https://www.consortium-psy.com/jour/article/view/43>

Les District Psychiatric Centres (DPC), c-à-d Centres Psychiatriques de District (CPD), qui constituent la pierre angulaire des services ambulatoires de santé mentale, travaillent en étroite collaboration avec la première ligne générale, même s'il existe des variations considérables entre les régions. Les CPD remplissent, dans des secteurs géographiques délimités, un rôle de coordination des soins entre l'établissement psychiatrique spécialisé intra-muros et la première ligne.

Les médecins travaillant au sein des CPD jouent un rôle de liaison avec les médecins généralistes et les équipes de la première ligne, que ce soit sur une base régulière ou ponctuelle. Des consultations de patients sont également organisées, au cours desquelles des personnes de différents services rencontrent un patient pour planifier et coordonner les soins et les traitements qui lui sont destinés. Toutefois, on constate que les pratiques de travail des centres et des prestataires de soins individuels ne sont pas encore totalement alignées sur une approche axée sur le rétablissement et qu'il reste encore beaucoup de chemin à parcourir à cet égard.

Le mode de fonctionnement de ces CPD est très variable. Si certains offrent principalement des services ambulatoires et dépendent de la présence d'unités d'hospitalisation, d'autres ont intégré les services ambulatoires et d'hospitalisation dans de petites institutions locales.

Le politique suggère que les CPD et les structures de première ligne devraient être totalement intégrés. Il existe également une tendance visant à fusionner certaines installations et à les faire gérer par plusieurs autorités locales afin d'obtenir une échelle et des compétences suffisantes. Cependant, les CPD et le secteur de la santé mentale craignent que les établissements de première ligne ne soient pas en mesure de fournir des soins de santé mentale de qualité suffisante en raison d'un manque de connaissances et d'expertise.

Et c'est là que le débat doit encore se poursuivre.

Accès à l'aide psychologique de première ligne : Prompt Mental Health Care (PMHC), la version norvégienne de l'Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)

Le PMHC¹ s'inspire du programme anglais IAPT qui vise à améliorer l'accès à la thérapie psychologique et à offrir des temps d'attente courts pour un traitement de première ligne aux personnes avec des symptômes d'anxiété ou de dépression, afin que ces personnes ne dépendent pas d'un renvoi par un médecin généraliste pour obtenir de l'aide.

En Norvège, le déploiement du PMHC a été soutenu par le Ministère norvégien de la Santé. Dans le cadre du PMHC, la thérapie cognitivo-comportementale est proposée lors d'un traitement tant de faible intensité (auto-assistance guidée et psycho-éducation en groupe) que de forte intensité (face-à-face). Le PMHC est organisé selon un modèle de *matched care* (c-à-d soins appariés). Contrairement au modèle de soins *stepped care* (c-à-d modèle par étapes) utilisé dans l'IAPT, l'utilisateur ne commence pas nécessairement par un traitement

de faible intensité. Alors que les soins échelonnés reposent sur des interventions légères lorsque cela est possible, suivies d'interventions plus intensives lorsque cela est nécessaire, le *matched care* (soins adaptés) se concentre moins sur le suivi formel et rigide des étapes, mais plutôt sur l'adaptation du traitement aux besoins du patient, à la gravité du problème, aux compétences mentales et sociales, aux facteurs environnementaux et aux souhaits et besoins du patient. Dans le cadre de soins adaptés, le bon prestataire de soins est recherché le plus rapidement possible afin de prendre les mesures appropriées, ce qui permet d'éviter le sous- ou le sur-traitement.

La mise en œuvre du PMHC en Norvège a été vécue comme un processus complexe, surtout dans la phase de démarrage où il fallait introduire toutes sortes de procédures, de formulaires, de matériel d'information et de sites internet ; former et encadrer le personnel et développer ou adapter le matériel de cours, le traitement et la mesure des symptômes, et façonner la coopération avec d'autres services.

