

**SPF SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, le 08/07/2004

**Direction générale de l'Organisation
des Etablissements de Soins**

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Section "Programmation et Agrément"

RÉF. : CNEH/D/PSY/235-1 (*)

AVIS RELATIF A LA POURSUITE ET A LA GENERALISATION DE LA FONCTION DE SOINS "ACTIVATION" DANS LES SSM

Pour le Pr. Janssens, Président,
Le secrétaire,

C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau spécial le 8 juillet 2004.

1 MOTIVATION DU PRESENT AVIS

Les projets pilotes activation entamés au niveau fédéral en 2001 ont pris fin le 21 décembre 2004. Après la mise à disposition du rapport d'étude des deux équipes scientifiques qui ont évalué le fonctionnement des projets pilotes, il est temps à présent d'évaluer la nouvelle forme de soins expérimentale « activation ».

Le fait que la conférence interministérielle du 24 mai 2004 présente l'activation comme un jalon dans le développement de circuits et de réseaux de soins dans les SSM incite l'autorité fédérale à prendre des décisions stratégiques en ce qui concerne la poursuite et/ou la généralisation de la fonction de soins activation dans les SSM.

2 CONTEXTE DES PROJETS PILOTES ACTIVATION

Dans l'avis antérieur du 8/2/2001 concernant le contenu, l'importance et l'organisation de la fonction de soins « activation » dans les soins de santé, on se prononçait en faveur de nouvelles formes de soins concernant des activités axées sur le soutien et le développement pour le groupe cible de personnes présentant des problèmes psychiatriques graves et de longue durée.

En exécution de cet avis, le SPF Santé publique a lancé un appel en vue de la réalisation du projet pilote activation dans lequel deux composantes importantes de la fonction activation devaient être élaborées, à savoir le travail et la formation, tous deux limités à la partie accompagnement du trajet. 19 projets pilotes ont été sélectionnés.

Au cours de la phase expérimentale du projet, un caseload moyen d'au moins 50 personnes sur une base annuelle doit être retenu dans le cadre d'un accompagnement du trajet. La durée du contrat était initialement fixée à 12 mois, du 21/12/2001 au 20/12/2002. Peu avant la date d'expiration les projets ont été prolongés à deux reprises, d'une année chaque fois jusqu'au 20/12/2004.

Etant donné que le budget prévu ne comprenait que des frais de personnel, ce montant peut être utilisé pour mettre le personnel nécessaire à disposition, à savoir au moins deux ETP du niveau A1 au minimum.

Le rapport des équipes scientifiques chargées d'évaluer la formule du projet présente les résultats suivants pour les deux premières années pilotes :

- Tous les projets s'adressaient aux personnes présentant des problèmes psychiatriques graves et de longue durée, avec pour objectif : occupation de journée et activités de jour (travail rémunéré ou non rémunéré), rencontres et contacts sociaux. L'éducation a moins fréquemment été présentée comme un objectif.
- Les objectifs préconisés par les personnes chargées de l'accompagnement coïncidaient relativement bien avec ceux préconisés par les utilisateurs.

| | Accomp. | Utilisateurs |
|--|---------|--------------|
| Objectifs moins importants: occupation pertinente, structure de jour | 70% | 67% |
| Objectifs généraux | 60% | 60% |
| Travailler ou suivre une formation | 45% | 49% |

Les chercheurs estiment que les personnes chargées de l'accompagnement se fondent beaucoup trop sur un modèle de déficience et pas assez sur un modèle de compétence, de sorte qu'il existe un risque que les accompagnateurs sous-estiment les possibilités des utilisateurs et proposent une offre insuffisante.

- Les activités dans les projets concernés, par ordre décroissant, le travail, le temps libre et l'éducation.

- Les objectifs préconisés « activités de jour » et « occupation pertinente » sont atteints pour un grand groupe de personnes. Pour un tiers des utilisateurs pour qui l'objectif travail/formation était préconisé, cet objectif a effectivement été atteint. Un utilisateur sur 10 a trouvé un emploi rémunéré. Les auteurs des projets pilotes précisait que l'accompagnement du trajet de travail implique une forme très étroite de soutien des utilisateurs : en effet, de nombreux utilisateurs ont besoin d'un soutien et d'opportunités en ce qui concerne le développement personnel, la structuration de jour et l'occupation pertinente.
- Le développement de contacts sociaux, souvent avec des personnes partageant le même sort, constitue pour les utilisateurs une première étape à franchir en vue de l'intégration dans la société.
- En dépit de l'absence de changement dans leur situation financière, la majorité des utilisateurs ont connu une évolution positive, surtout dans leur fonctionnement personnel et social (activités accrues, plus grande confiance et foi en soi-même, vision plus claire des objectifs que l'on souhaite atteindre, conscience des possibilités et des limites personnelles, contacts sociaux facilités).
- Plus de 90 % des utilisateurs se rendent volontiers au centre et 86 % conseilleraient même à d'autres de s'y rendre.
- Les projets ont réalisé leur mission à l'égard des utilisateurs, principalement en collaboration avec des équipements du secteur SSM (centres de jour, hôpitaux psychiatriques, habitations protégées). Pour un utilisateur sur dix, des centres d'accompagnement réguliers du travail/du trajet ont été mobilisés, par exemple ATT (accompagnement du trajet de travail) ou des ateliers protégés. Les auteurs des projets pilotes font observer que beaucoup d'organisations et de centres réguliers sont peu accessibles au groupe cible, soit parce que le niveau est trop élevé pour le groupe cible, soit parce que la procédure n'est pas adaptée. Les utilisateurs insistent sur l'instauration d'une collaboration plus étroite entre les équipes SSM et les personnes chargées de l'accompagnement régulier du trajet du travail.
- Les projets ont consacré une attention importante au développement général des réseaux et à la diffusion d'informations sur le projet.
- En ce qui concerne les activités de temps libre¹, les projets ont consacré la plus grande part de l'attention aux activités d'information. La collaboration structurelle avec d'autres initiatives dans la région a bénéficié jusqu'à présent d'une attention moindre.
- Pour pouvoir contribuer le plus possible à la promotion de l'intégration sociale et à l'inclusion sociale, il faut un large éventail de possibilités comme, par exemple, les centres d'activités de jour et de rencontres facilement accessibles, l'accompagnement et la préparation au travail, le travail et l'éducation dans un milieu protégé et le soutien lors de la recherche et la conservation d'un emploi, entre autres, l'implémentation et la poursuite du développement de programmes evidence-based de soutien à l'emploi et à l'éducation.

3 ACTIVATION: UNE FONCTION DE SOINS ESSENTIELLE DES SOINS DE SANTE MENTALE

¹ Les activités de temps libre peuvent être définie comme les activités des intervenants qui visent à améliorer les possibilités de travail, de rencontres, de loisirs et de formation des personnes présentant des problèmes psychiatriques graves et de longue durée et ce, en influençant dans un sens positif l'évolution des conditions en matière de travail, de formation, de temps libre et de rencontre (LUCAS). Une autre définition décrit les activités de temps libre comme les activités visant à promouvoir l'instauration d'un climat social offrant (plus de) des possibilités pour les personnes ayant des antécédents psychiatriques ainsi que pour une grand nombre d'autres personnes confrontées aux mêmes mécanismes d'exclusion (Van Weeghel et Zeelen 1990).

