

PROGRAMME FÉDÉRAL DE RECHERCHES DROGUES

RÉSUMÉ

SUMHIT

Substance use and mental health care integration

Une étude des réseaux de services en santé mentale et en addictions en Belgique, leur accessibilité, et les besoins des usagers

AUTHORS:

Mégane CHANTRY (UCLouvain)
Jürgen MAGERMAN (HOGENT/UGent)
Kim FERNANDEZ (Sciensano)
Clara DE RUYSSCHER (UGent)
Deborah Louise SINCLAIR (UGent)
Ilse GOETHALS (HOGENT)
Jérôme ANTOINE (Sciensano)

PROMOTORS:

Pablo NICAISE (Coord) – Institute of Health and Society (IRSS), UCLouvain
Jessica DE MAEYER – EQUALITY//ResearchCollective, HOGENT
Lies GREMAUX – Sciensano
Wouter VANDERPLASSCHEN – Department of Special Needs Education, UGent
Freya VANDER LAENEN[†] – Department of Law and Criminology, UGent
Philippe DELESPAUL – Department of Psychiatry and Neuropsychology and
School for Mental Health and Neuro Science, Maastricht University

SUMHIT

Substance use and mental health care integration: a study of service networks in mental health and substance use disorders in Belgium, their accessibility, and user's needs.

Contrat - DR/89

RESUME EXECUTIF

PROMOTEURS: Pablo NICAISE (UCLouvain)
Jessica DE MAEYER (HOGENT)
Lies GREMAUX (Sciensano)
Wouter VANDERPLASSCHEN (UGent)
Freya VANDER LAENEN[†] (UGent)
Philippe DELESPAUL (Maastricht University)

AUTHEURS: Mégane CHANTRY (UCLouvain)
Jürgen MAGERMAN (HoGent/UGent)
Kim FERNANDEZ (Sciensano)
Clara DE RUYSSCHER (UGent)
Deborah Louise SINCLAIR (UGent)
Ilse GOETHALS (HOGENT)
Jérôme ANTOINE (Sciensano)





Publié en 2024 par la Politique scientifique fédérale (BELSPO)

WTCIII

Boulevard Simon Bolivar 30

B-1000 Brussels

Belgium

Tél: +32 (0)2 238 34 11 - Fax: +32 (0)2 230 59 12

<http://www.belspo.be>

<http://www.belspo.be/drugs>

Personne de contact: Aziz Naji

Tél: +32 (0)2 238 36 46

Ni la Politique scientifique fédérale, ni aucune personne agissant au nom de la Politique scientifique fédérale ne peuvent être tenus responsables de l'utilisation qui serait faite des informations suivantes. Les auteurs sont les seuls responsables du contenu de ce document.

Cette publication ne peut être reproduite, même partiellement, archivée ou transmise sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit (électronique, mécanique, photocopies, enregistrement ou autre sans qu'y figurent les références suivantes:

Chantry M., Magerman J., Fernandez K., De Ruyscher C., Sinclair D. L., Goethals I., Antoine J., De Maeyer J., Gremaux L., Vander Laenen F.[†], Vanderplasschen W., Delespaul P., Nicaise P. ***Substance Use and Mental Health care InTEgration, a study of service networks in mental health and substance use disorders in Belgium, their accessibility, and the user's needs.*** Résumé exécutif. Bruxelles: Politique scientifique fédérale 2024 – 30 p. (Programme fédéral de recherche drogues)

I. NOTE PRELIMINAIRE

Les addictions aux drogues et les maladies mentales sont des sujets sensibles qui donnent lieu à des interprétations différentes selon la terminologie utilisée. Dans les différentes sections du présent rapport, nous avons choisi de parler de troubles liés à l'utilisation de substances (TUS), quelle que soit la substance, y compris l'alcool, et de troubles mentaux ou de maladies mentales (MM). Nous parlons également de "soins" pour désigner tout type de soutien, qu'il soit médical, psychologique, social ou autre, et nous appelons les personnes qui utilisent les services de soins ou qui auraient besoin de soins des "utilisateurs de soins" ou parfois des "usagers". Nous distinguons donc les personnes qui consomment des drogues sans avoir de besoins spécifiques et les personnes qui ont des troubles liés à l'utilisation de substances, ainsi que les utilisateurs de soins, c'est-à-dire des personnes qui utilisent des services ou qui ont besoin de soins. Nous utilisons ces termes dans un sens générique, sans aucune orientation normative spécifique qui sous-tendrait ces concepts. Le cadre conceptuel qui sous-tend l'ensemble de la recherche est l'approche par le rétablissement personnel⁽¹⁻⁴⁾, dont nous présentons les principaux aspects dans les pages qui suivent. Bien que ce concept soit également sujet à différentes interprétations, nous le comprenons comme une approche des TUS et des MM qui soutient l'autonomie, l'inclusion sociale, la responsabilisation et les ressources personnelles des personnes ayant des besoins de soins afin qu'elles puissent déployer une vie pleine de sens en dépit des problèmes éventuels liés à la maladie ⁽¹⁾.

II. CONTEXTE GÉNÉRAL

A. Introduction

Ce document est le résumé exécutif du rapport final du projet de recherche "Substance Use and Mental Health care Integration, a study of service networks in mental health and substance use disorders in Belgium, their accessibility, and users' needs" (SUMHIT). Cette recherche a examiné divers aspects de la séparation qui existe entre le secteur des soins en santé mentale, que nous qualifions de "générique" dans ce rapport (par exemple, dans les services de santé mentale ou dans les unités résidentielles psychiatriques), et le secteur des soins en matière d'addictions, que nous qualifions de "spécialisés" dans ce rapport.

Il est clairement établi, dans la littérature scientifique, que de nombreuses personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances (TUS) présentent également des troubles mentaux concomitants, tandis que de nombreuses personnes souffrant de maladies mentales (MM) consomment également des drogues. Pourtant, le secteur des soins spécialisés en addictions et le secteur générique des soins de santé mentale se sont développés séparément. Les professionnels et les services des deux secteurs ne collaborent pas toujours efficacement, et les usagers soignés dans les deux secteurs peuvent avoir des profils de besoins différents. En outre, certains besoins en soins ne sont pas rencontrés à cause de cette division. Dans ce contexte, l'objectif principal de SUMHIT était d'examiner et d'évaluer la place des personnes qui consomment des drogues dans le domaine des soins de santé mentale génériques. Il s'agissait aussi d'examiner la disponibilité des soins de santé mentale génériques pour les personnes ayant des TUS et la capacité des secteurs générique de santé mentale et spécialisés en matière d'addictions à collaborer dans le cadre des réseaux de services en santé mentale qui ont été établis en Belgique depuis 2010. SUMHIT a abordé trois niveaux d'étude en

recourant tant à des données quantitatives que qualitatives : le niveau des utilisateurs de soins, le niveau des professionnels et services de soins, et le niveau du système de soins dans son ensemble. Plus particulièrement, la recherche a examiné (1) les besoins en soins, rencontrés et non rencontrés, et les trajectoires de soins des personnes ayant des TUS dans le domaine de la santé mentale, (2) les expériences des professionnels (cliniciens et gestionnaires de services de l'ensemble des types de service génériques et spécialisés, des coordinateurs de réseaux...), et (3) les caractéristiques structurelles du système de soins (par exemple les réseaux) qui encadrent les pratiques de collaboration. Les résultats principaux et des suggestions de mécanismes organisationnels ont été discutées avec des acteurs-clé des deux grandes communautés linguistiques afin de fournir aux autorités et aux professionnels des recommandations politiques et de soins fondées sur la recherche scientifique en vue d'améliorer la continuité des soins entre ces secteurs, de proposer des parcours de soins adaptés à des profils de besoins spécifiques et de soutenir globalement l'approche par le rétablissement personnel des usagers de soins.

B. Etat des lieux

De nombreuses personnes ayant des troubles liés à l'utilisation de substances (TUS) ont des troubles mentaux concomitants, tandis que de nombreuses personnes ayant une maladie mentale (MM) consomment des drogues. Les estimations de prévalence de la consommation de drogues chez les personnes ayant des troubles mentaux varient de 20 à plus de 50%^(5, 6). En Belgique, dans le cadre de l'évaluation de la réforme de l'organisation des soins de santé mentale "Article 107" (2014-2015), parmi les 1200 usagers ayant une MM sévère recrutés dans tous les types de services présents dans les réseaux de santé mentale, 18,5% avaient un diagnostic concomitant de TUS⁽⁷⁾. Les personnes ayant à la fois des TUS et des MM font face à des difficultés plus importantes que les personnes ayant uniquement l'un ou l'autre de ces types de trouble, que ce soit en termes d'accessibilité aux services, de besoins non satisfaits, d'adhésion aux traitements ou de rechutes, d'intégration sociale et de rétablissement personnel⁽⁸⁾. Pourtant, dans la plupart des pays, y compris la Belgique, le secteur spécifique de soins et d'assistance dédié aux personnes ayant des TUS (ci-après, le "secteur des soins spécialisés en addictions") s'est développé séparément du secteur générique des soins de santé mentale (SM). La plupart des personnes qui utilisent les services génériques de soins en santé mentale ou les services spécialisés en addictions sont pourtant confrontées à des problèmes similaires en termes de nature et de durée. Leurs besoins médicaux, psychologiques et sociaux nécessitent une prise en charge globale de la part des prestataires de soins, notamment en termes de continuité des soins et de soins personnalisés^(1, 3, 4, 9-12).

La division est pourtant du côté des professionnels et du système de soins, et non du côté des usagers⁽¹³⁾. En Belgique, le manque de capacité des services à prendre en charge les problèmes des personnes ayant des besoins multiples, notamment des personnes ayant des TUS, a été soulignée comme une faiblesse importante de la réforme des soins de santé mentale⁽¹⁴⁾. En outre, cette fragmentation est amplifiée par la répartition complexe des responsabilités en matière de santé entre l'État Fédéral et les entités fédérées (Régions et Communautés)⁽¹⁵⁾. Cependant, au cours des deux premières décennies du XXI^{ème} siècle, tant le secteur des soins génériques SM que le secteur des soins spécialisés en addictions ont connu des changements majeurs. Du côté des soins de santé mentale, au début des années 2000, le secteur en Belgique était encore fortement centré sur les hôpitaux, avec l'un des taux les plus élevés de lits par habitant dans les pays de l'OCDE, ainsi que de longues durées de séjour dans les services psychiatriques hospitaliers^(16, 17). La réforme nationale de l'organisation des soins de santé mentale, connue sous le nom d'"Article 107", a débuté en 2010. Elle a mis en place des

réseaux de services avec quatre objectifs principaux : (1) renforcer l'offre de soins dans la communauté, (2) améliorer la continuité des soins dans et entre les secteurs de soins, (3) réduire et intensifier le recours aux séjours hospitaliers, et (4) favoriser la réhabilitation sociale des usagers des soins^(15, 18). Du côté des soins spécialisés pour les personnes ayant des TUS, un nouveau cadre de politique en matière de drogues, appelant à une politique globale et intégrée, a été établi en 2001⁽¹⁹⁾. Il a déplacé la priorité principale de la politique belge en matière de drogues depuis la répression vers la prévention et l'assistance. Ce cadre politique, associé à la décentralisation des responsabilités en matière de politique de santé vers les entités fédérées, a permis aux acteurs de la prévention et des soins (y compris la réduction des risques et la réhabilitation) de se développer de manière importante, avec une variété d'interventions et de types de services novateurs intégrés dans des approches diverses. De la même manière que dans le secteur générique des soins de santé mentale, la priorité dans le secteur spécialisé des soins en addictions a été donnée aux services communautaires et l'accent a été mis sur la réhabilitation sociale plutôt que sur les traitements résidentiels plus traditionnels visant l'abstinence au premier chef – bien que ces derniers restent présents dans le continuum des options de soins existantes. Les conditions sont donc réunies pour considérer un modèle renouvelé de collaboration ou d'intégration entre les deux secteurs. L'objectif principal de SUMHIT était d'examiner et d'évaluer la situation actuelle et les possibilités d'améliorer l'exhaustivité de l'offre de soins dans le domaine de la santé mentale et des troubles liés à l'usage de substances.