1 <https://bmcpyschiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1838-0> et <https://www.karger.com/Article/FullText/504453>

**S'INSPIRER
POUR CHANGER**

Ce rapport fournit des « sources d'inspiration » pour renforcer la gestion de la santé mentale dans la première ligne. Toutefois, ces exemples et leurs mises en œuvre ne peuvent être « simplement » copiés ou transférés dans un autre contexte. Les contextes locaux et les systèmes de santé et de bien-être peuvent influencer considérablement le développement d'une initiative. Toutefois, on remarque que la logique de base des méthodes est quelque peu similaire et il est certainement possible d'en tirer des enseignements.

La littérature permet de classer les types d'initiatives et de réfléchir aux aspects sur lesquels un projet peut se concentrer. Les exemples nous apprennent également que toutes les initiatives ne sont pas facilement capturées par la typologie de la littérature. On pense, par exemple, aux centres ouverts et aux « initiatives de déstigmatisation ».

Dans la catégorie « initiatives de déstigmatisation », il est frappant de constater que nous n'avons trouvé aucun exemple en Europe. Aucun projet ne se concentre sur le renforcement de l'interaction entre les personnes avec une vulnérabilité mentale ou des troubles psychiatriques et les personnes sans problèmes de santé. Aucune action ne porte non plus sur la stigmatisation parmi les professionnels de la santé (ces exemples peuvent être retrouvés pour certains pays qui sont encore en train de développer leurs systèmes de santé).

La littérature décrit comment les interventions qui se concentrent sur la formation et la formation continue, le maintien du contact et de la coopération entre les groupes, les campagnes de sensibilisation via les médias peuvent apporter une contribution importante pour surmonter les obstacles à l'utilisation des services. Il est également utile de veiller à ce que les problèmes de santé mentale puissent être abordés et traités dans le cadre d'un système de soins « général » et pas seulement dans une niche spécialisée. La littérature scientifique montre que les initiatives de déstigmatisation axées sur le contact mutuel, la collaboration et l'action contribuent de manière significative au démantèlement du clivage « nous » (les « normaux ») contre « eux » (les personnes avec des problèmes mentaux). Ainsi, ce facteur social contribue à la guérison des personnes avec une fragilité mentale ou à briser le tabou de la demande d'aide. Nous n'avons pas non plus trouvé de pratiques spécifiques axées sur l'image des patients avec des troubles psychiatriques, alors que la littérature montre que ce groupe a insuffisamment recours aux soins somatiques, probablement parce que les prestataires de soins de première ligne (et les autres) n'évaluent pas la situation de la même manière que pour les autres patients¹. La raison pour laquelle nous n'avons pas inclus ce type d'exemple est liée à la stratégie de recherche utilisée.

1 Voir, par exemple, Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, Sullivan G, Mental health stigma and primary health care decisions, *Psychiatry Res.* 2014 Aug 15;218(1-2):35-8. doi: 10.1016/j.psychres.2014.04.028. Epub 2014 Apr 18. PMID: 24774076; PMCID: PMC4363991.

Mitchell AJ, Malone D, Doebbeling CC, Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse : systematic review of comparative studies, *Br J Psychiatry.* (2009) 194:491-9. doi: 10.1192/bjp.bp.107.045732.

Heim E, Kohrt B, Koschorke M, Milenova M, Thornicroft G (2020), Reducing mental health-related stigma in primary health care settings in low- and middle-income countries : A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, E3. doi:10.1017/S2045796018000458. Kohrt BA, Turner EL, Rai S, Bhardwaj A, Sikkema KJ, Adekun A, Dhakal M, Luitel NP, Lund C, Patel V, Jordans MJD, Reducing mental illness stigma in healthcare settings : proof of concept for a social contact intervention to address what matters most for primary care providers, *Social Science & Medicine*, Volume 250,2020,112852, ISSN 0277-9536, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112852>.