3.1 Définition

L'activation peut être définie comme l'ensemble des missions à l'égard du groupe cible de personnes présentant des troubles psychiatriques graves et de longue durée en matière de travail, de formation, de temps libre et de rencontres, afin de contribuer ainsi au rétablissement, à l'intégration sociale des clients et à l'inclusion sociale du groupe cible.

L'activation s'inscrit, ce faisant dans le cadre plus large de la socialisation des soins.

3.2 Objectifs²

Vu la définition précitée, les activités d'activation prévoient :

- Au niveau du client, des objectifs
 - o axés sur le soutien du client ainsi que sur la poursuite de développement du client
 - o axés sur l'amélioration du fonctionnement et l'appropriation (réappropriation) de rôles sociaux pertinents (axés sur le problème)
- Au niveau de la société, objectifs relatifs à l'amélioration de l'inclusion sociale du groupe cible au moyen des activités de temps libre.

Ces objectifs peuvent être regroupés sous le nom de réinsertion, laquelle vise non pas à soigner mais à optimiser le fonctionnement sur la base des compétences de la personne.

Ainsi, à côté des autres fonctions de soins des SSM, l'activation constitue, en tant que fonction de soins, une composante essentielle d'un programme de soins pour un groupe cible.

3.3 Groupe cible³

Le groupe cible de l'activation comprend les enfants et les jeunes, les adultes ou les personnes âgées présentant des troubles psychiatriques graves et de longue durée. La dimension globale de ce groupe cible est estimée pour la Belgique à 27.000 à 30.000 personnes, et ce, par l'extrapolation des chiffres néerlandais par Van Audenhove. L'INAMI évoque le nombre de 57.494 invalides psychiques (INAMI, rapport annuel 2002). Un chiffre réaliste se situera entre 30.000 et 60.000 personnes.

Ces personnes sont confrontées à des limites à différents niveaux :

limites fonctionnelles dues au problème psychiatrique et limites sur le plan de la personnalité : solitude accrue, stress accru, absence d'aptitudes sociales, transfert limité d'expériences d'apprentissage vers la vie quotidienne, dépendance croissante envers les intervenants.

En conséquence de leurs troubles psychiatriques, ces personnes présentent des problèmes de comportement, de la mythomanie, de l'angoisse, des épisodes psychotiques, des sentiments dépressifs, de la confusion, des problèmes cognitifs et/ou des troubles de la mémoire.

Ces limitations génèrent souvent une situation financière précaire pour ces personnes.

La maladie ne présente pas un caractère temporaire mais dure dans de nombreux cas toute la vie.

En outre, ces personnes sont confrontées à des limitations résultant de la stigmatisation que la société inflige aux patients psychiatriques.

3.4 Modèles d'activation

² L'annexe 1 comporte plus de détails.

³ L'annexe 2 comporte plus de détails.

Au niveau international, l'activation revêt diverses formes : club houses, emploi de transition, service (public) pour l'emploi, entreprises dirigées par les clients eux-mêmes, ateliers protégés, unités de travail industriel, entreprises sociales et coopératives (social firms), soutien à l'emploi et à l'accompagnement en matière de formation et d'éducation. Voir annexe 3.

A l'heure actuelle, il existe en Belgique 4 grands modèles d'activation: a) possibilités de rencontres et de structuration de jour, b) accompagnement du temps libre, c) accompagnement de la formation et des études et d) orientation, préparation et accompagnement professionnel mais aussi formes alternatives de travail.

Voir annexe 4.

Des études ont montré que certaines formes de réinsertion professionnelle sont plus efficaces que d'autres (Michon & Van Weeghel, 2003). Le soutien à l'emploi se présente comme une forme d'activation très prometteuse, axée sur le travail et en particulier comme la variante connue sous le nom d'IPS: le placement individuel et le modèle de soutien (Crowther, Bond, Huxley en Marshall 2001).

4 CONSTATS ET RECOMMANDATIONS POUR LA POLITIQUE A MENER

- Les projets pilotes temporaires financés au niveau fédéral ont donné une importante impulsion au renouvellement en matière de soins. Les projets pilotes visaient à rompre avec la vision dominante en matière de soins fondée sur le modèle de déficience. Grâce au projet pilote, le modèle de compétence s'est taillé une part plus importante dans le secteur des SSM.
- Afin de parvenir à une intégration sociale de clients et à l'inclusion sociale du groupe cible, la fonction de soins activation doit être intégrée dans une vision globale des soins de santé mentale ainsi que dans l'offre globale de soins. Cela implique que la réalisation de cette fonction de soins doit être une composante du programme de soins et du trajet de soins pour les personnes présentant des troubles psychiatriques graves et de longue durée. Dès lors, il appartient aux acteurs de soins collaborant de prendre conjointement la responsabilité de la réalisation de cette fonction à l'intérieur d'une zone d'activité.
- La réalisation de l'activité requiert au niveau local
 - une collaboration fonctionnelle, d'une part, entre les acteurs SSM et, d'autre part, entre les acteurs SSM et les partenaires au sein de la société dans son ensemble;
 - des connaissances, des attitudes et des méthodes spécifiques de la part des prestataires de soins
 - un apport additionnel en termes de personnel et de moyens pour la réalisation de cette fonction de soins.
- Une réalisation optimale de l'activation implique au macro-niveau
 - Une coordination efficace de la politique des différentes autorités belges en ce qui concerne le travail, l'enseignement, le bien-être, le logement, la culture et les loisirs, l'intégration sociale et les soins de santé mentale. Cette coordination doit être rendue opérationnelle par le biais d'un protocole de collaboration entre les différentes autorités compétentes.
 - Un engagement actif des autorités, des syndicats, des employeurs et de tous les autres acteurs de la société en vue de la sensibilisation de la population et de

l'adaptation et coordination de la réglementation. Il s'agira en particulier de contribuer à donner une image plus positive des clients SSM, d'opérer une discrimination positive en faveur du groupe cible, d'éviter des périodes d'inactivité, d'accroître la tolérance envers les SSM, de rendre la société accessible aux personnes présentant des troubles psychiatriques graves.

5 PROPOSITIONS

5.1 Propositions pour le développement de la fonction activation dans les SSM

Compte tenu des éléments suivants :

- les expériences des projets pilotes qui montrent entre autres que de nombreux utilisateurs ont besoin aussi bien d'un accompagnement du trajet que d'un soutien, sous la forme ou non d'une offre de base,
- le fait que l'activation comprend aussi bien les domaines du travail, de la formation, du temps libre et que, dans les projets pilotes actuels, elle est uniquement axée sur les domaines du travail et de la formation,
- les informations evidence based en ce qui concerne le soutien à l'emploi, en particulier le modèle du placement et du soutien individuels,
- la nécessité de poursuivre le développement d'une offre de base en ce qui concerne les activités de jour et les possibilités de rencontres, en dehors des sites des équipements résidentiels SSM,
- le caseload réalisable d'un ETP par 50 utilisateurs sur une base annuelle en cas de coaching et d'orientation vers le travail, et un ETP par 15 utilisateurs pour un accompagnement complet des utilisateurs, la poursuite du développement des activités de temps libre par le biais des activités d'information, la formation structurelle de réseau au niveau de la politique,
- un agrandissement d'échelle de l'équipe nécessaire afin de réaliser aussi bien la fonction de réseau que la fonction d'accompagnement des utilisateurs,

On prévoit à plus long terme, pour 50.000 à 100.000, une équipe de 6 ETP au niveau A1, qui assure la réalisation complète de la fonction activation dans les 4 domaines, à savoir, le travail, la formation, les loisirs et les rencontres, pour des personnes présentant des troubles psychiatriques graves et de longue durée.