Plus particulièrement, l'une des principales faiblesses du système de santé belge, tant en ce qui concerne les TUS que les MM, est sa faible capacité à assurer la continuité des soins^(20, 21). La continuité des soins recouvre trois dimensions principales : la continuité transversale, c'est-à-dire la capacité de plusieurs cliniciens et services à offrir des soins et un soutien complets au cours d'un épisode de soins ; la continuité longitudinale, c'est-à-dire la capacité du système de soins à maintenir le contact avec les utilisateurs ayant des problèmes chroniques au travers des divers épisodes de soins ; et la continuité relationnelle, c'est-à-dire l'existence d'une alliance thérapeutique appropriée⁽²²⁾. Alors que la continuité relationnelle des soins est principalement associée à des facteurs individuels, les continuités longitudinale et transversale sont fortement influencées par des facteurs organisationnels et systémiques. Par exemple, des recherches ont montré que la collaboration au sein des réseaux de services était déterminée par des relations interpersonnelles et informelles plutôt que par des mécanismes formels et organisationnels⁽²³⁾. Toutefois, on sait peu de choses sur la manière d'organiser efficacement les soins au sein des réseaux de services⁽²⁴⁾.

Par ailleurs, depuis quelques années, la littérature scientifique, tant sur les TUS que sur les MM, met fortement l'accent sur le rétablissement personnel en tant qu'approche de base^(1, 3, 9-11, 25-28). Le rétablissement personnel est largement soutenu et s'appuie sur diverses interventions validées par la littérature scientifique^(4, 12, 25, 27-41). Le rétablissement personnel est une approche de la réadaptation psychosociale des personnes ayant des troubles mentaux ou des TUS, qui vise à les aider à retrouver leur autonomie malgré la maladie^(1, 2). Par conséquent, les services et les interventions qui s'inscrivent dans cette approche considèrent l'intégration sociale (logement, activité, participation à la vie sociale et objectifs personnels) comme une priorité par rapport à la gestion de la maladie et des symptômes. Cela implique la participation des personnes aux décisions concernant leur propre santé et leurs soins, ainsi que l'utilisation de leurs préférences et de leurs propres ressources pour définir les objectifs et les résultats des soins, l'inclusion sociale étant la priorité^(28, 35, 40-42). En raison de sa nature globale, l'approche par le rétablissement personnel est susceptible d'aider les professionnels de la santé des deux secteurs à avoir des objectifs communs entre eux ainsi qu'avec les usagers. C'est ainsi que

l'approche par le rétablissement personnel devrait permettre de diminuer les problèmes de continuité des soins et, par conséquent, les risques de survenue d'événements indésirables et d'épisodes de crise, ainsi que de renforcer l'autonomie des usagers et leur droit à choisir ce qu'ils et elles considèrent comme le traitement le plus approprié et le plus adéquat. En outre, au niveau des services et de l'ensemble du système de soins, l'approche par le rétablissement personnel devrait permettre de réduire les problèmes de continuité et de fragmentation des soins qui retardent la capacité du système à répondre aux besoins des usagers. Par conséquent, elle devrait permettre de réduire le recours abusif aux soins de crise et d'urgence, de réduire la saturation de la plupart des services (et de réduire le temps d'attente pour accéder aux services) et, en fin de compte, de réduire les coûts pour le système tout en augmentant son efficacité. L'impact attendu devrait être particulièrement important pour les sous-groupes de population les plus vulnérables. Malgré les preuves et la disponibilité d'outils et d'interventions soutenues par la littérature scientifique, cette approche est seulement entrain de susciter l'intérêt de la part des professionnels des soins en Belgique⁽⁴³⁾. Dans cette recherche, nous postulons que l'approche par le rétablissement personnel est susceptible de favoriser une intégration optimale des secteurs des soins spécialisés en addiction et des soins génériques de santé mentale⁽¹⁰⁾.

C. Questions de recherche et contenu du rapport

SUMHIT a abordé trois niveaux d'étude : (1) les usagers, (2) les professionnels et les services de soins, et (3) les réseaux de services et le système de soins. La question de recherche principale était la suivante : *"Quel est le niveau actuel de collaboration/intégration entre les secteurs (générique) des soins de santé mentale et (spécialisé) en matière d'addiction, et comment peut-on l'améliorer de manière efficace ?"*

Pour répondre à cette question de recherche principale, plusieurs *Work Packages* (WP) ont été définis avec des actions spécifiques aux trois niveaux d'étude. Nous avons utilisé une approche mixte, puisque des données quantitatives et qualitatives ont été collectées aux trois niveaux, et que différentes méthodes ont été utilisées pour les analyser, notamment des statistiques, des analyses de réseau, des analyses thématiques inductives et déductives, ainsi que des analyses documentaires et de la littérature. Lors de la rédaction du rapport final, il a semblé plus cohérent de présenter les résultats en fonction des sous-questions de recherche aux trois niveaux de l'étude, plutôt que de présenter les résultats par WP. En effet, les sous-questions de recherche sont abordées avec des résultats de plusieurs analyses différentes. Le rapport complet s'articule ainsi donc autour de cinq sections.

La première section est *une introduction et présentation du contexte général de l'étude*. Dans la deuxième section, nous abordons *les besoins des utilisateurs et l'accès aux services*. Une enquête en auto-passation a été menée auprès d'utilisateurs de divers types de services à travers le pays afin d'évaluer les besoins des utilisateurs rencontrés et non rencontrés, ainsi que les déterminants de ces besoins. Les résultats obtenus au cours de cette partie du projet nous ont permis de recruter des utilisateurs aux profils spécifiques pour une exploration plus approfondie de ces besoins au cours d'entretiens qualitatifs. Nous avons examiné l'accès et l'utilisation des soins par ces utilisateurs et avons cherché à savoir si les usagers des services génériques de santé mentale et des services spécialisés en addiction avaient des besoins différents et quels étaient les déterminants de l'accès et de l'utilisation des services dans ces deux secteurs. Nous avons également examiné l'expérience vécue par les usagers dans leurs contacts avec les deux secteurs, y compris les obstacles et les facilitateurs rencontrés. Des usagers n'ayant pas (ou plus) de contacts avec le système de soins ont également été inclus dans cette partie de l'étude.

La troisième section présente les *expériences des professionnels*. Ces expériences englobent les relations des professionnels avec les usagers, mais aussi les barrières et les facilitateurs perçus dans le processus de collaboration avec d'autres professionnels et services, en particulier au sein des réseaux de services. Cette section fait également état d'expériences de collaboration et d'interventions développées ailleurs et des bonnes pratiques extraites de la littérature. La quatrième section aborde le niveau des *réseaux et du système de soins*. En particulier, nous avons examiné les spécificités de l'offre de soins et la structure des réseaux, avec une vue spécifique sur le positionnement des services spécialisés en matière de TUS dans le contexte plus large des réseaux de services de santé mentale.

Enfin, la cinquième section est une *discussion générale* des résultats obtenus aux trois niveaux de l'étude et comprend les *recommandations politiques et pratiques de l'étude* afin d'améliorer la capacité de collaboration des deux secteurs. Ces recommandations ont été élaborées en collaboration avec des gestionnaires de services et de réseau et des décideurs politiques. La discussion générale et les recommandations sont incluses dans ce résumé.

D. Méthodologie générale et cadre de l'étude

SUMHIT s'intéresse à la capacité du système belge de soins de santé mentale à englober les besoins des personnes souffrant de TUS. Par conséquent, au niveau organisationnel, la recherche s'inscrit dans le cadre de la politique de santé mentale qui a établi des réseaux de services en 2010 pour couvrir les besoins de la population en matière de santé mentale^(15, 18). Cette réforme a établi 20 territoires couverts par un réseau dans l'ensemble du pays (12 en Flandre, 1 en région de Bruxelles-Capitale et 7 en Wallonie). Cinq territoires ont été sélectionnés pour l'étude. Cette sélection s'est faite sur la base de plusieurs critères : (1) nous voulions inclure les trois régions, (2) nous voulions inclure de grandes zones urbaines, où les personnes souffrant de TUS et de comorbidité mentale se retrouvent plus souvent et où l'offre de services est plus importante, mais nous voulions également inclure des zones semi-urbaines où l'offre de services peut être moins fournie. En outre, (3) des recherches antérieures sur les réseaux de services de santé mentale ont indiqué que ces réseaux pouvaient varier considérablement en termes de taille, c'est-à-dire le nombre de services inclus, ainsi qu'en termes de composition, c'est-à-dire selon proportion de types de services présents^(44, 45). Sur base de ces critères, nous avons sélectionné cinq zones : Anvers (SaRA), Alost-Termonde-St-Nicolas (GGZ ADS), et Flandre du Sud-Ouest (GGZ ZWVI) en Flandre ; Brumenta (le réseau bruxellois, qui est composé de 4 sous-réseaux : Bruxelles-Est, Hermes+, Rézone, et Norwest) ; et le "Réseau Santé Namur" en Wallonie (voir carte).

Sur les cinq territoires sélectionnés, plusieurs actions de recherche ont été menées. Au niveau des utilisateurs, une enquête sur les besoins en soins et soutien rencontrés et non rencontrés par les services a été organisée. L'enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en auto-passation composé de différentes échelles validées dans la littérature. En particulier, il comprenait le Camberwell Assessment of Needs-Short Appraisal Scale for Patients (CANSAS-P) qui permet d'évaluer les besoins de soins dans 23 domaines⁽⁴⁶⁾. Pour l'enquête, nous visons au moins 500 utilisateurs, la moitié d'entre eux étant recrutés en région néerlandophone et l'autre moitié en région francophone. En outre, nous voulions recruter la moitié de l'échantillon dans des services génériques de soins de santé mentale et l'autre moitié dans des services spécialisés en addiction. Par ailleurs, 53 entretiens qualitatifs avec des usagers ont également été menés (34 en néerlandais et 19 en français) avec des utilisateurs de services ainsi qu'avec des personnes qui ne sont plus en contact avec le système de soins. Au niveau des professionnels, une enquête sur les services a été réalisée à l'aide d'outils déjà utilisés dans des recherches antérieures^(47, 48). L'enquête était basée sur un questionnaire en ligne rempli par les

III. RÉSULTATS PRINCIPAUX ET RECOMMANDATIONS

A. Résultats principaux

La question de recherche de SUMHIT portait sur le niveau actuel de collaboration et d'intégration entre le secteur générique des soins de santé mentale et le secteur spécialisé des soins en matière d'addiction. Le projet a examiné comment l'intégration pouvait être améliorée de manière efficace. À cette fin, nous avons évalué divers aspects du phénomène au niveau des usagers, des professionnels et des services, ainsi qu'au niveau des réseaux de services et du système de soins, en utilisant tant des méthodes quantitatives que qualitatives.