La typologie issue de la littérature ne prend pas non plus en compte les groupes cibles. Cependant, les exemples illustrent que des modèles spécifiques peuvent être utilisés pour des groupes sociaux très vulnérables (personnes avec des difficultés socio-économiques, personnes réfugiées,...).

Ce rapport ne s'attarde pas sur les modèles de centres ouverts (*Family of mental health walk-in centers*), à l'exception du projet pour les jeunes aux Pays-Bas, qui sont pourtant importants pour la première ligne (et souvent pour certains groupes vulnérables). Ces *walk in (counseling) centers* (centres de conseil sans rendez-vous) sont très utilisés au Canada et en Australie¹, par exemple. En Angleterre (Manchester), le modèle sans rendez-vous est introduit pour les situations de crise. Aux États-Unis, les cliniques sans rendez-vous sont principalement utilisées dans un contexte hospitalier pour résoudre le problème des rendez-vous (manqués) et de l'observance thérapeutique.

Nous n'avons pas non plus accordé beaucoup d'attention aux initiatives qui visent les citoyens, c'est-à-dire pas les prestataires de soins de première ligne. Une initiative intéressante est le programme écossais *Health in Mind*, actif depuis 1982. Son objectif est de responsabiliser les citoyens dans le domaine de la santé mentale sans pour autant la médicaliser. Il offre de nombreuses formes de soutien et un portail pour guider les personnes à travers un éventail d'activités. Les activités proposées sont non seulement thérapeutiques mais aussi préventives.

En résumé, cet inventaire international n'a pas la prétention d'être complet ou de détailler tous les aspects de la mise en œuvre de chaque initiative. Cependant, on peut extraire de cette vue d'ensemble un certain nombre d'aspects

qui peuvent être pris en compte lorsqu'on travaille sur le changement durable et que l'on s'occupe de la santé mentale dans la première ligne.

L'introduction d'un projet ou d'une intervention visant à modifier les services de soins n'est jamais une action temporaire isolée. Il s'agit d'un processus avec des phases dans lesquelles différentes activités sont plus ou moins accentuées. Il y a donc une grande différence entre l'idée, le plan et ensuite le processus de mise en œuvre du plan. Dans ce processus de mise en œuvre, de nombreuses actions sont combinées, et il peut être nécessaire de procéder à des ajustements par rapport au plan initial. L'élaboration concrète d'initiatives est très sensible au contexte et doit pouvoir passer par un processus d'apprentissage. Une telle attitude flexible est nécessaire. La manière dont les idées et les modèles sont mis en pratique n'est pas toujours standardisée mais adaptée aux circonstances locales. Cela n'empêche pas que ces idées puissent être incluses et que les enseignements tirés de l'évaluation et du suivi soient extrêmement importants.

Dans l'ensemble des pratiques évoquées, nous constatons également que les initiatives sont construites sur et autour de la collaboration (individuelle, organisationnelle, sectorielle, politique). Dans le domaine des soins, de nombreux acteurs sont impliqués dans le changement. Les projets ou initiatives dépendent de l'implication, de la compréhension et du sens donné à une initiative par différents acteurs. Il est donc important que chaque projet commence par le partage d'une vision commune et une explication claire de la manière dont cette vision peut être mise en pratique. Trop souvent, l'histoire reste

1 Voir, par exemple, <https://walkincounseling.com/>, <https://www.whatsupwalkin.ca/>

trop implicite. Ce qui signifie que, malgré toutes les bonnes intentions et l'engagement, les acteurs ne voient pas toujours leurs attentes non exprimées se réaliser. Ce qui entraîne désillusion ou tension entre les différentes logiques à partir desquelles les acteurs agissent. L'élaboration et la mise en œuvre d'un changement ne présupposent certainement pas que toutes les personnes impliquées pensent de manière « homogène ». Mais, il est nécessaire de disposer d'une base commune aux personnes impliquées qui ne reste pas trop vague. La littérature scientifique montre qu'il s'agit d'un des éléments qui contribuent à l'établissement d'une confiance mutuelle.

