



LES ÉQUIPES MOBILES, AU CŒUR DU GRAND « RENVERSEMENT » DES SOINS DE SANTÉ MENTALE

PAR CLARA VAN REETH
ILLUSTRATIONS : MARION DUBOIS

FOCALES

En près de quinze ans, la Belgique est passée du top 3 mondial des pays ayant le plus haut taux de lits psychiatriques à celui de pays innovant en matière de soins de santé mentale, salué par l'Organisation mondiale de la santé. Sa réforme « Psy 107 », lancée en 2010, a donné lieu à la création d'équipes mobiles qui, en accompagnant les usagers à leur domicile, permettent d'éviter les hospitalisations non nécessaires. Reportage à Namur auprès des équipes mobiles de Pléiade.

Aurélie¹ traverse le parking de l'hôpital en trottant. Essoufflée, en retard d'à peine quelques minutes, elle s'engouffre à travers la porte du service comme un tourbillon d'air frais. Elle dénoue sa longue écharpe fuchsia avant de saluer ceux qui l'attendent : son père, assis et silencieux dans la salle d'attente, et l'équipe de soins.

Alors qu'ils traversent la salle commune, Aurélië est accueillie par d'anciens patients qui la saluent joyeusement. « *Oh, tu es ravissante* », « *C'est votre fille, monsieur? Elle est formidable, vous savez!* »

Après un épisode de décompensation psychotique fin janvier, Aurélië vient de passer près de trois semaines dans ce HIC (High and Intensive Care) namurois, un service qui a vu le jour en 2022. Déjà présentes en Flandre depuis plusieurs années, ces unités de soins ont récemment été étendues à tout le pays. Attenantes aux hôpitaux psychiatriques (ici, celui de Saint-Martin, à Dave), elles sont destinées à accueillir des personnes en situation de crise. Leur objectif est d'offrir des soins et services « intensifiés » pour une hospitalisation de courte durée, 18 jours en moyenne. Tout en mettant l'accent sur le partenariat avec le réseau du patient.

C'est ce qui explique la présence ce lundi matin du père d'Aurélië, mais aussi d'Anouk et Perrine, respectivement psychologue et infirmière au sein de l'équipe mobile Pléiade à Namur, qui accompagnaient Aurélië depuis quelques semaines avant son entrée au HIC.

Composées de psychologues, d'infirmières, d'éducateurs, d'assistantes sociales et de psychiatres, les équipes mobiles interviennent gratuitement au domicile des patients et œuvrent à créer, puis consolider un réseau de soins autour d'eux.

→

→ Guidés par la psychiatre et un infirmier du HIC, tous prennent part aujourd'hui à une « concertation » pour évaluer l'état d'Aurélie depuis sa sortie du service, trois jours plus tôt. Nicolas, l'infirmier, évoque un retour à domicile « fragile », notamment en raison d'une cohabitation conflictuelle entre Aurélie, d'un côté, et, de l'autre, son père, sa nouvelle épouse et leurs deux enfants, qui se sont installés dans son appartement depuis plusieurs mois.

Très vite, l'apparente légèreté dégagée par l'arrivée en fanfare d'Aurélie s'estompe.

– « Ça va ? »

– « Non. Mais c'est comme ça. »

La quarantenaire confie avoir passé ces trois derniers jours cloîtrée dans sa chambre, n'avoir pris son traitement qu'une seule fois, tout en n'ayant quasi rien mangé d'autre que des « crasses » et en ayant dormi à des horaires complètement décalés. Au fil des phrases, sous le vernis d'un ton assuré, les pensées se craquellent, le fil de son discours se déconstruit.

Face à elle, les soignants ne cachent pas leur inquiétude. « On risque de se revoir dans cinq jours... Votre chambre est là », lance Nicolas. Anouk et Perrine entrent dans la danse. Elles cherchent avec Aurélie la meilleure façon de se rendre utiles, en veillant dans un premier temps à retrouver une régularité au niveau des repas, du traitement et du sommeil. Mais leur passage à domicile, à raison d'une fois par semaine, risque de ne pas suffire.