L'étude a confirmé la prévalence élevée de la **comorbidité qui associe les troubles liés à l'utilisation de substances et d'autres maladies mentales** en termes relatifs. L'étude n'avait pas été conçue pour évaluer la prévalence de cette comorbidité en termes absolus, c'est-à-dire l'estimation du taux de comorbidité dans la population générale. Toutefois, plusieurs résultats de SUMHIT confirment clairement l'importance de l'association entre les troubles mentaux et l'usage de substances. L'examen des besoins en soins des utilisateurs de services qui consomment des substances, tant dans le secteur des soins de santé mentale génériques que dans celui des soins spécialisés en addictions, montre que les utilisateurs ayant un besoin de soins non rencontré en matière de santé mentale étaient cinq fois plus susceptibles d'avoir également un besoin non rencontré en matière de troubles liés à l'usage de substances, et vice-versa. Toutefois, lorsque le besoin de soins de santé mentale était rencontré, le besoin de soins liés à l'usage de substances était significativement trois à quatre fois moins élevé.

L'expérience rapportée par les usagers a montré à quel point cette comorbidité soulevait des **obstacles spécifiques à l'accès aux soins**, tant dans le secteur générique des soins de santé mentale que dans le secteur spécialisé des soins en matière d'addictions. L'étude a non seulement confirmé la prévalence élevée de cette comorbidité, mais elle a également mis en évidence les **nombreux besoins de soins** qui y sont associés, tels que les besoins socio-économiques, les besoins par rapport aux activités quotidiennes et les besoins en matière de relations sociales. Ce dernier point est particulièrement apparu comme un domaine de besoin en soutien non rencontré pour la majorité des utilisateurs, y compris pour la classe d'utilisateurs de services ayant déclaré le moins de besoins. Cette constatation montre à quel point cette population souffre d'isolement social. La littérature scientifique montre clairement que l'isolement social et la connectivité ont un impact majeur sur la santé mentale⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾ ainsi que sur la capacité des individus à accéder à un soutien approprié⁽⁵²⁾.

L'étude indique également que les besoins en soins des personnes ayant des comorbidités de troubles de santé mentale et de troubles liés à l'usage de substances n'affectent pas les genres de la même manière. Les femmes étaient significativement associées à la classe d'utilisateurs de soins déclarant principalement des besoins de soins rencontrés par rapport aux deux autres classes, c'est-à-dire les utilisateurs ayant peu de besoins et les utilisateurs ayant de nombreux besoins non rencontrés. Autrement dit, les femmes avaient tendance à déclarer davantage de besoins en soins, même si elles ne déclaraient pas un plus grand nombre de besoins en soins non rencontrés. On sait aussi, dans la littérature, que les femmes ont tendance à avoir moins accès aux services spécialisés en matière d'addictions et aux services psychiatriques hospitaliers, bien qu'elles aient plus souvent accès aux services de santé mentale ambulatoires que les hommes⁽⁵³⁻⁵⁵⁾. De nouvelles recherches devraient étudier ce phénomène plus en détail, mais ces résultats indiquent déjà que **le genre est un facteur qui nécessite une attention particulière** et des mécanismes différenciés d'accès aux soins⁽⁵⁶⁾.

SUMHIT a également indiqué que, selon les services, **31% des utilisateurs des services génériques de santé mentale sont identifiés comme ayant un trouble lié à l'utilisation de substances**. Ce taux pourrait être quelque peu surestimé étant donné le taux de participation à l'enquête, mais il reste significatif. La majorité des usagers, recrutés soit dans les services génériques de santé mentale, soit dans les services spécialisés en matière d'addictions, ont leurs besoins rencontrés dans le domaine spécifique du service de recrutement (santé mentale ou addictions). Toutefois, les usagers recrutés dans les services génériques de santé mentale étaient plus susceptibles de signaler des besoins non rencontrés en matière d'addiction, tandis que les usagers recrutés dans les services spécialisés en addictions étaient plus susceptibles de signaler des besoins non rencontrés en santé mentale ainsi que dans le domaine socio-économique. L'étude a ainsi identifié plusieurs déterminants des besoins et montré que l'accès aux services n'était pas uniquement déterminé par les besoins. Nous observons que **le nombre de besoins de soins, en particulier le nombre de besoins en soins non rencontrés, est associé à une moindre intégration sociale et à une moindre qualité de vie**. Nous avons également noté que le fait d'avoir davantage de besoins en soins non rencontrés était **associé à des consommation de multiples substances**. Les usagers qui consomment des drogues illicites, en particulier des opiacés, étaient plus susceptibles d'être pris en charge dans les services spécialisés en matière d'addictions que dans les services génériques de soins de santé mentale, même s'ils étaient également plus susceptibles de signaler des besoins non rencontrés en santé mentale. Cependant, les résultats montrent que les usagers qui ont eu des **contacts avec les services sociaux génériques avaient un nombre significativement plus faible de besoins non rencontrés**. La population la plus précaire a probablement un accès limité aux soins de santé mentale génériques, en particulier les personnes qui consomment des opiacés ou de multiples substances, et encore moins aux types de services les plus génériques, tels que par exemple les services sociaux.

Les obstacles aux soins sont clairement ressentis et signalés par les usagers. Ces résultats peuvent être mis en perspective avec le nombre élevé de services (41%) qui ont déclaré que la **consommation de substances était un critère d'exclusion pour entamer une prise en charge**. S'il est compréhensible que l'usage de substances puisse être un critère de non-admission dans certains programmes thérapeutiques au niveau individuel, ce critère constitue pourtant un obstacle aux soins au niveau populationnel, et affecte ainsi d'autres besoins et conditions des utilisateurs de soins. Au niveau des réseaux, tout l'éventail de l'offre de soins devrait être disponible pour les utilisateurs sur un territoire déterminé. Nous avons utilisé une version adaptée de l'arbre de classification ESMS^(57,58) pour décrire plus en détail l'offre de soins dans les cinq zones étudiées. Du point de vue populationnel, la présence de services « drug-free », c'est-à-dire de services proposant des programmes thérapeutiques dans lesquels l'usage de substances n'est pas autorisé, qu'ils soient génériques ou spécifiques, devrait être complétée dans l'offre de soins par **d'autres services disponibles pour les personnes qui utilisent des drogues** et qui suivent d'autres parcours de rétablissement. Nous recommandons ainsi aux coordinateurs de réseaux d'examiner plus attentivement l'éventail de l'offre de soins disponible dans sur leur territoire et au sein de leur réseau, afin que l'offre de soins soit suffisante pour les personnes qui consomment des drogues.

Lors des entretiens qualitatifs, les usagers ont également rapporté des expériences de **stigmatisation, en particulier en ce qui concerne l'usage de substances dans les services génériques**. Les usagers ont décrit comment la stigmatisation pouvait constituer un obstacle à l'accès à des informations sur les

options de soins et les traitements disponibles. Ils ont notamment souligné le manque d'attention portée aux traumatismes que nombre d'entre eux ont subi au cours de leur vie ou de leur parcours de soins, ainsi que le sentiment de ne pas être véritablement écoutés. Ce sentiment renforce leur impression globale de soins fragmentés, les professionnels et les services de soins semblant incapables de communiquer des informations entre eux et d'adapter les soins aux besoins et situations individuelles. L'exemple typique de cette incapacité se reflète dans le phénomène des listes d'attente. La plupart des services gèrent leur charge de travail avec de telles listes d'attente, ce qui peut avoir un impact négatif significatif sur la trajectoire de soins globale des usagers ayant des troubles liés à l'utilisation de substances, peut-être plus encore que pour d'autres utilisateurs de soins, étant donné l'importance de la motivation pour les changements de comportement. Si les **listes d'attente** sont principalement la conséquence de caractéristiques organisationnelles, elles sont perçues par les usagers comme une **marque de fragmentation et de travail en silo**, car de nombreux services appliquent de longues procédures d'admission. Par ailleurs, les usagers pointent l'importance de certains prestataires individuels, qui peuvent avoir un impact considérable sur le parcours de soins. La confiance envers les professionnels est de la plus haute importance et des usagers rapportent des exemples de bonnes pratiques de professionnels-clé qui ont été "vraiment à l'écoute" et bienveillants, bien que ces rencontres se produisent le plus souvent par hasard. Les usagers soulignent l'importance de ces rencontres dans leur parcours de soins et demandent que soient mise en place une forme de case-management basé sur les principes de la confiance mutuelle (comme par exemple l'approche du strengths-based case management⁽⁵⁹⁾). Les usagers soulignent également l'importance des pairs-aidants pour l'établissement de relations de confiance mutuelle. Dans l'enquête sur les services, nous avons constaté que dans l'ensemble, environ **30% des services ont déclaré avoir au moins un pair-aidant**.

D'autres résultats de l'enquête sur les services ne confirment que partiellement, toutefois, l'expérience des usagers. D'un côté, les listes d'attente et l'expérience d'un accès restreint à certains services sont consistantes avec les résultats de l'enquête sur les services indiquant que **les services génériques de soins de santé mentale, en particulier les services hospitaliers et les services de réhabilitation, ont des critères d'accès significativement plus restrictifs**. Si cela est compréhensible pour les unités hospitalières, cela semble en revanche contre-productif pour les services de réhabilitation et pour les services génériques de santé mentale ambulatoires en général. D'un autre côté, les silos, c'est-à-dire la tendance à privilégier la collaboration avec d'autres services au sein du même secteur, ne se reflètent pas clairement dans la structure des contacts existant entre les services. L'**homophilie, qui est la mesure de la tendance des services à orienter les usagers vers des services du même type (c'est-à-dire entre services génériques de santé mentale ou entre services spécialisés en addictions), était faible dans plusieurs réseaux** et tendait à être plus marquée parmi les services spécialisés en addictions que parmi les services génériques de santé mentale, sauf dans certains sous-réseaux à Bruxelles. Ce résultat doit toutefois être interprété avec prudence, compte tenu des caractéristiques spécifiques du réseau bruxellois en termes de taille et de sous-réseaux. Les services spécialisés en addictions ne semblent pas non plus être plus périphériques au sein des réseaux que les services génériques de santé mentale. Il faut cependant admettre que la participation à l'enquête auprès des services a pu être motivée par le thème de l'étude et, par conséquent, que les services les plus impliqués dans la prise en charge des personnes ayant des troubles liés à l'utilisation de substances ont plus activement participé à l'enquête.

Néanmoins, la structure des contacts entre les services peut ne pas refléter suffisamment le contenu des processus de collaboration pour les utilisateurs. Il est toutefois intéressant de noter que **la structure existante des contacts entre les services permet la collaboration et une éventuelle coordination**. Dans

plusieurs réseaux, les contacts et échanges sont nombreux entre services de type différents. Dans la plupart des cas, cependant, le modèle structurel d'intégration qui émerge des contacts est **favorable au linkage**, c'est-à-dire une structure où tous les services sont en contact les uns avec les autres au sein du réseau, ce qui permet plutôt des actions intégrées de base et permet de répondre aux besoins légers à modérés des utilisateurs de soins. Dans plusieurs réseaux, les services ayant la plus grande centralité sont des unités hospitalières. Or, dans le cadre de l'approche par le rétablissement personnel, on souhaiterait que des services ambulatoires occupent une place plus centrale. De même, des besoins plus complexes et des opérations d'intégration formalisées plus spécifiques pourraient nécessiter davantage une structure de *coordination*, que l'on retrouve dans les réseaux plus fortement centralisés.