Dans la perspective d'une transition à 6 ETP, on prévoit, dans la première phase de consolidation et de généralisation des projets pilotes activation, de doter les projets locaux de 4 ETP.

Dans le cadre de l'intégration de collaborateurs dans les projets activation, il est recommandé d'avoir recours également à des experts qui, outre leur expertise professionnelle, ont également une expérience en tant qu'utilisateurs des soins de santé mentale.

Sur une base annuelle, cette équipe doit disposer d'un case-load permanent d'au moins 70 utilisateurs pour l'accompagnement du travail et du trajet de formation avec un coefficient de renouvellement minimum annuel de 20 %. En vue de garantir la continuité des soins et de promouvoir les possibilités de sortie, il faut veiller à ce que 30 % au maximum de ce case-load séjournent dans un équipement psychiatrique résidentiel

Afin de poursuivre un développement minimal de la fonction activation en Belgique en prévoyant une seule équipe pour 50.000 à 100.000 résidents, il faut réaliser, dans la première phase 2005-2006, des investissements supplémentaires afin de pouvoir mener 50 projets de ce type au total, ce qui suppose 31 projets supplémentaires.

Pour la formalisation de chacun de ces projets, il faut au minimum une collaboration fonctionnelle juridiquement formalisée entre, d'une part, 2 acteurs SSM (dont toujours un CSSM) et, d'autre part, 2 acteurs non SSM du milieu non catégoriel du travail, de la formation, du temps libre et des rencontres.

Si, dans cette phase pilote, il s'avère nécessaire pour des raisons pratiques, juridiques, financières, locales ou autres, de disposer d'identités juridiques séparées, alors on plaide pour une initiative de collaboration spécifique, par analogie avec le cadre juridique qui est actuellement d'application comme initiative de collaboration pour la création et l'exploitation des initiatives d'habitation protégée.

Ces initiatives de collaboration doivent reposer sur au moins trois acteurs SSM existants (HP, SPHG, MSP, Hab.prot., CSSM). Au titre de la condition d'agrément supplémentaire, il convient de préciser que l'initiative de collaboration développe une collaboration fonctionnelle avec des partenaires du monde du travail régulier, de l'information, du temps libre et/ou de rencontres.

Au niveau local, cette initiative de collaboration peut être identique à l'initiative de collaboration développée pour la création et l'exploitation d'une initiative d'habitation protégée.

Coût par projet:

| Type de coût | Coût par an in EUR | Unités | Total /année en EUR |
|---|--------------------|--------|---------------------|
| Coût salarial A1 avec 15 ans d'ancienneté, sans prestations supplémentaires | 44.417 | 2 | 88.834 |
| Coût salarial A1 avec 15 ans d'ancienneté avec 4 h/semaine prestations supplémentaires à 26 % et 2h/semaine à 56 % | 46240,5 | 2 | 92.481 |
| Frais généraux (chauffage, électricité, assurance, déplacement, matériel de bureau ...pour le personnel) par analogie avec les frais de fonctionnement habitation protégée: | € 4992 / ETP | 4 | 19968 |
| Location/amortissement des locaux (secrétariat personnel, espace de rencontre, centre de travail- et/ou d'activité) | 12.500 | 1 | 12.500 |
| Matériel de fonctionnement pour les centres de travail et/ou d'activité | 3000 | | 3000 |
| Total par projet | | | 216.783 |
| Total pour 50 projets | | | 10.839.150 |

5.2 Proposition de mesures complémentaires de facilitation

Afin de continuer à développer également la fonction d'activation dans les équipements psychiatriques résidentiels et d'offrir à ces équipements, dans le cadre de leur mission de traitement et d'accompagnement, plus de possibilités d'assurer la fonction activation, il est proposé:

- a) d'adapter les normes d'agrément des services T d'hospitalisation partielle afin d'assouplir le rapport infirmier/autres qualifications au niveau A1 en fonction du profil spécifique de ces unités ;
- b) d'adapter la convention INAMI organismes assureurs-services hospitaliers psychiatriques afin de permettre la réalisation d'un traitement hospitalier partiel à raison de 3,5 heures par jour civil, en comparaison avec le 7 à 8 heures obligatoires par jour civil dans la convention actuelle ;

- c) d'adapter la convention INAMI organismes assureurs-services hospitaliers psychiatriques afin qu'un traitement de revalidation soit également possible en dehors du site de l'hôpital;
 - d) d'adapter le financement des initiatives d'habitation protégée par l'ajout de coûts liés à l'accompagnement (cf. avis du CNEH en préparation ;
 - e) d'adapter les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée, des hôpitaux psychiatriques et des maisons de soins psychiatriques afin que la fonction activation de leurs résidents et patients puissent être déployée en dehors du site mais avec le personnel de ces équipements, sur le même site ou non que les projets décrits ci-dessus.
-

AVIS DE SYNTHÈSE concernant
LA POURSUITE ET LA GÉNÉRALISATION DE LA FONCTION DE SOINS
'ACTIVATION' DANS LES SSM'

La Conférence interministérielle du 24 mai 2004 prône l'activation comme étape dans l'évolution vers des 'circuits de soins et des réseaux dans les SSM'. Les projets pilotes 'activation' lancés au niveau fédéral en 2001 prennent fin le 20 décembre 2004.

Dès lors, l'autorité fédérale doit prendre à court terme des décisions concernant la continuation et/ou la généralisation de la fonction de soins 'activation' dans les SSM.

En exécution de l'avis du 8/2/2001 du CNEH concernant le contenu, l'importance et l'organisation de la fonction de soins 'activation' dans les soins de santé mentale, le SPF Santé publique a financé 19 projets pilotes pour une période d'un an, laquelle a été prolongée d'un an à deux reprises.

Durant la période expérimentale, les projets devaient poursuivre le développement des composantes d'activation 'accompagnement du trajet de travail et de formation' avec 2 ETP pour un caseload moyen d'au moins 50 personnes sur base annuelle.

Les principales conclusions des équipes scientifiques qui ont évalué la formule de projet ont été rapportées.

L'activation peut être définie comme l'ensemble des missions à l'égard du groupe cible de personnes présentant des troubles psychiatriques graves et de longue durée en matière de travail, de formation, de temps libre et de rencontres, afin de contribuer ainsi au rétablissement, à l'intégration sociale des clients et à l'inclusion sociale du groupe cible.