« SUR LE TERRITOIRE » DU PATIENT

Anouk et Perrine font partie de l'équipe mobile dite « de crise » – aussi appelée « 2A » – qui intervient pour une durée limitée de quatre à six semaines après une décompensation psychiatrique ou une crise psychosociale. Comme les équipes de suivi à plus long terme (« 2B »), les équipes 2A s'adressent aux personnes majeures (un réseau d'équipes mobiles distinct existe pour les moins de 23 ans), plutôt isolées et dépourvues d'un réseau de soins sur lequel s'appuyer.

« À domicile, c'est une tout autre approche. Tu comprends les gens autrement, tuernes mieux leur état d'esprit », observe Perrine, qui a travaillé en milieu hospitalier avant de rejoindre Pléiade. À l'hôpital, on ne se rend pas toujours compte de l'importance pour la personne d'avoir un réseau autour d'elle. Et puis, chez eux, les patients sont différents vis-à-vis de nous : on est sur leur territoire. Et d'un point de vue plus pragmatique, ça permet de s'assurer qu'ils seront présents, parce que sinon beaucoup font faux bond. »

Ce qu'explique Perrine correspond à un véritable renversement de paradigme en matière de soins de santé mentale. En 2010, avec le lancement de la réforme « Psy 107 », la Belgique se décide à casser les murs de la psychiatrie, à désinstitutionnaliser ses soins de santé mentale. Pièces maîtresses

de cette réforme : les équipes mobiles, créées et financées par les moyens dégagés par la fermeture de lits psychiatriques dans les hôpitaux. Composées de psychologues, d'infirmières, d'éducateurs, d'assistantes sociales et de psychiatres, elles interviennent gratuitement au domicile des patients et œuvrent à créer, puis consolider un réseau de soins autour d'eux.

« Parfois, notre intervention commence par une hospitalisation, mais très souvent on permet de l'éviter. Et quand elle est nécessaire, notre travail permet de mieux l'encadrer et de mieux préparer l'après, analyse Julie Régimont, coordinatrice de Pléiade. Depuis que je suis arrivée en 2013, je vois l'évolution ; il y a davantage de réflexion dans le secteur sur le recours à l'hospitalisation. »

Autre fruit de la réforme 107 : la création de réseaux de soins de santé mentale (réseaux SSM) à travers tout le pays. Vingt réseaux au total, dont sept en Wallonie, au sein desquels différents partenaires à l'échelle d'un territoire s'articulent pour que soient prises en compte toutes les dimensions de la santé mentale.

UNE PYRAMIDE INVERSÉE

Didier De Riemaeker est le coordinateur du Réseau Santé Namur, qui rassemble plus d'une centaine de partenaires. Pour expliquer le grand bouleversement qu'a été la réforme « Psy 107 », il aime s'appuyer sur un visuel, celui d'une pyramide. Plus précisément, la pyramide des soins de santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). À sa base, on retrouve ce dont l'usager a le plus besoin : les soins informels. Il s'agit d'une part de la capacité à gérer son propre rétablissement (apprendre à vivre avec ses symptômes, à mener une vie active) et, d'autre part, des soins informels dans la communauté (l'implication des proches, les espaces de concertation...). Aux étages supérieurs de la pyramide, on retrouve les soins formels : d'abord, les soins de première ligne, puis les services psychiatriques en hôpital général et les équipes mobiles. Enfin, au sommet, les longs séjours et suivis spécialisés psychiatriques.

« Avant que la réforme ne commence, la pyramide était complètement inversée en Belgique : la majorité des moyens étaient mis dans les structures hospitalières de long séjour (le haut de la pyramide, NDLR), et très peu dans le bas, détaille le coordinateur. Le réflexe de base quand on prenait en charge quelqu'un, c'était de lui trouver une place à l'hôpital psychiatrique. La réforme est en train de remettre la pyramide à l'endroit, en mettant davantage de moyens aux échelons inférieurs. »

Un chantier pharaonique. Car la Belgique a longtemps été l'un des pays d'Europe comptant le plus de lits psychiatriques par habitant. En 2008, le pays comptait 150 lits pour 100 000 habitants. Quinze ans plus tard, ce chiffre a chuté de 30% pour tomber à 105.