Les résultats de la revue de littérature indiquent que **la plupart des questions identifiées dans SUMHIT font également l'objet de débats ailleurs**. Plusieurs études soulignent la nécessité de politiques davantage axées sur le rétablissement, d'une formation appropriée des professionnels et de cadres organisationnels adaptés. En outre, les études soulignent la nécessité pour les professionnels de soutenir le capital de rétablissement des usagers des soins, c'est-à-dire de ne pas se contenter de délivrer des traitements médicaux ou psychologiques, mais d'aborder également les éléments liés à l'intégration sociale, tels que le logement et l'emploi. Bien qu'il ne soit pas possible de formuler une recommandation globale unique pour tous les réseaux, étant donné que les caractéristiques structurelles d'un réseau doivent être adaptées aux besoins et à la situation locale, nous pouvons recommander aux coordinateurs de réseaux d'examiner plus attentivement leur contexte local et l'offre de services sur la base des conclusions issues de SUMHIT.

Toutes les études ont leurs limites, et SUMHIT ne fait pas exception. L'une des principales limites de l'étude est que nous n'avons eu qu'un accès limité aux prestataires de soins individuels travaillant en cabinet, tels que les médecins généralistes, les psychiatres et les psychologues. Ces professionnels de la santé jouent cependant un rôle important dans la prestation de soins au groupe cible des personnes ayant des troubles mentaux et de troubles liés à l'utilisation de substances en Belgique. Par exemple, SUMHIT a constaté que la plupart des usagers recrutés dans le cadre de l'étude ont déclaré avoir eu au moins un contact avec un médecin généraliste au cours de l'année précédant l'enquête. Par ailleurs, de nouvelles politiques permettent désormais le remboursement de vingt consultations annuelles chez un psychologue conventionné auprès d'un réseau de santé mentale. Il est ainsi possible que certains profils spécifiques d'utilisateurs de soins n'aient pas été couverts par l'étude. De même, il est possible qu'une partie de l'offre de soins nous ait échappé. Dans les entretiens qualitatifs, nous avons également essayé d'inclure des personnes qui n'avaient pas accès aux services de soins, mais même les personnes qui avaient le moins de contacts avec le système de soins étaient, dans une certaine mesure, en contact avec un type de prestataire de soins, par exemple avec des programmes à bas seuil, des équipes de proximité ou avec ce que l'on appelle des "*lieux de liens*", c'est-à-dire des services gérés par des pairs et visant la socialisation, tels qu'on les trouve à Bruxelles et en Wallonie. Nous ne pouvons pas exclure le fait que certaines populations gravement défavorisées et ayant les besoins les plus élevés aient été oubliées.

D'autres limites sont liées aux taux de participation aux enquêtes. Nous savons que certains secteurs de soins ont été très réticents à participer à l'étude, soit parce qu'ils ne se sentaient pas concernés par le sujet, soit parce qu'ils considéraient qu'ils n'avaient pas les ressources suffisantes pour participer. Concernant cette dernière limite, nous recommandons aux autorités de soutenir davantage les services

afin qu'ils puissent s'impliquer pleinement dans les projets de recherche visant à améliorer l'efficacité des soins.

B. Recommendations

Sur la base des résultats de SUMHIT, nous formulons plusieurs recommandations à l'intention des autorités politiques ainsi que des prestataires de soins locaux et des coordinateurs de réseaux. Plusieurs de ces recommandations ont été discutées au cours de deux groupes de discussion, un dans chaque communauté linguistique. Pour chaque recommandation, nous décrivons brièvement les principaux résultats qui l'étayaient et la manière dont ces résultats peuvent être liés à d'autres parties de l'étude. Nous indiquons également les parties prenantes pour lesquelles la recommandation a des implications et fournissons des exemples et des pistes sur la manière de la mettre en pratique. Les recommandations sont présentées aux niveaux macro (réseaux et système de soins) et méso (services et professionnels de soins).

1. Recommandations au niveau macro

Recommandation 1 : Le rétablissement personnel est une approche fondée sur des données probantes en matière de soins de santé mentale et de soins en matière d'addictions. Les principes du rétablissement personnel devraient être pris en compte dans l'organisation générale des soins de santé mentale et des soins spécialisés pour les personnes ayant des troubles liés à l'utilisation de substances, tant au niveau des mécanismes organisationnels (financement, provision, gouvernance) qu'au niveau des services, des professionnels de soins individuels et des interventions.

Acteurs concernés: Toutes les autorités politiques compétentes en matière de soins de santé (entités fédérales et fédérées), les coordinateurs de réseaux et les gestionnaires de services, les professionnels des soins individuels.

Exemples et pistes d'action: Il s'agit d'une recommandation globale. Voir les recommandations suivantes pour des exemples et des pistes d'action.

Les principes du rétablissement personnel sont soutenus par la littérature scientifique et mis en œuvre dans l'organisation et l'offre de soins dans la plupart des pays à revenu élevé⁽¹⁻⁴⁾. Ces principes ont également été proposés comme cadre d'orientation pour une meilleure coordination et intégration des soins dans le domaine de la santé mentale et des troubles liés à l'utilisation de substances^(28, 35, 40-43). Les principales caractéristiques de l'approche du rétablissement personnel sont le soutien aux forces de la personne et la prise en compte de ses préférences en matière de rétablissement, l'accent étant mis sur l'intégration sociale, la possibilité d'une participation sociale maximale et la réhabilitation en tant qu'objectifs prioritaires du *voyage* de chaque individu vers le rétablissement. Il est donc basé sur la conscience de soi, les liens sociaux et les relations soutenant, le support continu à l'espoir de changement, l'émancipation et le soutien aux capacités d'adaptation. Les personnes ayant des troubles mentaux ou des troubles liés à l'utilisation de substances ont la capacité de mener une vie enrichissante malgré les éventuelles limites engendrées par la maladie. Cela implique de réduire la stigmatisation et de participer activement à créer des positions significatives de la part de la société. Le rétablissement, parfois appelé "rétablissement clinique", c'est-à-dire au sens restreint d'une réduction des symptômes de la maladie mentale ou d'un changement de comportement en matière de consommation de substances, n'est qu'une des voies possibles vers les soins et peut être une conséquence du rétablissement personnel plutôt qu'une condition préalable au rétablissement personnel⁽⁶⁰⁾.

Le rétablissement personnel était le postulat théorique du projet SUMHIT et, par conséquent, le soutien à l'approche du rétablissement personnel n'est pas un résultat de l'étude en soi. Toutefois, plusieurs résultats de l'étude sont consistants avec la recommandation de renforcer cette approche dans l'organisation de l'offre de soins en Belgique. Cela suppose de donner la priorité aux objectifs d'inclusion sociale et de qualité de vie, de travailler avec les préférences des utilisateurs de soins, de fournir aux utilisateurs toutes les informations nécessaires pour qu'ils puissent choisir les options de soins qu'ils préfèrent et de réduire les obstacles à l'accès aux soins. Plusieurs interventions au niveau micro peuvent être envisagées, comme la collaboration avec des pairs-aidants ou la mise en place d'un case-management flexible tenant compte des préférences des usagers. Au niveau méso, les responsables de services et les coordinateurs de réseaux doivent s'organiser de sorte à ce que l'ensemble de l'offre de soins soit disponible au niveau du réseau, y compris, par exemple, les services axés sur la réduction des risques, et que les utilisateurs aient accès aux informations nécessaires. Au niveau macro, la provision et le financement de l'offre de soins devraient faciliter les contacts et l'échange d'informations entre les services. Par exemple, les résultats de SUMHIT indiquent que l'accessibilité est nettement plus limitée dans les services qui appliquent des contributions personnelles (*out-of-pocket paiements*). Plusieurs suggestions pratiques sont développées dans les recommandations suivantes.

Recommandation 2 : Le rétablissement personnel est une approche innovante qui doit fonder les soins et le soutien social aux personnes ayant des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances. En tant que tels, les principes de l'approche par le rétablissement personnel devraient être inclus dans l'éducation et la formation de base des professionnels de l'aide sociale et des soins. En outre, une formation continue à l'approche par le rétablissement personnel devrait être mise à la disposition des professionnels de l'aide sociale et des soins.

Acteurs concernés: Autorités politiques compétentes en matière de soins de santé (entités fédérales et fédérées), autorités politiques des entités fédérées compétentes en matière d'éducation, autorités responsables des programmes d'enseignement supérieur et universitaire, coordinateurs de réseaux et responsables de services, organismes de formation continue des professionnels du secteur social et des soins.

Exemples et pistes d'action: Inclusion de cours et de modules de cours sur le rétablissement personnel et la réhabilitation dans les programmes universitaires de médecine, en particulier dans les programmes de spécialisation en médecine générale et en psychiatrie ; inclusion de cours et de modules de cours sur le rétablissement personnel et la réhabilitation dans les programmes universitaires de psychologie clinique et d'orthopédagogie ; inclusion de cours et de modules de cours sur le rétablissement personnel et la réhabilitation dans les programmes d'enseignement de haute école en travail social, en soins infirmiers, en éducation spécialisée et dans toute autre formation professionnelle orientée vers les soins et le soutien social ; organisation de modules de formation continue centrés sur le rétablissement personnel et la réhabilitation ; mise en place d'incitants financières pour l'organisation de tels programmes ; mise en place d'incitants (par exemple sous la forme de points d'accréditation) aux professionnels qui assistent à des cours et à des programmes de formation sur le rétablissement personnel et la réhabilitation.

Bien que les professionnels de la santé se soient déclarés favorables à des interventions qui correspondent aux principes du rétablissement personnel, les résultats de SUMHIT indiquent qu'il peut exister des malentendus sur la signification du rétablissement personnel et sur la manière de le mettre en œuvre dans la pratique quotidienne. Ces arguments se retrouvent également ailleurs, comme l'indique la littérature⁽⁴⁾, et les professionnels soulignent la nécessité de plus de formation. Les changements dans la pratique et l'organisation actuelles des soins n'ont pas conduit à des réformes suffisantes des programmes d'éducation et de formation. Les compétences en matière de

rétablissement personnel devraient être intégrées dans les programmes de formation les plus génériques, et non seulement dans des modules de spécialisation.

Recommandation 3 : L'inclusion de pairs-aidants dans les équipes de soins est une méthode fondée sur des données probantes qui facilite l'approche par le rétablissement personnel, tant dans les soins génériques de santé mentale que dans les soins spécialisés en matière d'addictions. Conformément à la recommandation précédente, il est nécessaire de mettre en place davantage de programmes de formation à la pair-aidance.

Acteurs concernés: Autorités politiques compétentes en matière de soins de santé (entités fédérales et fédérées), autorités politiques des entités fédérées compétentes en matière d'éducation, coordinateurs de réseaux et responsables de services, organisations assurant la formation continue des professionnels du secteur social et des soins.

Exemples et pistes d'action: Mise en place de programmes de formation pour les pairs-aidants aux niveaux professionnel et académique.

L'inclusion de pairs-aidants dans le personnel des services est l'une des interventions fondées sur des données probantes à l'appui de l'approche par le rétablissement personnel⁽⁶¹⁻⁷⁰⁾. La pair-aidance est une double intervention, puisqu'elle soutient la délivrance des soins et a également une influence positive sur le propre parcours de rétablissement des pairs⁽⁷¹⁾. Les résultats de SUMHIT indiquent que des pairs-aidants sont actifs dans environ un tiers des services. La valeur de l'utilisation de pairs-aidants est reconnue par la plupart des professionnels qui ont eu l'expérience de travailler avec eux, et ils sont également demandés par les utilisateurs de services. Cependant, il n'est pas toujours facile de trouver et d'inclure des pairs-aidants dans le personnel soignant. Si le travail avec des pairs-aidants peut être inclus dans les programmes de formation pour les professionnels, il est également nécessaire de préparer, de soutenir et de superviser ces pairs-aidants. Quelques programmes de formation pour les pairs-aidants existent et sont valorisés par les professionnels rencontrés dans le cadre de SUMHIT. De tels programmes devraient donc être étendus et mis à la disposition d'un plus grand nombre d'utilisateurs de soins.