L'activation s'inscrit se faisant dans le cadre plus large de la socialisation des soins.

Eu égard à la définition précitée, les activités d'activation comprennent les objectifs tant au niveau du client qu'au niveau de la société.

Le groupe cible de l'activation comprend les enfants et les jeunes, les adultes ou les personnes âgées présentant des troubles psychiatriques graves et de longue durée. Il est estimé que ce groupe cible comprend, au total, de 30.000 à 60.000 belges.

Ces personnes sont confrontées à des limites à différents niveaux : limites fonctionnelles dues au problème psychiatrique et limites sur le plan de la personnalité. Ces limitations génèrent souvent une situation financière précaire pour ces personnes. La maladie ne présente pas un caractère temporaire mais dure dans de nombreux cas toute la vie.

En outre, ces personnes sont confrontées à des limitations résultant de la stigmatisation que la société inflige aux patients psychiatriques.

Différents modèles internationaux et belge d'activation ont été examinés.

PROPOSITIONS

La concrétisation de la fonction 'activation' suppose au niveau local une collaboration fonctionnelle entre les acteurs SSM d'une part, et entre les acteurs SSM et les partenaires au sein de la large société d'autre part. Au macro-niveau, il est indispensable d'avoir une bonne coordination de la politique, de préférence sous la forme d'un accord de collaboration, de la politique des différentes autorités belges en matière de travail, d'enseignement, d'aide sociale, de logement, de culture et de loisirs, de réinsertion sociale et de soins de santé mentale.

Concrètement, on prévoit à plus long terme, par projet local, une équipe de 6 ETP de niveau A1, qui assure la réalisation complète de la fonction 'activation' dans les quatre domaines, travail, formation, loisirs et rencontre, pour des personnes ayant des problèmes psychiatriques graves et de longue durée. Dans une première phase de consolidation et de généralisation des projets pilotes 'activation', on prévoit de doter les projets locaux de 4 ETP. Afin de poursuivre un développement minimal de la fonction 'activation' en Belgique, il faut réaliser dans la première phase 2005-2006 des investissements supplémentaires pour organiser au total 50 projets de ce type, ce qui implique 31 projets supplémentaires.

Coût par projet : € 216.783 par an

Coût total pour 50 projets : € 10.839.150 par an

Afin de soutenir le développement de cette fonction de soins dans les équipements résidentiels, on plaide pour les mesures supplémentaires de facilitation suivantes :

- a) adapter les normes des services d'hospitalisation partielle T ;
- b) adapter la convention INAMI organismes assureurs – services hospitaliers psychiatriques en ce qui concerne le traitement en hospitalisation partielle et la postcure ;
- c) adapter le financement des initiatives d'habitation protégée en ajoutant les frais liés à l'accompagnement (cf. avis du CNEH en préparation) ;
- d) adapter les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée, des hôpitaux psychiatriques et des maisons de soins psychiatriques de façon à ce que la fonction d'activation de leurs résidents et patients puisse se dérouler en dehors du site mais avec le personnel de ces équipements, que cela se fasse ou non au même endroit que les projets décrits ci-dessus.

ANNEXE 1 : OBJECTIFS DE L'ACTIVATION

L'objectif général de l'activation est similaire à celui de la réhabilitation psychiatrique : réaliser la participation du patient psychiatrique en tant que citoyen dans la société.

Faire partie d'une communauté implique que l'on concrétise cette appartenance. La majorité des gens le font par leur travail, leurs activités de loisirs et la vie associative, ainsi que par les contacts avec les amis et les proches. Par des activités concrètes dans ces domaines, on ressent son appartenance à la communauté et on remplit des rôles socialement admis. Toutefois, ce rôle social n'est pas évident pour les patients psychiatriques. L'activation a pour but d'amorcer ou de rétablir ce rôle social de telle sorte que le patient ait de nouveau le sentiment d'appartenir à la communauté.

L'activation poursuit un certain nombre d'objectifs secondaires, qui découlent de cet objectif général. Fonctionner à nouveau comme citoyen dans la communauté – et non plus comme patient en institution – suppose que les soins à soi-même, les soins de proximité et la possibilité de faire appel à l'aide globale deviennent plus importants (Carling, 1995). L'activation offre des instruments concrets à cet effet. L'activation peut créer des possibilités de soins à soi-même, entre autres par le contact avec des personnes se trouvant dans la même situation dans les foyers de rencontre. Une offre sur la plan de l'occupation structurée de jour peut également signifier une aide pour les familles et les personnes directement concernées (respite care). Une concertation avec les intervenants et les travailleurs sociaux contribue à une meilleure accessibilité de l'offre d'assistance sociale pour les personnes souffrant de graves problèmes psychiatriques (activités de temps libre). De cette manière, l'activation constitue un élément clé d'une politique d'inclusion sociale.

Les SSM utilisent également la fonction de soins activation pour réaliser un certain nombre d'objectifs qui touchent au processus de restauration personnel du patient psychiatrique. En effet, l'activation offre des instruments concrets pour franchir de nouvelles étapes dans ce processus de restauration (ce qu'on appelle les recovery triggers) et aide les clients à développer des compétences spécifiques pour se maintenir dans les nouveaux rôles sociaux (recovery skills-LeRoy Spaniol, 2002).

Des études ont démontré que l'activation donne lieu à un meilleur fonctionnement des patients psychiatriques dans divers domaines de la vie et à une meilleure image de soi. Ces changements entraînent à leur tour une plus grande effectivité personnelle (Arns et Linney, 1998). Ces améliorations peuvent renforcer et soutenir le traitement psychiatrique général et rendre les patients moins dépendants des prestataires de soins psychiatriques.

Annexe 2 : Description plus précise du groupe cible

1. Délimitation du groupe des malades psychiques graves et de longue durée.

Généralement, le groupe des malades psychiques graves et de longue durée est délimité dans la littérature sur la base de trois critères : le diagnostic, la durée de la maladie et les limitations dans le fonctionnement qui résultent de l'affection (Bachrach, 1995, 1986). En ce qui concerne le diagnostic, il s'agit d'adultes souffrant d'une maladie psychiatrique grave comme la schizophrénie ou un trouble maniaco-dépressif. Comme conséquence de leur trouble psychiatrique, ces personnes présentent des symptômes sous la forme de problèmes comportementaux, de chimères, d'angoisses, de crises psychotiques, de sentiments dépressifs, de désarroi, de problèmes cognitifs et/ou de troubles de la mémoire. La maladie n'est pas de type passager mais est un fardeau que

les personnes qui en souffrent doivent souvent supporter toute leur vie. La maladie influence fortement le fonctionnement de ces personnes et donne lieu à des limitations graves, par exemple dans l'entretien de contacts sociaux.

2. Troubles, limitations et handicaps

La socialisation des soins de santé mentale a donné lieu à de nouvelles définitions du groupe cible de personnes présentant des problèmes psychiatriques graves et de longue durée. Le temps passé en hôpital psychiatrique ne satisfait plus comme critère pour la détermination de la chronicité. Il faut également tenir compte des limitations fonctionnelles qui découlent du trouble, empêchent le patient de fonctionner durant un long laps de temps de manière adéquate dans un contexte social normal et l'obligent à faire appel à maintes reprises à un soutien professionnel.