LE LOGEMENT, MAILLON FAIBLE

Au volant de leur Cambio, Anouk et Perrine entament le retour vers les bureaux de Pléiade, dans le centre de Namur. Sur le temps de midi, elles y

« À domicile, c'est une tout autre approche. Tu comprends les gens autrement, tu cernes mieux leur état d'esprit. À l'hôpital, on ne se rend pas toujours compte de l'importance que la personne ait un réseau autour d'elle. Et puis, chez eux, les patients sont différents vis-à-vis de nous : on est sur leur territoire. Et d'un point de vue plus pragmatique, ça permet de s'assurer qu'ils seront présents, parce que, sinon, beaucoup font faux bond. »

PERRINE, INFIRMIÈRE À L'ÉQUIPE MOBILE DE PLÉIADE

→



- retrouvent leurs collègues pour une courte réunion avec l'un des deux psychiatres de l'équipe, l'occasion de faire le point sur les patients suivis et les nouvelles demandes.

On y parle de ce patient dépressif qui manifeste depuis peu des pensées suicidaires. D'un autre, paranoïaque, persuadé d'avoir été mis sur écoute par la police. De la mort d'un parent qui risque de «faire flamber» une patiente. Pour chaque cas, il faut trancher, déterminer la meilleure offre de soins : un rendez-vous avec le psychiatre, une réorientation vers l'équipe mobile long-terme (2B), une hospitalisation? «*Quotidiennement, on reçoit en général beaucoup de nouvelles demandes, explique Julie Régimont. En ce moment, la période est particulièrement chargée : on est à cinq, six, voire sept nouvelles demandes par jour.*» «*C'est chaud, confirme le Dr Bogaerts en réunion, approuvé par les hochements de tête du reste de l'équipe. Presque intenable en fait.*»

Ce qui ne facilite pas le quotidien des équipes mobiles, c'est la saturation de l'offre en soins de santé mentale. Psychiatres, maisons d'accueil, psychologues, hôpitaux de jour, médecins généralistes : les listes d'attente s'allongent de partout.



Une saturation amplifiée, de l'avis de tous les travailleurs rencontrés, depuis le Covid. Mais que Didier De Riemaecker explique aussi, en partie, par « *une plus grande libération de la parole sur la santé mentale* », qui conduit à « *l'émergence de nouvelles souffrances* ».

URGENCES SOCIALES

Parce qu'elles interviennent gratuitement, mais aussi parce que les problèmes de santé mentale impactent directement la vie professionnelle et donc les revenus des personnes, la précarité est une composante récurrente dans le travail des équipes mobiles.

Comme pour Aurélie ce matin, le logement en est souvent une manifestation. C'est aussi le cas pour Monique¹. Sur les hauteurs de Profondeville, le long d'une grande chaussée, cette petite dame d'une cinquantaine d'années ouvre la porte de son appartement au binôme de l'équipe mobile venu lui rendre visite cet après-midi. D'emblée, elle s'excuse pour sa diction, la bouche déformée par une opération des dents subie quelques jours plus tôt.



→ Et puis, enchaîne-t-elle, les choses ne vont pas fort en ce moment. Elle s'est récemment vu notifier par son propriétaire le non-renouvellement de son bail, qui arrive à échéance dans un mois. La faute, selon elle, à une voisine qui aurait « *dénoncé [son] alcoolisme* ».