Recommandation 4 : Les coordinateurs de réseau et les gestionnaires de services devraient établir des circuits de soins spécifiques pour les personnes ayant des besoins d'assistance en matière de troubles liés à l'utilisation de substances, de la même manière que de tels circuits de soins peuvent être établis pour d'autres publics aux besoins multiples et complexes. Les circuits de soins pour les personnes ayant des besoins par rapport à des troubles liés à l'utilisation de substances ne devraient pas se limiter aux services génériques de santé mentale et aux services spécialisés en matière d'addictions, mais également inclure tout type de soins de santé et de services sociaux et être mis en oeuvre selon une logique de stepped-care, c'est-à-dire en favorisant les soins les plus génériques comme première option.

Acteurs concernés: Toutes les autorités politiques compétentes en matière de soins de santé (entités fédérales et fédérées), avec une attention particulière pour les autorités fédérales qui gèrent les réseaux de santé mentale, les coordinateurs de réseaux et les responsables de services.

Exemples et pistes d'action: (a) au niveau macro : faciliter les mécanismes de financement partagés ; (b) au niveau méso : établissement de points d'entrée centraux pour les soins de première ligne (par exemple *Kruispunten*), case-management axé sur le rétablissement personnel pour les usagers qui n'ont pas les capacités suffisantes de naviguer dans le système de soins ; (c) au niveau micro : établissement de priorités d'accès à des services d'hébergement ou de crise pour les usagers qui sont inscrits à un plan de soins, incitatifs financiers pour les services qui collaborent avec d'autres services du réseau sur la base de plans de soins pour les usagers (paiement à la performance).

La politique de réforme de la santé mentale mise en œuvre depuis 2010 ("article 107") était basée sur l'établissement de réseaux de services et de circuits de soins. Si les réseaux de services ont été mis en place, les circuits de soins ont été jusqu'à présent relativement négligés. Les circuits de soins ne sont pas spécifiques aux personnes souffrant de maladies mentales ou de troubles liés à l'utilisation de substances. Il pourrait y avoir des circuits de soins pour tout besoin complexe. Un circuit de soins est un ensemble de soins groupés défini pour un groupe cible spécifique d'utilisateurs de soins, dans le but d'améliorer la coordination et la continuité des soins⁽⁷²⁾. Il peut comprendre des critères d'accès spécifiques aux services, des outils d'échange d'informations spécialisés et des mécanismes spécifiques d'allocation des ressources et de financement des interventions et des services. Plusieurs exemples de circuits de soins existent dans d'autres systèmes de soins à l'étranger, qu'ils soient publics (par exemple, le clustering et le paiement par résultats au Royaume-Uni^(73, 74)) ou privés (par exemple, dans le cadre du managed care aux États-Unis^(75, 76)). Un circuit de soins n'implique pas une trajectoire de soins prédéfinie ni des objectifs de soins prédéfini. La proposition est basée sur des dispositions organisationnelles pour les personnes et les services qui y participent volontairement. Pour ce groupe d'utilisateurs et de services de soins, des mécanismes organisationnels spécifiques peuvent s'appliquer, par exemple, au niveau micro, comme la définition d'un plan de soins pour les participants, l'accès à des interventions spécifiques telles que le case-management ; au niveau méso, des règles d'accès prioritaire à des services spécifiques pour les participants, tels que les centres de crise ; et au niveau macro, des mécanismes de financement spécifiques (financement groupé ou incitatifs sous la forme de paiements à la performance) soutenant le circuit de soins. De nombreuses options peuvent être incluses dans un tel circuit de soins, et il appartient aux parties prenantes de discuter et de se mettre d'accord sur les interventions et les mécanismes les plus appropriés à inclure. Cependant, l'organisation des soins doit être envisagée au niveau territorial et populationnel, et non seulement au niveau individuel.

Les résultats de SUMHIT indiquent que la structure des contacts entre les services permet de développer davantage d'options de liaison et de coordination. Toutefois, il existe une légère tendance à l'homophilie, plus particulièrement de la part des services spécialisés en matière d'addictions. Néanmoins, même si un circuit de soins spécifique n'est pas défini, en ce qui concerne les personnes ayant des troubles liés à l'utilisation de substances, davantage de mécanismes de collaboration associant à la fois les soins de santé mentale génériques et les services spécialisés dans les addictions devraient être mis en place, visant à offrir des soins au-delà de la seule problématique de la gestion de substances.

Recommandation 5 : Le rétablissement personnel s'appuie sur une plus grande inclusion sociale et un soutien social plus important pour lutter contre la stigmatisation des personnes ayant des besoins en matière de santé mentale et d'addictions. Des actions sont donc nécessaires pour réduire la stigmatisation des personnes ayant des besoins de soins en santé mentale et en matière d'addiction dans la société en général, ainsi que parmi les professionnels et les services de soins.

Acteurs concernés: Toutes les autorités politiques, avec une attention particulière pour les autorités compétentes en matière de soins de santé (entités fédérales et fédérées) ; les coordinateurs de réseaux et les responsables de services.

Exemples et pistes d'action: Actions d'information et de prévention contre la stigmatisation, diffusion d'informations sur la santé mentale positive ; inclusion du thème de la stigmatisation dans l'éducation et la formation des professionnels des soins, en particulier pour les professionnels qui ne sont pas

spécialisés dans la santé mentale et les addictions, tels que les professionnels des soins de première ligne et de l'aide sociale.

Les résultats principaux appuyant cette recommandation proviennent des entretiens qualitatifs avec des usagers des services de soins, qui ont indiqué à plusieurs reprises qu'ils se sentaient stigmatisés dans la société et dans des services et qu'ils subissaient les conséquences de cette stigmatisation, en particulier pour ce qui concerne les personnes qui utilisent des substances dans les services génériques. Un exemple classique de stigmatisation, tel que rapporté par les usagers, est le manque de capacité des professionnels à faire face aux traumatismes. Dans une certaine mesure, la stigmatisation se reflète également dans la grande proportion de services (41%) ayant déclaré que la consommation de substances était un critère d'exclusion pour commencer un traitement. Cette proportion était notamment élevée parmi les services de réhabilitation. Une proportion non négligeable de services applique ce critère d'exclusion dans le cadre de programmes thérapeutiques visant l'abstinence, c'est-à-dire qu'ils n'autorisent pas la consommation de substances dans le cadre de leur programme de soins, en particulier dans les services hospitaliers. Mais globalement, ce critère constitue une barrière organisationnelle à l'accès aux soins, en particulier lorsqu'aucun service alternatif n'est disponible sur le territoire du réseau. La recommandation est donc double : d'une part, les coordinateurs de réseaux et les responsables de services sont invités à reconsidérer la raison d'être de ce critère d'exclusion ; d'autre part, les coordinateurs de réseaux et les responsables de services sont également invités à considérer l'offre de soins disponible au niveau du territoire, afin que des services alternatifs soient mis à disposition.

La stigmatisation peut également résulter d'une connaissance limitée de la nature des troubles et des besoins spécifiques. Par conséquent, les coordinateurs de réseaux, les responsables de services et les professionnels des soins individuels sont encouragés à prendre conscience de l'existence de mécanismes de stigmatisation et à envisager réduire la stigmatisation dans leurs pratiques quotidiennes et leurs routines. Il convient de noter que l'espoir de changement et la mobilisation des ressources de l'utilisateur sont des principes-clé du rétablissement personnel^(3, 60). La stigmatisation peut résulter de croyances a priori et inconscientes selon lesquelles les usagers n'ont aucune chance de progresser dans leur parcours de rétablissement ou qu'ils n'ont pas les ressources et les capacités suffisantes pour demander une intervention ou une option de soins. Ces attitudes ne sont pas compatibles avec les preuves indiquant que le rétablissement est possible et devraient, dès lors, être évitées.

2. Recommandations au niveau méso

Recommandation 6 : L'offre de soins et la disponibilité des services et des interventions devraient être examinées au niveau des territoires, c'est-à-dire au niveau du réseau, de manière à ce que toute la gamme des services et des interventions soit mise à la disposition des usagers. Par conséquent, le rôle et la mission des services génériques de santé mentale et des services spécialisés en matière d'addictions devraient être clarifiés au niveau du réseau.

Acteurs concernés: Autorités politiques régulant les services (entités fédérales et fédérées) ; coordinateurs de réseaux et gestionnaires de services.

Exemples et pistes d'action: Mise à jour des répertoires de soins incluant une typologie affinée des types de services, définition concertée des critères d'inclusion et d'exclusion des services, toute initiative visant à améliorer la connaissance mutuelle, la confiance et l'échange d'informations entre les services au sein du réseau.

Les résultats de SUMHIT indiquent que l'offre de soins est répartie de manière inégale entre les territoires, c'est-à-dire les réseaux de services. Plusieurs obstacles signalés par les utilisateurs de soins sont liés aux listes d'attente, aux procédures longues et fastidieuses d'accès aux soins et au manque d'échange d'informations entre les services. L'enquête sur les services a également montré que les réseaux étaient très différents en termes de taille et de composition, plusieurs types de services et d'interventions étant répartis de manière inégale. Chaque service définit ses propres critères d'inclusion et d'exclusion. Afin d'éviter ces obstacles, l'offre de soins devrait être considérée au niveau territorial et populationnel, de sorte que les règles des services individuels et les programmes thérapeutiques puissent être compensés par des services alternatifs disponibles ailleurs dans le réseau. Une clarification de l'offre de soins disponible devrait être envisagée au niveau du réseau, y compris des outils plus efficaces pour les transferts d'usagers et l'échange d'informations, notamment avec les soins de première ligne, les services de self-help et les services à bas seuil qui peuvent renforcer le lien social et la continuité des soins ⁽⁷⁷⁾.

Recommandation 7 : Conformément à la recommandation précédente, l'échange d'informations entre les services au sein des réseaux devrait être amélioré.

Acteurs concernés: Autorités politiques régulant les services (entités fédérales et fédérées) ; coordinateurs de réseaux et responsables de services.

Exemples et pistes d'action: Mise en place de systèmes d'information partagés entre les services.

Cette recommandation a été formulée de manière répétée dans les recherches d'évaluation des soins. Et pourtant, l'échange d'information reste un problème tant au niveau micro, par exemple entre les professionnels impliqués dans l'offre de soins auprès d'individus avec des besoins multiples, qu'au niveau meso, par exemple entre services à propos de leurs offres de soins et groupes-cibles d'usagers. Divers outils de collecte de données et d'échange d'informations existent aux deux niveaux. Plusieurs autorités en Belgique ont recommandé la mise en œuvre de la suite d'instruments Bel-RAI (Cf. <https://belrai.org>). Etant donné que l'utilisation du Bel-RAI n'a pas été examinée dans le projet SUMHIT, nous ne sommes pas en mesure de décider si cet outil serait utile afin de combler les problèmes d'échange d'informations entre services. D'autres outils existent également ou sont testés. Il n'empêche que des outils et instruments partagés sont requis. De tels outils devraient également permettre d'évaluer les informations fournies par les usagers à propos de leurs expériences (Patient-Reported Outcome et Patient-Reported Experience Measures, PROMs et PREMs)⁽⁷⁸⁾, en particulier au niveau local. Les autorités devraient également offrir du support aux services qui testent et évaluent la mise en œuvre de ces outils. Ce soutien peut prendre la forme de formations et de ressources financières ou matérielles, mais peut aussi consister en une plus grande cohérence des outils utilisés pour le partage d'informations. Par exemple, plusieurs services et professionnels sont invités à collecter des informations administratives à l'aide d'outils différents, ce qui rend ces collectes de données fastidieuses et ne permet pas aisément d'obtenir des données comparables.