Wing et Morris (1981) définissent spécifiquement pour ce groupe cible trois niveaux de limitations qui s'influencent mutuellement : les limitations primaires, secondaires et tertiaires.

Les limitations primaires découlent de la maladie même et consistent en caractéristiques ou comportements dysfonctionnels pouvant être considérés comme symptômes de la maladie. Wing et Morris désignent les limitations secondaires comme 'l'(in)tolérance personnelle'. Il s'agit de la mesure dans laquelle le patient a surmonté la maladie, quelles cicatrices le trouble a laissées chez le patient telles que, par exemple, un manque de confiance en soi et un manque de confiance dans ses propres possibilités de rétablissement.

Les limitations tertiaires découlent de l'attitude que l'entourage du patient adopte à l'égard de la problématique. Ces limitations consistent en des phénomènes comme la stigmatisation, la pauvreté et l'absence de possibilités, un réseau social qui se rétrécit et l'exclusion du monde du travail.

L'aide professionnelle doit tenir compte de ces trois niveaux de limitations et les approcher de manière spécifique. Ces limitations entraînent également des besoins spécifiques qui distinguent ce groupe des autres demandeurs de soins et avec lesquels les intervenants professionnels ne sont pas toujours familiarisés.

3. Besoins spécifiques

Les adultes présentant des troubles graves et de longue durée rencontrent des difficultés dans notre société. Beaucoup d'entre eux sont confrontés à des problèmes de solitude (Lehman, 1986 et Borge, 1999, Poulin et Massé, 1994) et à l'absence d'un réseau social. Cette solitude est liée aux difficultés que rencontrent ces personnes pour établir des relations sociales significatives. Ces difficultés résultent du trouble psychiatrique même ou sont la conséquence des limitations secondaires et tertiaires (stigmatisation). Les nombreuses admissions en hôpital psychiatrique ont également une influence négative sur les contacts avec les amis et connaissances. En raison de ces problèmes de solitude, certains patients ne franchissent délibérément pas le pas vers le logement indépendant et ils restent chez leurs parents. De ce fait, la charge émotionnelle des familles peut augmenter (De Rick et al., 2000).

En général, les personnes de ce groupe sont très sensibles au stress. Même un peu de stress peut susciter dans certains cas une angoisse extrême ou un nouvel épisode psychotique (Stein et Santos, 1998). Supporter le stress émotionnel constitue un défi particulier tant pour les intervenants informels (les proches) que formels 'expressed emotions) (Van Humbeeck et al., 2002).

Une troisième caractéristique de ce groupe cible est le manque de compétences sociales de base. Des activités simples comme prendre le bus, gérer de l'argent, faire des courses dans un supermarché ou préparer un repas sain peuvent constituer des tâches quasi insurmontables pour des patients présentant des limitations cognitives. Dans la vie normale des individus, l'apprentissage de ces compétences de base va de pair avec le processus menant à l'indépendance. Durant cette phase de la vie, les patients psychiatriques sont souvent en institution ou ils fonctionnent moins bien sur le plan psychique, et leur entourage consacre moins d'attention à l'apprentissage de ces compétences. Dans une phase ultérieure, il y a le problème du transfert limité d'expériences d'apprentissage. Des études ont montré que, malgré un apprentissage intensif à l'hôpital psychiatrique, les patients n'utilisent, après leur sortie, quasiment pas les compétences acquises (Stein et Santos, 1998). Lorsqu'ils quittent l'hôpital, beaucoup de patients ne retournent plus dans leur milieu de vie initial. Ils se retrouvent dans de nouvelles situations qu'ils ressentent comme très stressantes. Dès lors, ils les évitent systématiquement et les compétences acquises à l'hôpital ne peuvent pas être mises en pratique. Toutefois, certains patients ont également des difficultés à tirer un enseignement des expériences en soi et à établir des relations entre la situation d'apprentissage et leur milieu de vie (Stein et Santos, 1998).

Les limitations précitées peuvent empêcher dans une large mesure les patients de participer en tant qu'individu autonome à la communauté. De ce fait, on observe souvent une dépendance accrue à l'égard des parents ou des prestataires de soins (De Rick et al., 2001). Un élément important dans l'exclusion sociale des personnes présentant des problèmes psychiatriques graves est la stigmatisation qu'entraînent les affections psychiatriques. Dans notre société, beaucoup de personnes considèrent les patients psychiatriques comme non fiables ou dangereux, comme paresseux ou incapables de travailler, ou comme peu intelligents et incapables d'apprendre quelque chose. De ce fait, la stigmatisation entraîne peu à peu l'exclusion de la société. Selon Seyfried, la stigmatisation des patients psychiatriques entraîne à son tour un renforcement des handicaps et des limitations (Seyfried et Bertzeletou, 1990). Les auteurs ayant une expérience en tant que patient en soins de santé mentale désignent souvent la stigmatisation comme la principale barrière vers l'intégration sociale. Ils considèrent la réhabilitation par le travail comme le principal moyen de sortir de cette impasse. (De Jonghe, 1991, Chamberlin, 2000). Dans son modèle théorique de réhabilitation par le travail, Seyfried ne s'adresse pas seulement aux patients mais il lance également un appel à l'entourage. L'enseignement de nouvelles compétences aux patients doit s'insérer dans un contexte qui suppose l'acceptation sociale, un contexte dans lequel les clients peuvent ressentir une sécurité émotionnelle et établir des relations sociales positives. De cette façon, les effets négatifs de la stigmatisation sont éliminés. C'est pourquoi Seyfried plaide pour que, lors du développement de programmes de réhabilitation par le travail, on consacre une attention suffisante à ces éléments contextuels et aux processus sociaux qui les accompagnent. A cet égard, tant les clients, les accompagnateurs que les employeurs sont partie intéressée.

En ce qui concerne la question de savoir si les personnes présentant des problèmes psychiatriques graves entrent en ligne de compte pour un emploi, il existe également de nombreux préjugés. Parfois, on part du principe que ces personnes n'entrent pas du tout en ligne de compte pour un emploi et qu'il est préférable de les occuper avec ce qu'on appelle des 'activités de temps libre'. Mais simultanément, ces personnes reçoivent des signaux d'un entourage qui les considère comme paresseuses et indifférentes. De ce fait, on crée pour les patients des attentes paradoxales qui se répercutent parfois jusque dans l'aide professionnelle. Les patients y reçoivent le conseil de retravailler, de chercher du travail pour éviter ainsi une rechute ou alléger la pression sur l'entourage. Mais simultanément, les soins de santé mentale n'offrent pas d'instruments concrets pour aider les patients à renouer avec le monde du travail. Van Weeghel met l'accent sur le fait que les patients de ce groupe cible se retrouvent dans les derniers rangs du cortège des demandeurs d'emploi. Ils doivent partir de 0 et c'est précisément ce point de départ qui est si important et si difficile pour ce groupe (Van Weeghel, 1995). En effet, il n'est pas évident de retravailler pour une personne qui est confrontée aux limitations énoncées ci-dessus. Il lui faut un soutien de la part des soins de santé mentale pour rendre cela possible. Dans les nouvelles approches des soins de santé mentale axés sur la communauté, nous retrouvons ce soutien comme élément important dans les programmes de soins.