Le développement et le lancement d'une initiative et la modification des processus de travail nécessitent un leadership, une force directrice qui stimule et facilite les actions et les interventions. Le leadership, c'est aussi la capacité d'encourager les acteurs à prendre des mesures concrètes et à travailler sur des accords clairs concernant les tâches et les rôles. Celui-ci ne doit certainement pas être formel ou procédural. Mais, la manière dont la coopération se déroule doit être basée sur la confiance mutuelle entre les partenaires. D'autant plus que toutes les parties concernées ne travaillent pas selon la même logique.

Chaque projet ou initiative doit tenir compte du fait qu'il y aura des passionnés engagés qui voudront avancer rapidement et activement, qu'il y aura des personnes et des organisations plus prudentes, mais aussi que tout le monde ne voudra pas nécessairement participer dès le début. Ce point de vue est essentiel car la plupart des initiatives reposent sur l'engagement humain, qui est l'une des ressources les plus importantes.

Outre la disponibilité et l'engagement des personnes, il est également important de réfléchir suffisamment aux ressources financières, logistiques et infrastructurelles disponibles et nécessaires, de savoir si le temps de travail disponible est suffisant et comment il est trouvé parmi les différentes parties impliquées, et surtout si ces ressources et ce temps peuvent également être trouvés à plus long terme.

Une communication bien organisée pour et avec toutes les personnes concernées est aussi un point d'attention important. Cette communication est un processus qui doit prendre forme pendant toute la période de mise en œuvre et doit rechercher un équilibre entre une information efficace et une méthode de travail basée sur le dialogue et la participation. La nature et le contenu (ce qui est communiqué, à qui et à quel moment) des processus participatifs qui contribuent à façonner le projet requièrent une grande attention.

Le suivi systématique du déploiement et des évolutions du projet, éventuellement lié à une évaluation formelle (évaluation du processus et d'impact), est un outil important pour faire progresser une pratique nouvellement introduite. Le suivi peut parfaitement être organisé dans le cadre de consultations et d'un dialogue avec les acteurs concernés. Mais, il ne s'agit pas d'une série de dialogues réguliers sans engagement. Il est utile que le suivi (en tant que simple variante de l'évaluation du processus) utilise des critères et des points focaux, également dans le but de maintenir la cohérence et la consistance de l'initiative.

**Pour conclure, voici les enseignements
que l'on peut tirer de cet aperçu international :**

- les modalités d'intégration de la santé mentale et de la première ligne dépendent du contexte local et du système de soins ;
- en partant d'une approche incluant la personne, on vise une approche holistique intégrale du groupe cible, en mettant l'accent sur l'*empowerment* de la personne ;
- il est nécessaire de prendre le temps d'écouter, de consulter et de conseiller ;
- la première ligne doit continuer à investir dans l'acquisition d'un mélange de connaissances, de compétences et d'aptitudes (*skill mix*). Les compétences et les connaissances peuvent être renforcées par la formation et la formation continue. Mais, il faut également faire un effort pour faire appel à une expertise externe (cf. consultations de liaison) ou pour élargir la pratique à plusieurs disciplines ;
- les connaissances et les compétences ne sont pas les seules à jouer un rôle. Les interventions et les formations devraient également porter sur les attitudes, les préjugés et les éventuelles discriminations dont sont victimes les personnes avec une vulnérabilité mentale de la part des prestataires de soins de la première ligne ;
- le recours à la supervision et au soutien pour accroître les connaissances et les compétences en matière de santé mentale semble crucial ;
- le travail interdisciplinaire et en équipe semble essentiel, y compris l'intégration des connaissances expérientielles et du système de soins informels ;
- la colocalisation semble présenter un certain nombre d'avantages importants, tant pour les patients que pour l'apprentissage mutuel des acteurs concernés. La colocalisation facilite le contact direct et la communication et favorise l'accessibilité pour l'utilisateur des soins de santé ;