Recommandation 8 : Des interventions au niveau du réseau devraient être envisagées et mises en œuvre de manière plus systématique pour aider les usagers à s'orienter parmi les services en fonction de leurs besoins et de leurs préférences en matière de soins. Il peut s'agir, entre autres, de case-management, de points centraux de soins de première ligne, de services d'outreaching et de pai-aidance.

Parties prenantes impliquées: Les autorités politiques qui réglementent les services (entités fédérales et fédérées) ; les coordinateurs de réseaux et les gestionnaires de services.

Exemples et pistes d'action: Mise en place de points centraux de soins de première ligne (par exemple *Kruispunten*) où tout type de besoin de soins peut être évalué et où l'on peut trouver des informations sur les options de soins appropriées ; les utilisateurs de soins sont orientés et soutenus pour accéder aux ressources de soins appropriées. Mise en œuvre d'un case-management orienté vers le rétablissement, c'est-à-dire une intervention destinée aux personnes insuffisamment aptes à s'orienter dans le système de soins, où un case-manager peut aider l'utilisateur à s'orienter en fonction de ses besoins, de ses préférences et de ses ressources, en collaboration avec les professionnels sociaux et de soins habituels ; inclusion de l'identification de tout type de besoin de soins dans les tâches des équipes d'outreach avec orientation adéquate ; inclusion plus importante de pairs-aidants dans les services.

Plusieurs interventions au niveau du réseau ont été envisagées dans SUMHIT. En particulier, le case-management a été discuté à plusieurs reprises. Toutefois, les objectifs et les principes du case-management peuvent faire l'objet de divergences de vues. Par exemple, le case-management dans le domaine des addictions a parfois été mis en œuvre avec un objectif d'orienter les utilisateurs de soins dans un parcours visant uniquement l'abstinence. Dans le domaine des soins de santé mentale, il existe différentes variantes de case-management, par exemple lorsque le case-manager est l'un des professionnels qui s'occupent habituellement de l'usager, ou lorsqu'il est un intervenant extérieur agissant comme un intermédiaire entre les professionnels habituels. Le case-management est aussi parfois considéré comme une intervention à long terme, alors que dans d'autres cas, il est proposé comme une intervention de crise ou limitée dans le temps (par exemple, le Critical Time Intervention)⁽⁵⁹⁾. Aux Pays-Bas, le modèle de Flexible Assertive Community Treatment (F-ACT) tente de combiner plusieurs modèles⁽⁷⁹⁻⁸³⁾. Bien que dans le cadre de SUMHIT, nous ne pouvons pas conclure si un modèle de case-management est plus approprié aux usagers des soins et aux services impliqués dans les réseaux, il semble que l'intérêt d'une intervention de case-management soit jugée utile pour les personnes qui sont, temporairement ou plus définitivement, incapables de s'orienter dans le système de soins et à travers les ressources disponibles. La continuité relationnelle a été signalée comme une priorité. Par conséquent, le case-management doit être mise en œuvre au niveau du réseau, en soutien à l'offre de soins. Certains prestataires de soins locaux ont mis en garde contre une interprétation trop instrumentale du case-management, et ont fait valoir que les case-managers devraient explicitement se concentrer sur la poursuite du développement du réseau non-professionnel et du contexte naturel de vie des utilisateurs. Cette forme de gestion de cas peut également contribuer à lutter contre l'isolement social (voir recommandation 10). Les données disponibles confirment l'intérêt du modèle F-ACT^(84, 85). Quoi qu'il en soit, conformément à d'autres recommandations, le case-management devrait être développé en suivant les principes du rétablissement personnel^(59, 86).

D'autres interventions visant à soutenir la collaboration au sein des réseaux peuvent être envisagées. Les points centraux de soins de première ligne, comme par exemple les *Kruispunten* (carrefours), sont une autre intervention qui a été soutenue lors des groupes de discussion avec les professionnels et les décideurs. Le rôle des équipes d'outreach peut être renforcé pour aider les utilisateurs à naviguer dans le réseau, en combinaison avec le case-management. Le rôle du soutien par les pairs-aidants a également été souligné. D'autres interventions pourraient encore être mentionnées. Il est recommandé aux autorités de faciliter et de soutenir la mise en œuvre de telles interventions, par exemple en proposant des mécanismes de financement et de gouvernance appropriés. En effet, le financement individualisé des services et la rémunération à l'acte (c'est-à-dire le financement en fonction du nombre d'actes de soins fournis), qui sont les mécanismes de financement les plus utilisés dans le système de soins belge, ne favorisent pas la collaboration et les transferts d'usagers entre services^(20, 87), et ne facilitent pas non plus les interventions qui ne dépendent pas d'un service

individuel. Comme nous l'avons recommandé précédemment, il serait préférable d'opter pour des financements groupés, des financements à l'épisode de soins et des incitants liées à l'inscription dans un circuit de soins ou à des éléments de paiement à la performance (c'est-à-dire un financement basé sur la réalisation d'objectifs déterminés) fondés sur des objectifs d'intégration sociale des usagers. Les mécanismes de financement des systèmes de soins sont toutefois un sujet complexe et sensible. La recommandation ne vise pas à mettre en avant un mécanisme spécifique, mais plutôt à reconsidérer les mécanismes de financement parallèlement à l'offre de soins et à la mise en place d'interventions innovantes.

Recommandation 9 : Conformément à la recommandation précédente, des interventions et des mécanismes organisationnels devraient être mis en œuvre pour réduire et éviter le recours aux listes d'attente.

Acteurs concernés: Autorités politiques régulatrices des services (entités fédérales et fédérées) ; coordinateurs de réseaux et gestionnaires de services.

Exemples et pistes d'action: Les exemples fournis pour la recommandation 8 s'appliquent également à la recommandation 9 : mise en place de points centraux de soins de première ligne (par exemple *Kruispunten*) où tout type de besoin de soins peut être évalué et où l'on peut trouver des informations sur les options de soins appropriées ; les utilisateurs de soins sont orientés et soutenus pour accéder aux ressources de soins appropriées. Mise en œuvre d'un case-management orienté vers le rétablissement, c'est-à-dire une intervention destinée aux personnes insuffisamment aptes à s'orienter dans le système de soins, où un case-manager peut aider l'utilisateur à s'orienter en fonction de ses besoins, de ses préférences et de ses ressources, en collaboration avec les professionnels sociaux et de soins habituels ; inclusion de l'identification de tout type de besoin de soins dans les tâches des équipes d'outreach avec orientation adéquate ; inclusion plus importante de pairs-aidants dans les services.

Les listes d'attente pour accéder aux services ont été identifiées à plusieurs reprises comme un mécanisme contre-productif. Dans SUMHIT, les usagers ont également souligné à quel point les listes d'attente étaient préjudiciables à un parcours efficace vers le rétablissement. Les listes d'attente sont peut-être encore plus préjudiciables pour les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances, car la motivation pour le changement joue un rôle clé dans le parcours de rétablissement de ces personnes. Les listes d'attente sont généralement liées à un manque de ressources suffisantes pour répondre à toutes les demandes de soins. Toutefois, les listes d'attente peuvent également être le résultat de procédures d'admission longues et parfois pesante telles qu'elles sont appliquées dans de nombreux services. Les résultats de SUMHIT indiquent que ce type de processus d'admission est plus fréquent dans les services génériques de santé mentale et les services hospitaliers. Certaines procédures d'admission pourraient être évitées ou considérablement simplifiées si elles étaient menées au niveau du réseau (voir la recommandation précédente) ou si l'échange d'informations entre les services était plus précis au moment des transferts d'usagers. Toutes les interventions au niveau du réseau sont censées réduire les effets négatifs des procédures d'admission, y compris le recours aux listes d'attente.

Recommandation 10 : les soins tenant compte des traumatismes constituent une approche importante pour les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances, tant dans le cadre des soins de santé mentale génériques que dans celui des soins spécialisés en addiction. Il est suggéré d'organiser des formations supplémentaires et d'intégrer structurellement les principes de la prise en compte des traumatismes dans l'offre de soins.

Acteurs concernés : coordinateurs de réseaux et responsables de services, soignants et thérapeutes individuels, organisations proposant des formations spécifiques aux professionnels du secteur social et des soins.

Exemples et pistes d'action : Mise en place de programmes de formation spécifiques pour les professionnels de référence.

Il est établi que la gestion des expériences traumatisantes est une partie essentielle du parcours de rétablissement de nombreuses personnes souffrant de SUD^(88, 89). Dans le cadre de SUMHIT, les usagers ont signalé des besoins en soins qui pourraient être mieux rencontrés avec des soins qui tiennent mieux compte des traumatismes. De nombreux utilisateurs de services ont constaté que les professionnels de la santé se concentraient trop souvent sur des problèmes actuels, et qu'il manquait un travail sur un passé traumatisant qui reste dans l'ombre. Des soins tenant compte des traumatismes se basent sur la connexion mutuelle, la sécurité et l'attention à l'impact des expériences profondes vécues dans l'enfance et à leurs effets sur le cerveau, les émotions, les schémas de pensée et, finalement, le comportement. Une condition préalable importante est de reconnaître la stigmatisation et d'y résister⁽⁹⁰⁾.

Étant donné que les soins tenant compte des traumatismes nécessitent une approche systématique, il est important qu'ils s'inscrivent dans une vision globale de l'offre de services. Dans les groupes de discussion avec les professionnels et les pairs-aidants, les participants ont souligné le manque d'offre de soins tenant compte des traumatismes, même s'ils n'ont pas clairement indiqué comment opérationnaliser cette approche au sein de l'offre de soins existante, mais leur attention à ce sujet a été soulignée. Nous recommandons donc aux parties prenantes d'approfondir leur réflexion sur ce sujet. Des personnes de référence qualifiées et mandatées peuvent jouer un rôle central à cet égard.

Recommandation 11 : L'isolement social et la solitude devraient faire l'objet d'une plus grande priorité dans les interventions de soins pour la population cible.

Acteurs concernés : Coordinateurs de réseaux et responsables de services, professionnels individuels des soins.

Exemples et pistes d'action : Évaluer et prendre en compte le soutien social (réseau) des usagers ; inclure les pairs, les amis, les parents et les soignants dans les interventions en tant que pratique standard ; faire de l'intégration sociale un objectif prioritaire dans le travail avec les usagers souffrant de maladies mentales et de troubles liés à l'utilisation de substances.