Les conditions de vie matérielles et financières des personnes présentant des problèmes psychiatriques graves et de longue durée influencent souvent de manière négative le fonctionnement social de ces dernières. Des études révèlent par exemple les faibles revenus de ces patients : 30% d'entre eux doivent se contenter de moins de € 625 par mois (Van Audenhove et al., 1998).

ANNEXE 3: MODELES INTERNATIONAUX D'ACTIVATION

En Belgique, les organisations SSM offrent aux patients un large éventail de possibilités sur le plan de l'activation. Cette évolution est également perceptible dans d'autres pays. Ainsi qu'on l'a déjà indiqué, ce large éventail est nécessaire pour répondre aux besoins diversifiés et évolutifs des patients sur le terrain. En fonction de la phase de rétablissement dans laquelle les patients se trouvent, ils peuvent avoir besoin de contacts avec des personnes qui se trouvent dans la même situation, à une offre temporaire de formation et/ou à un accompagnement du travail.

La littérature internationale concernant la réhabilitation offre à différents endroits des aperçus des différents modèles d'activation. Compte tenu du contexte d'une politique explicite d'inclusion sociale dans la plupart des pays anglo-saxons, l'accent est fortement mis sur des méthodes axées sur l'emploi ou qui y sont liées. Par 'modèles', on entend des méthodes bien définies qui sont appliquées à différents endroits selon certaines règles ou normes et dont les résultats et les procédés ont fait l'objet d'études scientifiques. Dans le cadre de ce texte de vision, nous partons d'un aperçu de Evans et Repper (2000) que nous complétons, pour plus de précision, en italiques par les remarques du groupe de travail.

Modèles de travail, d'emploi ou de préparation au travail pour des personnes présentant une problématique psychiatrique grave (Evans and Repper, 2000).

Fountain-houses

Equipements dans la collectivité locale dirigés par les utilisateurs. Ceux-ci ont la plupart du temps le statut de 'membres'. Ils ont un job dans la 'Fountain-house' ou sont au travail dans

des entreprises normales par le biais du Transitional employment (voir plus loin). Les *'Fountain-houses'* constituent un mouvement international, sont comparables aux centres de rencontre en Flandre mais encore davantage aux DAC néerlandais.

Transitional employment (TE)

Forme d'emploi liée aux 'Fountain-houses'. La 'Fountain-house' gère dans la communauté un certain nombre d'emplois qu'un certain nombre de clients occupent successivement. Le plus souvent, il s'agit d'emplois avec une durée de travail limitée. Le TE est considéré comme une transition vers un emploi compétitif normal. En pratique, la méthode ressemble fort au Supported Employment.

Services de l'emploi

Services non intégrés dans les SSM qui aident les clients à trouver un travail adapté à leurs besoins (*comparable avec les ATB en Flandre, apparentés sur le plan de la méthode au 'brokered casemanagement model', dont le peu d'effectivité est démontré*).

Services publics de l'emploi

Sections spécifiques de services généraux de l'emploi, axées sur des groupes cibles déterminés. Ils offrent parfois un travail temporaire qui est partagé entre deux clients. (*Comparables aux initiatives VDAB axées sur des groupes cibles déterminés*).

Entreprises dirigées par des clients eux-mêmes

(Très) petites entreprises indépendantes dirigées par des personnes ayant une expérience comme utilisateur des SSM (*Quasiment inexistant en Flandre*).

Ateliers protégés

Entreprises semi-commerciales accessibles aux personnes ayant un handicap (parfois spécifique).

Industrial Therapy Units (Arbeidszorg)

Offrent un travail non rémunéré dans un équipement uniquement réservé au groupe cible. *Ce modèle correspond à 'arbeidszorg' en Flandre*).

Ateliers sociaux et coopératives (social firms)

Se situent de manière éparse dans la communauté. Ce sont en fait de petites entreprises souvent composées de personnel mixte (clients et clients non SSM). Paient un salaire compétitif ; le plus souvent tous les collaborateurs participent aux bénéfices ; grande participation de tous les intéressés. *Des Social Firms s'adressant exclusivement aux patients psychiatriques existent en Flandre mais sont peu nombreuses. Au niveau de l'Europe, les entreprises sont regroupées au sein de CEFEC.*

Supported employment (SE)

Service qui fournit une aide continue, également dans l'atelier même, ce qui permet aux patients psychiatriques de se maintenir dans des emplois la plupart du temps normaux. Le soutien est fortement individualisé et englobe également la préparation de la reprise du travail (entre autres apprendre à solliciter).

Le 'Supported employment' est fortement implanté dans le secteur des handicapés. Le 'Individual Placement and Support model' (Becker et Drake, 2003) est un modèle de SE spéci-

fiquement prévu pour les personnes présentant une problématique psychiatrique grave et de longue durée.

Accompagnement en matière de formation et d'éducation

La formation peut avoir lieu dans des équipements 'normaux' mais aussi par le biais de cours spécifiques s'adressant au groupe cible. La formation est offerte tant en préparation du travail futur que pour d'autres objectifs. Les accompagnateurs encouragent la participation à l'offre de formation, parfois par le biais du recours à des 'buddies'.

Des études ont révélé que certaines formes de réhabilitation par le travail sont plus efficaces que d'autres (Michon & Van Weeghel, 2002). Le 'Supported Employment' vient à l'avant-plan comme une forme prometteuse d'activation axée sur le travail et plus particulièrement la variante connue sous le nom de IPS: le 'Individual Placement and Support model' (Crowther, Bond, Huxley et Marshall 2001). La pratique du modèle IPS ressemble en partie à des méthodes qui sont également implantées en Flandre (p.ex. ECHO)(Lissens & Van Audenhove, 1997, 2000). L'accompagnement du travail est considéré comme une mission d'une équipe SSM et est organisé à partir de là (en raison des expériences négatives lorsqu'on 'confie' cette mission). L'IPS est donc un exemple d'une méthode d'activation intégrée dans les SSM. Ce qui diffère de la méthode en Flandre c'est le fort accent mis sur le 'placement rapide' et le 'job-coaching' bien organisé des patients qui sont déjà au travail (en raison du transfert limité d'expériences d'apprentissage et de l'importance du soutien dans le milieu naturel).

Il semble que le modèle IPS commence aussi à s'implanter aux Pays-Bas. Actuellement, diverses équipes SSM testent cette nouvelle méthode et les premières conclusions scientifiques peuvent être attendues sous peu.

En ce qui concerne les Pays-Bas, l'aperçu précité peut encore être complété par, d'une part, le modèle du 'centre d'activités de jour' et, d'autre part, les activités dans les 'Passage-bureaux'.