- il est important d'aligner des logiques et des priorités différentes dans le cadre d'une collaboration : respecter les logiques respectives des différentes disciplines, organisations et secteurs ;
- il faut veiller à l'accessibilité et à la continuité des soins. La coordination entre les prestataires de soins et le partage des informations sont des conditions essentielles ;
- l'accompagnement en matière de santé mentale demande une perspective de trajet ; il ne s'agit pas d'une intervention ponctuelle, même pour les problèmes de santé plus légers ;
- la coordination peut, dans la majorité des cas, incomber au personnel de première ligne, à condition qu'il ait et prenne le temps de suivre l'ensemble du trajet. Il est essentiel d'établir des accords clairs sur les tâches et les rôles, mais il faut aussi faire preuve de flexibilité ;
- des interventions ciblées sont nécessaires pour certains groupes (par exemple, les jeunes, les personnes sans-abri, les personnes réfugiées, ...). Toutefois, l'intégration avec l'ensemble du système de soins doit être recherchée ;
- les approches qui impliquent activement le collectif (le quartier, la communauté locale) semblent être extrêmement porteuses. De nombreux problèmes mentaux peuvent être compris et traités à partir des caractéristiques de la communauté locale dans laquelle s'exerce la fonction de première ligne, et pas seulement à partir d'une perspective individuelle. La manière dont les mesures sont prises et les conseils fournis peuvent être adaptés à cette situation (mais toujours dans un cadre *evidence informed*, c'est-à-dire basé sur des preuves de bon fonctionnement) ;
- le *Social prescribing* / « Bien-être sur prescription » est une technique prometteuse dans laquelle les soins de première ligne ainsi que d'autres secteurs et surtout la communauté peuvent jouer un rôle important.

Il permet d'éviter que le bien-être et les troubles psychiques ne soient trop rapidement médicalisés ;

- une brèche est ouverte pour les innovations numériques. Elles peuvent soutenir l'autogestion des citoyens et des patients, la pratique de consultations en ligne ou de e-consultations et l'acquisition de connaissances et de compétences pour les travailleurs de la première ligne dans l'identification et le traitement de la santé mentale. Dans ce domaine, les compétences numériques du public cible doivent être soigneusement prises en compte, d'autant que dans une société diversifiée, elles ne sont certainement pas réparties de manière égale dans toutes les couches de la population ;
- travailler sur le bien-être et la santé mentale dans le cadre de la première ligne demande de l'engagement et du dévouement, mais aussi le courage de « référer » vers des services spécialisés si les besoins sont trop complexes. Dans l'intégration, il faut utiliser en priorité l'expertise et les connaissances présentes dans les soins de première ligne. Même si les soins de première ligne ne peuvent pas tout s'approprier. La coopération avec les autres acteurs peut se construire selon des formes variables : consultations partagées, liaison et réorientation si nécessaire. Mais, la coordination entre les partenaires doit toujours être garantie ;
- de nouveaux rôles dans la première ligne doivent être développés. Un certain nombre d'exemples intègrent de nouveaux « rôles » dans la première ligne, des tâches liées à la coordination et à l'accompagnement (cf. case managers, consultation, etc.). Toutefois, il ne s'agit pas seulement de nouvelles fonctions, le contenu et le rôle des travailleurs de la première ligne peuvent également évoluer, passant d'une approche professionnelle individualiste à une approche de groupe interdisciplinaire et de *shared care* (soins partagés), dans laquelle il y a également une place pour le patient et son entourage (famille, proches) ;

- toutes les initiatives de première ligne sur le bien-être mental et la vulnérabilité ne doivent pas être prises dans le giron du système de soins de santé institutionnel. Il y a certainement de la place pour des initiatives plus informelles qui se concentrent sur le soutien social, la sensibilisation, l'empowerment, la déstigmatisation et qui ciblent des groupes qui ont du mal à trouver leur voie dans le système de santé ordinaire.