L'une des principales conclusions de l'étude SUMHIT sur les besoins des usagers en matière de soins est le niveau élevé de besoins non rencontrés en matière de relations sociales, notamment en ce qui concerne les relations intimes, les relations d'amitié, les relations sexuelles et les relations de compagnie. D'une part, ce résultat est consistant avec d'autres les résultats rapportés dans la littérature⁽⁹¹⁾. D'autre part, ce résultat est également très consistant avec la recommandation générale de soutenir la connectivité et l'intégration sociale des usagers des soins dans le cadre d'une approche

de rétablissement personnel⁽³⁾. Il est possible que les professionnels des soins n'accordent pas suffisamment d'attention aux questions liées aux différents niveaux de contacts sociaux (du soutien social général aux relations intimes et sexuelles) car ils accordent plus d'importance à traiter les problèmes au niveau individuel, en négligeant quelque peu le contexte social dans lequel ces problèmes surviennent. Il est également probable que les professionnels manquent d'outils et d'interventions pour rencontrer les besoins les plus intimes. Pourtant, la littérature indique clairement que la solitude est un important prédicteur et déterminant de la maladie mentale, en particulier en ce qui concerne les psychoses^(92, 93), les troubles de l'humeur⁽⁹⁴⁻⁹⁶⁾ et les troubles liés à l'utilisation de substances⁽⁹⁷⁻¹⁰¹⁾. Les effets de la solitude sur la santé mentale ont été fortement exacerbés pendant la pandémie de COVID-19^(102, 103). La lutte contre la solitude et l'isolement social est donc à la fois une priorité clinique et une priorité de santé publique. Les professionnels et les experts par expérience à Bruxelles ont fait part de leur intérêt pour une meilleure compréhension du réseau de soutien social des usagers des soins. Bien que des recherches et des initiatives supplémentaires soient nécessaires concernant cet aspect spécifique, diverses méthodes et interventions existent et peuvent intéresser les professionnels des soins⁽¹⁰⁴⁻¹⁰⁸⁾, le soutien par les pairs étant un élément clé⁽¹⁰⁹⁾. Parmi les autres exemples, on peut citer des centres d'accueil où les gens peuvent aller prendre un café ou un repas, des lieux non cliniques où ils peuvent se rendre pour des activités (de jour) et des contacts sociaux (par exemple, les *lieux de liens*), les maisons de rétablissement s'il s'agit d'accéder pour à un domicile sans drogues ou à l'engagement dans des groupes d'auto-soutien et d'entraide⁽⁷⁷⁾.

Recommandation 12 : L'accessibilité aux services, l'amélioration de la coordination et l'intégration ne devraient pas se limiter aux soins de santé. Le recours aux services les plus génériques devrait être possible pour tous, et l'intégration concerne l'ensemble des services sociaux et de santé.

Acteurs concernés : Toutes les autorités politiques, avec une attention particulière pour les autorités compétentes en matière de soins de santé et d'aide sociale (entités fédérales et fédérées) ; les coordinateurs de réseaux et les responsables de services, les professionnels des soins individuels.

Exemples et pistes d'action : Créer et adapter des mécanismes organisationnels pour le financement, la provision et la gouvernance de l'offre de services sociaux et de soins.

Les résultats de SUMHIT indiquent que les usagers qui ont accédé aux services sociaux génériques, c'est-à-dire aux services sociaux accessibles à la population générale, ont vu leurs besoins en matière de soins rencontrés dans une mesure nettement plus importante que les autres usagers. Ce résultat est consistant avec des études antérieures sur les usagers des réseaux de santé mentale en Belgique⁽¹¹⁰⁾. Ce résultat est également très consistant avec notre recommandation récurrente de mettre en avant des objectifs d'intégration sociale au premier plan des interventions. Le gouvernement fédéral et plusieurs entités fédérées ont récemment promu des plans visant à soutenir une plus grande intégration des soins et de l'aide sociale (voir le Plan interfédéral sur les soins et l'aide intégrés https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan_interfederal_soins_integres_rapport_final_interfederaal_plan_geintegreerde_zorg_protocolo_08112023.pdf). Toutefois, pour une raison inexplicable, le plan interfédéral de soins n'a pas été élaboré dans le même cadre organisationnel que la réforme de la santé mentale. Bien que *"des liens plus étroits entre les réseaux de soins de santé mentale et les soins primaires soient recherchés dans la mesure du possible"*, les deux initiatives politiques ont été développées séparément. Il est donc recommandé que les réseaux de santé mentale, qui comprennent une offre de soins spécialisée en addiction, soient pris en compte dans les développements futurs des mécanismes de financement, de provision et de gouvernance facilitant l'intégration et la continuité des soins sociaux et des soins de santé.

References

1. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;16(4):11-23.
2. Deegan P. Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1988;11(4):11-9.
3. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*. 2011;199(6):445.
4. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*. 2014;13(1):12-20.
5. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Brooke-Sumner C, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019(12).
6. McKee SA. Concurrent substance use disorders and mental illness: Bridging the gap between research and treatment. *Canadian Psychology*. 2017;58(1):50-7.
7. Grard A, Helmer E, Van der Donck S, Nicaise P, Vanderhaegen J, Wijckmans B, et al. *Geïntegreerd rapport: Wetenschappelijke opvolging van het hervormingsprogramma "Naar een betere geestelijke gezondheidszorg" 2014-Rapport intégré: accompagnement scientifique de la réforme "Vers de meilleurs soins en santé mentale"* 2014. Brussels: IRSS-UCL, OPIH-VUB, LUCAS-KULEUVEN; 2015.
8. Rush B, Koegl CJ. Prevalence and Profile of People with Co-Occurring Mental and Substance Use Disorders within a Comprehensive Mental Health System. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2008;53(12):810-21.
9. Coffey M, Hannigan B, Barlow S, Cartwright M, Cohen R, Faulkner A, et al. Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings: a cross national comparative mixed methods study. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):115.
10. Davidson L, White W. The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *Journal of Behavioral Health Services and Research*. 2007;34(2):109-20.
11. Ellison ML, Belanger LK, Niles BL, Evans LC, Bauer MS. Explication and Definition of Mental Health Recovery: A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2018;45(1):91-102.
12. Thomas EC, Ben-David S, Treichler E, Roth S, Dixon LB, Salzer M, Zisman-Ilani Y. A Systematic Review of Shared Decision-Making Interventions for Service Users With Serious Mental Illnesses: State of the Science and Future Directions. *Psychiatric Services*. 2021;72(11):1245-364.
13. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF. Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: Program implications. *World Psychiatry*. 2007;6(3):131-6.
14. Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Ricour C. *Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique*. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2019. Report No.: 318B.
15. Nicaise P, Dubois V, Lorant V. Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*. 2014;115(2):120-7.
16. WHO-Europe. *Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges*. Copenhagen: WHO-Europe; 2008.
17. Verniest R, Laenen A, Daems A, Kohn L, Vandermeersch G, Fabri V, et al. *Les séjours psychiatriques de longue durée en lits T*. Brussels: KCE; 2008. Report No.: 84B.

18. *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*. Bruxelles: Conférence Interministérielle "Santé Publique"; 2010.
19. *Note de politique du gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue*. Brussels: Gouvernement Fédéral; 2001 19/01/2001.
20. Nicaise P, Giacco D, Soltmann B, Pfennig A, Miglietta E, Lasalvia A, et al. Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: A comparison of five European countries. *Health Policy*. 2020;124(1):25-36.
21. Vanderplasschen W, De Bourdeaudhuij I, Van Oost P. Co-ordination and continuity of care in substance abuse treatment. An evaluation study in Belgium. *European Addiction Research*. 2002;8(1):10-21.
22. Burns T, Catty J, White S, Clement S, Ellis G, Jones IR, et al. Continuity of care in mental health: Understanding and measuring a complex phenomenon. *Psychological Medicine*. 2009;39(2):313-23.
23. Nicaise P, Grard A, Leys M, Van Audenhove C, Lorant V. Key dimensions of collaboration quality in mental health care service networks. *Journal of Interprofessional Care*. 2021;35(1):28-36.
24. Lorant V, Grard A, Van Audenhove C, Leys M, Nicaise P. Effectiveness of Health and Social Service Networks for Severely Mentally Ill Patients' Outcomes: A Case-Control Study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2019;46(3):288-97.
25. Best D, Irving J, Albertson K. Recovery and desistance: what the emerging recovery movement in the alcohol and drug area can learn from models of desistance from offending. *Addiction Research & Theory*. 2017;25(1):1-10.
26. Brophy H, Dyson M, Katherine R. Concept analysis of recovery from substance use. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2023;32(1):117-27.
27. Corrigan PW, Larson JE, Smelson D, Andra M. Recovery, peer support and confrontation in services for people with mental illness and/or substance use disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2019;214(3):130-2.
28. Green CA, Yarborough MT, Polen MR, Janoff SL, Yarborough BJH. Dual recovery among people with serious mental illnesses and substance problems: A qualitative analysis. *Journal of Dual Diagnosis*. 2015;11(1):33-41.
29. Bond GR, Campbell K. Evidence-based practices for individuals with severe mental illness. *Journal of Rehabilitation*. 2008;74(2):33-44.
30. Chester P, Ehrlich C, Warburton L, Baker D, Kendall E, Crompton D. "What is the work of Recovery Oriented Practice?" A systematic literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2016;25(4):270-85.
31. Pincus HA, Spaeth-Rublee B, Sara G, Goldner EM, Prince PN, Ramanuj P, et al. A review of mental health recovery programs in selected industrialized countries. *International Journal of Mental Health Systems*. 2016;10(1):73.
32. Slade M, Bird V, Boutillier CL, Farkas M, Grey B, Larsen J, et al. Development of the REFOCUS intervention to increase mental health team support for personal recovery. *British Journal of Psychiatry*. 2015;207(6):544-50.
33. van der Meer L, Wunderink C. Contemporary approaches in mental health rehabilitation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2018;28(1):9-14.
34. Cruce G, Öjehagen A, Nordström M. Recovery-promoting Care as Experienced by Persons with Severe Mental Illness and Substance Misuse. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2012;10(5):660-9.
35. De Ruyscher C, Vandeveld S, Vanderplasschen W, De Maeyer J, Vanheule S. The Concept of Recovery as Experienced by Persons with Dual Diagnosis: A Systematic Review of Qualitative Research From a First-Person Perspective. *Journal of Dual Diagnosis*. 2017;13(4):264-79.

36. Hipolito MMS, Carpenter-Song E, Whitley R. Meanings of recovery from the perspective of people with dual diagnosis. *Journal of Dual Diagnosis*. 2011;7(3):141-9.
37. Kerman N, Kidd SA. The Healthcare Triple Aim in the Recovery Era. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2020;47(4):492-6.
38. Sælør KT, Ness O, Holgersen H, Davidson L. Hope and recovery: A scoping review. *Advances in Dual Diagnosis*. 2014;7(2):63-72.
39. Stott A, Priest H. Narratives of recovery in people with coexisting mental health and alcohol misuse difficulties. *Advances in Dual Diagnosis*. 2018;11(1):16-29.
40. Watson DP, Rollins AL. The Meaning of Recovery from Co-Occurring Disorder: Views from Consumers and Staff Members Living and Working in Housing First Programming. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2015;13(5):635-49.
41. White WL. Recovery: Old wine, flavor of the month or new organizing paradigm? *Substance Use and Misuse*. 2008;43(12-13):1987-2000.
42. El-Guebaly N. The meanings of recovery from addiction evolution and promises. *Journal of Addiction Medicine*. 2012;6(1):1-9.
43. Bellaert L, Martinelli T, Vanderplasschen W, Best D, Mheen D, Laenen F. Chasing a pot of gold : an analysis of emerging recovery-oriented addiction policies in Flanders (Belgium) and The Netherlands. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2021;28(5):399-410.
44. Lorant V, Nazroo J, Nicaise P. Optimal Network for Patients with Severe Mental Illness: A Social Network Analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2017;44(6):877-87.
45. Thunus S, Neyens I, Walker C, Hermans K, Smith P, Nicaise P, et al. Chapter 06: Strengths, weaknesses, gaps, and overlaps in the current mental health care supply: a focus group study. In: Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Farfan-Portet M, Ricour C, editors. *Organisation of mental health care for adults in Belgium*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019.
46. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, et al. The Camberwell Assessment of Need: The Validity and Reliability of an Instrument to Assess the Needs of People with Severe Mental Illness. *British Journal of Psychiatry*. 1995;167(5):589-95.
47. Nicaise P, Tulloch S, Dubois V, Matanov A, Priebe S, Lorant V. Using Social Network Analysis for Assessing Mental Health and Social Services Inter-Organisational Collaboration: Findings in Deprived Areas in Brussels and London. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2013;40(4):331-9.
48. Priebe S, Matanov A, Barros H, Canavan R, Gabor E, Greacen T, et al. Mental health-care provision for marginalized groups across Europe: findings from the PROMO study. *European Journal of Public Health*. 2013;23(1):97-103.
49. Caple V, Maude P, Walter R, Ross A. An exploration of loneliness experienced by people living with mental illness and the impact on their recovery journey: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2023. <https://doi.org/10.1111/jpm.12945>
50. Ingram I, Kelly PJ, Deane FP, Baker AL, Goh MCW, Raftery DK, Dingle GA. Loneliness among people with substance use problems: A narrative systematic review. *Drug and Alcohol Review*. 2020;39(5):447-83.
51. Baldessarini RJ, Tondo L. Suicidal Risks in 12 DSM-5 Psychiatric Disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2020;271:66-73.
52. Price-Robertson R, Obradovic A, Morgan B. Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*. 2017;15(2):108-20.

53. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109(SUPPL. 420):21-7.
54. Archambault K, Joubert D, Brown G. Gender, Psychiatric Symptomatology, Problem Behaviors and Mental Health Treatment in a Canadian Provincial Correctional Population: Disentangling the Associations between Care and Institutional Control. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2013;12(2):93-106.
55. Rodolpho JRC, Hoga LAK, Reis-Queiroz J, Jamas MT. Experiences and Daily Life Attitudes of Women With Severe Mental Disorders: Integrative Review of Associated Factors. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2015;29(4):223-35.
56. Schamp J, Simonis S, Roets G, Van Havere T, Gremeaux L, Vanderplasschen W. Women's views on barriers and facilitators for seeking alcohol and drug treatment in Belgium. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2021;38(2):175-89.
57. Johnson S, Kuhlmann R, Munizza C, Beecham J, Salvador-Carulla L, De Jong P, et al. The European Service Mapping Schedule (ESMS): Development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement. 2000;102(405):14-23.
58. Romero-López-Alberca C, Gutiérrez-Colosía MR, Salinas-Pérez JA, Almeda N, Furst M, Johnson S, Salvador-Carulla L. Standardised description of health and social care: A systematic review of use of the ESMS/DESDE (European Service Mapping Schedule/Description and Evaluation of Services and DirectoriEs). *European Psychiatry*. 2019;61:97-110.
59. Vanderplasschen W, Rapp RC, De Maeyer J, Van Den Noortgate W. A Meta-Analysis of the Efficacy of Case Management for Substance Use Disorders: A Recovery Perspective. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10:186.
60. Dekkers A, Bellaert L, Meulewaeter F, De Ruyscher C, Vanderplasschen W. Exploring essential components of addiction recovery: a qualitative study across assisted and unassisted recovery pathways. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2021;28:486 - 95.
61. King A.J., Simmons M.B. A Systematic Review of the Attributes and Outcomes of Peer Work and Guidelines for Reporting Studies of Peer Interventions. *Psychiatric Services*. 2018;69(9):961-77.
62. Burr C, Rother K, Elhilali L, Winter A, Weidling K, Kozel B, Gurtner C. Peer support in Switzerland – Results from the first national survey. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2020;29(2):212-23.
63. Cabassa LJ, Camacho D, Vélez-Grau CM, Stefancic A. Peer-based health interventions for people with serious mental illness: A systematic literature review. *Journal of Psychiatric Research*. 2017;84:80-9.
64. Chinman M, George P, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, Swift A, Delphin-Rittmon ME. Peer Support Services for Individuals With Serious Mental Illnesses: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*. 2014;65(4):429-41.
65. Egmoose C.H., Poulsen C.H., Hjorthøj C, Mundy S.S., Hellström L, Nielsen M.N., et al. The Effectiveness of Peer Support in Personal and Clinical Recovery—Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services*. 2023;74(8):847-58.
66. Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):39.
67. Parker S, Arnautovska U, Korman N, Harris M, Dark F. Comparative Effectiveness of Integrated Peer Support and Clinical Staffing Models for Community-Based Residential Mental Health Rehabilitation: A Prospective Observational Study. *Community Mental Health Journal*. 2023;59(3):459-70.

68. Reif S, Braude L, Lyman DR, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, et al. Peer Recovery Support for Individuals With Substance Use Disorders: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*. 2014;65(7):853-61.
69. Siantz E, Henwood B, Gilmer T. Peer Support in Full-Service Partnerships: A Multiple Case Study Analysis. *Community Mental Health Journal*. 2017;53(5):542-9.
70. Humphreys K, Lembke A. Recovery-oriented policy and care systems in the UK and USA. *Drug and Alcohol Review*. 2014;33(1):13-8.
71. Van Steenberghe T, Reynaert D, Roets G, De Maeyer J. *Ervaring werkt?! Ervaringskennis cocreatief inbedden in je organisatie*. Leuven: Acco; 2020.
72. Vanderplasschen W., Lievens K., Van Bouchaute J., Mostien B., Claeys P., Broekaert E. Zorgcoördinatie in de verslavingszorg: de stapsgewijze uitbouw van een zorgcircuit middelenmisbruik. *Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2004;60(11):773-87.
73. Health Do. *Mental health payment by results guidance for 2013–14*. London: Department of Health Payment by Results team UK; 2013.
74. Yeomans D. Clustering in mental health payment by results: A critical summary for the clinician. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2014;20(4):227-34.
75. Bigelow DA, McFarland BH, McCamant LE, Deck DD, Gabriel RM. Effect of managed care on access to mental health services among medicaid enrollees receiving substance treatment. *Psychiatric Services*. 2004;55(7):775-9.
76. Cuffel BJ, Snowden L, Masland M, Piccagli G. Managed care in the public mental health system. *Community Mental Health Journal*. 1996;32(2):109-24.
77. Dekkers A, Vos S, Vanderplasschen W. “Personal recovery depends on NA unity”: an exploratory study on recovery-supportive elements in Narcotics Anonymous Flanders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2020;15(1):53.
78. Migchels C, Zerrouk A, Crunelle CL, Matthys F, Gremeaux L, Fernandez K, et al. Patient Reported Outcome and Experience Measures (PROMs and PREMs) in substance use disorder treatment services: A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2023;253:111017.
79. Firn M, Hindhaugh K, Hubbeling D, Davies G, Jones B, White SJ. A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2013;48(6):997-1003.
80. Goodwin N, Lawton-Smith S. Integrating care for people with mental illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management. *International Journal of Integrated Care*. 2010;10.
81. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*. 1998;24(1):37-74.
82. Nugter MA, Engelsbel F, Bähler M, Keet R, van Veldhuizen R. Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Mental Health Journal*. 2016;52(8):898-907.
83. Van Veldhuizen J, Bahler M. *Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT); Vision, model, practice and organization*. Groningen: 2015.
84. Munch Nielsen C, Hjorthøj C, Arnfred BT, Nordentoft M. Patient Outcomes of Flexible Assertive Community Treatment Compared With Assertive Community Treatment. *Psychiatric Services*. 2023;74(7):695-701.

85. Trane K, Aasbrenn K, Rønningen M, Odden S, Lexén A, Landheim A. Flexible assertive community treatment teams can change complex and fragmented service systems: experiences of service providers. *International Journal of Mental Health Systems*. 2021;15(1):38.
86. Dissanayake R, Olivieri R, Aguey-Zinsou M, Yule E, Dunn L. Exploring mental health consumer experiences of the strengths model of case management: A phenomenological study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2024;33(1):175-84.
87. Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(10).
88. Cusack KJ, Morrissey JP, Ellis AR. Targeting Trauma-related Interventions and Improving Outcomes for Women with Co-occurring Disorders. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2008;35(3):147-58.
89. Wu NS, Schairer LC, Dellor E, Grella C. Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive Behaviors*. 2010;35(1):68-71.
90. Bartholow LAM, Huffman RT. The Necessity of a Trauma-Informed Paradigm in Substance Use Disorder Services. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2021;29(6):470-6.
91. Love K, Bolton JM, Hunzinger E, Hensel JM. Needs Assessment of Clients Accessing a Community Mental Health Crisis Stabilization Unit. *Community Mental Health Journal*. 2023;59(2):400-8.
92. Badcock JC, Adery LH, Park S. Loneliness in psychosis: A practical review and critique for clinicians. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2020;27(4):e12345.
93. Fulford D, Mueser KT. The importance of understanding and addressing loneliness in psychotic disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2020;27(4):e12383.
94. Fiori KL, McIlvane JM, Brown EE, Antonucci TC. Social relations and depressive symptomatology: Self-efficacy as a mediator. *Aging and Mental Health*. 2006;10(3):227-39.
95. Li G, Li Y, Lok A, Lam F, Tang W, Seedat S, et al. Understanding the protective effect of social support on depression symptomatology from a longitudinal network perspective. *BMJ Mental Health*. 2023;26:1-7.
96. Nuyen J, Tuithof M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Kleinjan M, Have Mt. The bidirectional relationship between loneliness and common mental disorders in adults: findings from a longitudinal population-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020;55(10):1297-310.
97. Alasmawi K, Mann F, Lewis G, White S, Mezey G, Lloyd-Evans B. To what extent does severity of loneliness vary among different mental health diagnostic groups: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2020;29(5):921-34.
98. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, Caan W. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017;152:157-71.
99. Lim MH, Eres R, Vasan S. Understanding loneliness in the twenty-first century: an update on correlates, risk factors, and potential solutions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020;55(7):793-810.
100. Mann F, Wang J, Pearce E, Ma R, Schlieff M, Lloyd-Evans B, et al. Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2022;57(11):2161-78.
101. Meltzer H, Bebbington P, Dennis MS, Jenkins R, McManus S, Brugha TS. Feelings of loneliness among adults with mental disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2013;48(1):5-13.

102. Murphy L, Markey K, O' Donnell C, Moloney M, Doody O. The impact of the COVID-19 pandemic and its related restrictions on people with pre-existent mental health conditions: A scoping review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2021;35(4):375-94.
103. Paudel J. Home Alone: Implications of COVID-19 for Mental Health. *Social Science & Medicine*. 2021;285:114259.
104. Ma R, Mann F, Wang J, Lloyd-Evans B, Terhune J, Al-Shihabi A, Johnson S. The effectiveness of interventions for reducing subjective and objective social isolation among people with mental health problems: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020;55(7):839-76.
105. Mann F, Bone JK, Lloyd-Evans B, Frerichs J, Pinfold V, Ma R, et al. A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017;52(6):627-38.
106. Perese EF, Wolf M. Combating loneliness among persons with severe mental illness: Social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues in Mental Health Nursing*. 2005;26(6):591-609.
107. Siette J, Cassidy M, Priebe S. Effectiveness of befriending interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017;7(4).
108. Nicaise P, Garin H, Smith P, d'Oreye de Lantremange S, Leleux L, Wyngaerden F, Lorant V. Implementation of a computer-assisted face-to-face intervention for mapping the social support networks of patients with severe mental illness in routine clinical practice: Analysis of the appropriateness and acceptability of the intervention. *International Journal of Social Psychiatry*. 2021;68(8):1774-82.
109. Simpson A, Flood C, Rowe J, Quigley J, Henry S, Hall C, et al. Results of a pilot randomised controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):30.
110. Grard A, Nicaise P, Smith P, Lorant V. Use of generic social services and social integration of patients with a severe mental illness in Belgium: Individual and services network determinants. *International Journal of Social Psychiatry*. 2022;68(5):1090-9.