Les centres d'activités de jour néerlandais sont agréés par l'autorité et ont entre-temps fait l'objet d'études (Van Hoof et al., 2000). Ces centres poursuivent en règle générale un double objectif : offrir un abri sûr et simultanément un tremplin vers la société. Nous reconnaissons aussi ce double objectif (réhabilitation de soutien et réhabilitation axée sur le développement) dans les projets pilotes belges d'activation. Les DAC ne s'avèrent pas être si efficaces pour ce qui est du passage vers la société. Ils répondent manifestement aux autres besoins de rétablissement des membres: les besoins d'un environnement sûr en tant que soutien à l'arrière-plan pour se maintenir dans la société ou pour franchir de nouvelles étapes vers l'intégration.

Aux Pays-Bas, le nombre de personnes qui ne sont pas actives sur la plan professionnel pour des raisons psychiques est assez important. C'est pour répondre à ce besoin que l'on a créé les 'Passage bureaux'. Ces bureaux sont des services d'accompagnement du trajet de travail pour un groupe cible large mais spécifique. La plupart du temps, ces bureaux travaillent en forte collaboration avec les équipes SSM. En outre, un accompagnement du trajet de travail est également organisé à partir des DAC ou des ateliers sociaux fortement développés pour le groupe cible des patients psychiatriques.

ANNEXE 4 : MODÈLES BELGES D'ACTIVATION

Les caractéristiques de la pratique belge sont dès lors la large portée (...un large éventail de possibilités) et la grande importance que les intervenants attachent à la cohérence entre les différentes composantes. L'accompagnement du trajet de travail individuel est plus difficile si l'on ne peut pas faire appel à un centre d'activités de jour lorsque l'état d'un client est temporairement moins bon. L'assertive outreach est parfois nécessaire pour un client qui, subitement et pour une raison inexplicable, se soustrait à tous les soins. Tous les clients ne veulent pas reprendre un travail rémunéré. Un accompagnement du bénévolat doit également faire partie du programme. De nombreux clients ont également besoin de contacts avec des personnes se trouvant dans la même situation et d'un environnement sûr pour acquérir des compétences dans l'établissement de relations.

Sur la base des expériences, les activités des intervenants peuvent être classées dans quatre grands groupes, en partant des objectifs que les clients peuvent atteindre par le biais des activités.

a) Créer des possibilités de rencontre et une structuration de jour, et offrir un tremplin vers la société (par des contacts avec des personnes se trouvant dans la même situation, des projets entre copains et des services d'amis)

Les activités ont lieu dans un environnement identifiable qui est désigné comme centre de rencontre ou centre d'activités de jour. Les deux équipements répondent aux besoins suivants :

- Nécessité de contacts avec des personnes se trouvant dans la même situation : tester et explorer le propre processus de rétablissement, lancer l'empowerment, briser l'isolement (disclosure) ;
- Nécessité d'un tremplin vers des activités dans la société (information, activités de temps libre) ;
- Nécessité d'un espace d'apprentissage des compétences de base (communication, organisation) ;
- Nécessité d'acquérir un meilleur accès à la société (p.ex. sur le plan du sport) ;
- Nécessité d'un 'foyer sûr' pour des rencontres informelles ;
- Nécessité d'une structure dans la vie de tous les jours.

En outre, le centre de rencontre fonctionne encore souvent comme plaque tournante pour toutes sortes d'activités dans le cadre de l'activation, par exemple pour la création et le soutien de groupes d'entraide, le développement d'un mouvement de patients au niveau local, l'organisation de 'projets de copains' et de 'services d'amis'. Le mot clé est à cet égard 'l'empowerment'.

b) Accompagnement du temps libre

Il s'agit de l'accompagnement des clients pour choisir, trouver et conserver une activité de temps libre appropriée. Les activités se déroulent tant en groupe qu'individuellement. Cet accompagnement répond au besoin des clients d'avoir un soutien concret lors du franchissement d'étapes importantes : nouer des contacts dans un club sportif, trouver une offre adaptée compte tenu des limitations cognitives...

c) Accompagnement en matière de formation et d'études

Les activités ayant pour but d'accompagner les clients pour choisir, trouver et accomplir avec fruit une formation ou des études. L'accompagnement est essentiellement individuel mais il peut aussi y avoir des sessions de groupe. Une part importante des activités est axé sur l'environnement des études : le centre de formation ou l'institut de formation. Dans le cadre d'un centre de rencontre, des activités de formation plus facilement accessibles peuvent également être organisées pour aider les clients à acquérir des compétences indispensables pour participer à des initiatives de formation dans la société.

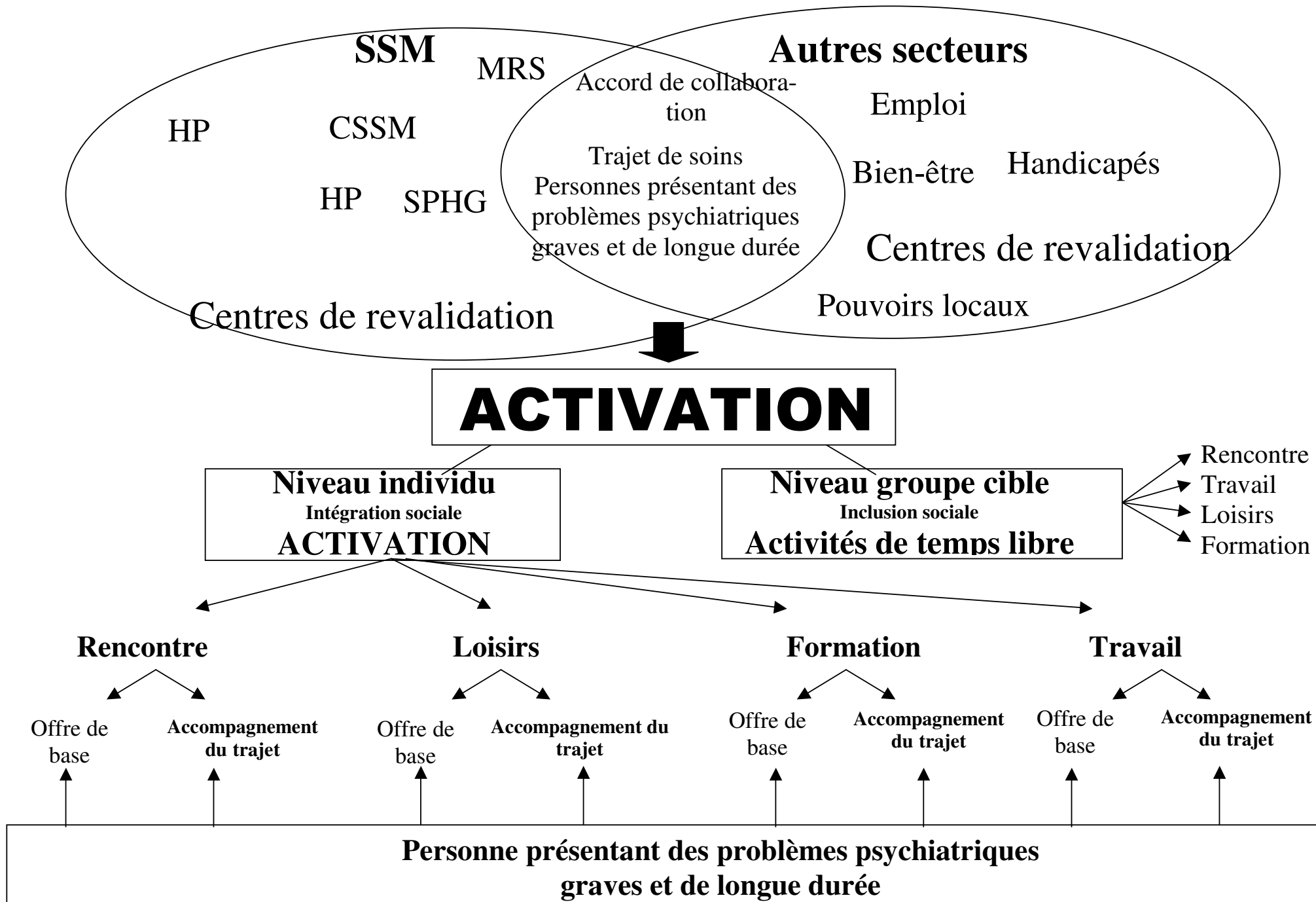
d) Orientation en matière d'emploi, préparation au travail, accompagnement du travail et formes alternatives de travail