SOURCES

www.mind.org.uk/media-a/4409/13296_primary-care-policy_web_op.pdf

www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.00426/full

www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/integrated-models-lit-review.pdf

www.shared-care.ca/files/Improving_collaboration_between_primary_care_and_mental_health_services.pdf

www.seguridaddelpaciente.es/opsc/boletin4/buenaspracticass070406.pdf

www.kingsfund.org.uk/publications/integrated-care-systems-explained

www.kingsfund.org.uk/events/mental-health-primary-care

www.mentalhealthreform.ie/wp-content/uploads/2018/04/Mental-Health-in-Primary-Care-in-Ireland1.pdf

www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/advancing-the-shared-care-approach-between-primary-care-specialist-mental-health-services.pdf

www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/shared-care-for-people-with-mental-illness-a-gps-perspective/5FF61EC2A4C073DF1A0709FB85C5F366

www.shared-care.ca/files/Improving_collaboration_between_primary_care_and_mental_health_services.pdf

www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/rapport_coordination_mg_psy.pdf

www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/shared-care-for-people-with-mental-illness-a-gps-perspective/5FF61EC2A4C073DF1A0709FB85C5F366

www.shared-care.ca/files/Improving_collaboration_between_primary_care_and_mental_health_services.pdf

www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2018-06/Innovative_models_GP_Kings_Fund_June_2018.pdf

Santé mentale et première ligne

Exemples internationaux

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands onder de titel:
Geestelijke gezondheid in de eerste lijn - Internationale voorbeelden

This publication is also available in English:
Mental health in primary care - International examples

Une édition de la Fondation Roi Baudouin

Rue Brederode 21
1000 Bruxelles

Auteur

Mark Leys, VUB

Coordination pour la Fondation Roi Baudouin

Gerrit Rauws, Anneke Ernon, Yves Dario, Pascale Prête

Conception graphique et mise en page

signalazer.com

Cette publication peut être téléchargée gratuitement
sur notre site kbs-frb.be

Dépôt légal **D/2848/2021/10**

Numéro de référence **3784**

JUIN 2021

Avec le soutien de la **Loterie Nationale**

Fondation Roi Baudouin

Agir ensemble pour une société meilleure

La Fondation Roi Baudouin a pour mission de contribuer à une société meilleure.

La Fondation est, en Belgique et en Europe, un acteur de changement et d'innovation au service de l'intérêt général et de la cohésion sociale. Elle cherche à maximiser son impact en renforçant les capacités des organisations et des personnes. Elle encourage une philanthropie efficace des particuliers et des entreprises.

Ses valeurs principales sont l'intégrité et la transparence, le pluralisme et l'indépendance, le respect de la diversité et la promotion de la solidarité.

Ses domaines d'action actuels sont la pauvreté et la justice sociale, la philanthropie, la santé, l'engagement sociétal, le développement des talents, la démocratie, l'engagement européen, le patrimoine, la coopération au développement et le développement durable.

La Fondation a été créée en 1976, à l'occasion des 25 ans de règne du roi Baudouin.

Merci à la Loterie Nationale et à ses joueurs, ainsi qu'à nos nombreux donateurs pour leur engagement.

kbs-frb.be

Abonnez-vous à notre e-news sur kbs-frb.be

bonnescauses.be

Suivez-nous sur     

Fondation Roi Baudouin, fondation d'utilité publique

Rue Brederode 21, 1000 Bruxelles

info@kbs-frb.be | 02 500 45 55

Les dons à partir de 40 euros sur notre compte

IBAN: BE10 0000 0000 0404 – BIC: BPOTBEB1

bénéficient d'une réduction d'impôt de 45 %

du montant effectivement versé.