C'est un terme général pour les activités des intervenants en SSM qui sont axées sur l'appréciation des possibilités d'emploi, le choix, la recherche et le maintien d'emplois appropriés pour des patients psychiatriques. L'accent est fortement mis sur l'accompagnement individuel mais, dans les méthodes appliquées, on utilise aussi d'autres approches : accompagnement du trajet, assessment, arbeidszorg, apprentissage de compétences, apprentissage d'attitudes de travail, apprendre à solliciter, supported employment, jobcoaching, développement de la carrière,...

Les activités ne sont pas réservées aux patients qui peuvent occuper un emploi normal. Le résultat de l'accompagnement peut tout autant déboucher sur une forme alternative de travail (bénévolat, arbeidszorg). C'est le cas pour les patients pour lesquels un véritable emploi (n') est (plus) un objectif réaliste.

Les activités dans le cadre de la fonction d'activation peuvent encore être classées d'autre manière : par exemple en partant de la façon dont les activités ont lieu ou sont offertes : en groupe, individuellement... Le groupe de travail donne la préférence à la classification précitée parce qu'elle colle dans une large mesure aux évolutions dans d'autres pays.

Le schéma ci-dessous donne un aperçu de la fonction d'activation telle qu'elle s'insère dans un ensemble de soins.



ANNEXE 5: LITTERATURE

- Arns, P., Linney, J.A. (1993) *Work, self and life satisfaction for persons with severe and persistent mental disorders* Psychosocial Rehabilitation Journal, 17, 2
- Bachrach, L. (1986) *The challenge of service planning for schizofrenia and mental illness*, Community Mental Health Journal, 22
- Bachrach, L. (1991). *Perspectives on work and rehabilitation*. Hospital and Community Psychiatry, 42, 890-891.
- Bachrach, L. (1992). *Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients*. American Journal of Psychiatry, 149, 1455-1463.
- Borge, L., e.a., (1999), *Quality of life, loneliness and social contact among long-term psychiatric patients*, Psychiatric Services, 50, 1, 81-84
- Carling, P. J. (1995), *Return to community. Building support systems for people with psychiatric disabilities*, New York, The Guilford Press
- Chamberlin, J. (2000), *Preface* in Lissens, G. & Van Audenhove, C., *Supported Employment for people with mental health problems: the practices in four European organisations* Stakes Consortium, Helsinki
 - Crowther, R., Bond, G.R., Huxley, P., & Marshall, M., (2002). *Vocational rehabilitation for people with severe mental disorders* The Cochrane Library, issue 2, Oxford
 - Crowther, R., Marshall, M., Bond, G.R., Huxley, P., (2003). *Vocational rehabilitation for people with severe mental illness* The Cochrane Library, issue 3, Oxford
- De Jonghe, M., (1991), *Werk als psychische rolstoel* MGV-12, Utrecht, Trimbos-instituut
- De Rick, K., Opdebeeck, S., e.a. (2000), *De gezinsleden van personen met langdurige psychische problemen*. Leuven, LUCAS
- Evans, J., en Repper, J., (2000) *Employment, social inclusion and mental health* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7, 15-24
- Lissens, G., en Van Audenhove, C., (1997) *Werk en geestelijke gezondheidszorg* Hospitalia, 4, VVI, Brussel
- Lissens, G., Van Audenhove, C., (2000), *Supported Employment for people with mental health problems: the practices in four European organisations* Stakes Consortium, Helsinki
- Michon., H., en Van Weeghel, J., (1999) *Schatten van mogelijkheden. Richtlijnen voor de inschatting van arbeidsmogelijkheden van(ex)- psychiatrische cliënten* Trimbos-instituut, Utrecht
- Michon., H., en Van Weeghel, J., (1999) *Het werkdocument, een verkenning van de arbeidsmogelijkheden van mensen met ernstige psychische of verslavingsproblemen* Trimbos-instituut, Utrecht

- Michon., H., en Van Weeghel, J., (2000) *Arbeidsrehabilitatie* Hoofdstuk 2.2 in Pieters, G., en Van der Gaag, M., *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten* Bohn, Stafleu Van Loghum, Houtem-Diegem
- Michon., H., en Van Weeghel, J., (2003) *Effectieve Arbeidsrehabilitatie*. In AH Schene, F. boer, TJ Heeren, H.W.J. Henselmans, B. Sabbe & J. Van Weeghel (eds): *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie*. Bohn, Stafleu Van Loghum, Houtem-Mechelen
- Seyfried, E. & Bertzeletou, T. (1990). *Vocational rehabilitation of the mental ill in office and computer services*, Meeting Berlin : Results of the CEDEFOC research
- Stein, L., Santos, A., (1998), *Assertive Community Treatment of persons with severe mental illness*, W.W. Norton & Company, Inc., New York, London
- Van Audenhove, C., e.a. (1998), *Beschut wonen in de geestelijke gezondheidszorg. Realisaties en behoeften in Oost-Vlaanderen*, Garant, Leuven
- Van Hoof, F., Ketelaars., Van Weeghel, J., (2000) *Dac in, Dac uit. Een longitudinaal onderzoek bij bezoekers van dagactiviteitencentra in de GGZ* Trimbos-instituut, Utrecht
 - Van Humbeeck, G. (2002). *Expressed emotion in de cliënt-hulpverlener dyade*. Proefschrift aangeboden tot het verkrijgen van de graad van Doctor in de Psychologische Wetenschappen o.l.v. Prof. dr. Chantal Van Audenhove. Faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen, onderzoeksgroep psychodiagnostiek en psychopathologie, LUCAS, Leuven
- Van Weeghel, J.: *Goed Bezig. Op weg naar regionaal beleid voor dagbesteding en arbeidsrehabilitatie*. Utrecht, NcGv-reeks 94-6, 1994.
- Van Weeghel, J., (1995) *Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van*
- Wing, J.K. en Morris, B., (1981), *Clinical basis of rehabilitation* in Wing, J.K. en Morris, B. (eds), *Handbook of psychiatric rehabilitation practice*, Oxford University Press, Oxford, 3-16