Pour cette raison peut-être – sans doute aussi parce que ses enfants ont récemment coupé les ponts – Monique a arrêté de boire. Seule, sans encadrement ni traitement. « *Vous savez que c'est dangereux ce que vous avez fait là ?* », s'inquiète Tiffany. Monique, perplexe, écoute l'infirmière lui expliquer que le sevrage de l'alcool est l'un des plus risqués, potentiellement mortel. Il peut causer des tremblements (« *Ah oui, j'ai ça, oui* »), voire des crises d'épilepsie. « *La phase critique, c'est la première semaine. Ici, ça fait quinze jours, vous avez passé le seuil. Mais c'est important de continuer à bien vous hydrater.* »

PAS ASSEZ D'HÉBERGEMENTS SPÉCIALISÉS

Ses deux petits caniches sautillant autour d'elle, Monique hoche la tête, le regard fixe et triste. « *Votre sac à dos, il s'use là* », l'alerte de manière imagée Anouk, la psychologue. « *Oui, il est trop lourd.* » « *Non seulement il est trop lourd, mais il n'est pas assez outillé. Il faut consolider cet arrêt de la consommation, sinon vous allez reprendre.* »

Dans le cadre du suivi de crise que réalisent les équipes mobiles 2A, les urgences sociales se superposent bien souvent aux enjeux de santé mentale. Entre la nécessité de trouver un nouveau logement et celle de consolider son abstinence au sein d'un service résidentiel, Monique semble dépassée.

La question du logement reste un maillon faible dans le secteur de la santé mentale. « *Il y a énormément de composantes à la réforme 'Psy 107', qui est mise en œuvre étape par étape (la création des pys de 1^{re} ligne, des HIC...). Là où il y a encore un vrai manque, d'après les retours de mes partenaires, c'est au niveau des moyens pour créer des structures d'habitations protégées. Mais cela dépend des Régions* », souligne le coordinateur du Réseau Santé Namur, Didier De Rie-maecker. Conséquence de ce manque d'offre d'hébergements spécialisés en santé mentale : certains patients sont maintenus en hôpital psychiatrique pour leur éviter de finir à la rue à leur sortie. « *C'est un problème depuis des années : on occupe des lits psychiatriques censés être dédiés à du soin, mais pour des enjeux plutôt sociaux, de logement.* »

NOYÉS DANS L'ALCOOL

Jeudi midi, nouvelle réunion de mi-journée à Pléiade. Sauf que celle-ci a lieu un étage plus bas, au sein de l'équipe mobile 2B, chargée des suivis à plus long terme.

On évoque le cas de ce patient, la quarantaine, né d'une maman dépendante et sevré à la naissance, aujourd'hui hospitalisé pour un sevrage. Il y a aussi cette patiente alcoolique qui « *se laisse vraiment aller* », refuse de rejoindre

Ce qui ne facilite pas le quotidien des équipes mobiles, c'est la saturation de l'offre en soins de santé mentale. Psychiatres, maisons d'accueil, psychologues, hôpitaux de jour, médecins généralistes : les listes d'attente s'allongent de partout.

une institution et «*risque tout simplement de mourir*». Et puis, il y a ce SMS envoyé par un usager à la psychologue qui devait passer chez lui cet après-midi : «*Je me réveille d'un lendemain de cuite. Impossible de vous accueillir. Peut-on reporter notre rendez-vous?*»

La problématique des assuétudes irrigue une grande partie des cas que rencontrent les équipes mobiles. Le rendez-vous de cet après-midi, auquel se rend Sophie (exceptionnellement seule), ne fait pas exception.

Laurence¹ et Stéphanie¹ vivent à Jambes. Leur histoire d'amour a commencé lors de leur séjour au Beau Vallon pour un sevrage. Les deux femmes au parcours de vie cabossé, marqué par l'addiction, se trouvent et ne se quittent plus. À leur sortie de l'hôpital, Laurence propose à Stéphanie, alors sans logement, de s'installer chez elle. Mais progressivement l'équilibre se rompt. L'état de Laurence périclité. Les cures à l'hôpital se succèdent. La dernière en date remonte à novembre et n'aura donné lieu qu'à un mois de sobriété à domicile. À chaque rechute, sa santé et celle de son couple en prennent un coup.

«*En un mois de suivi par notre équipe, la dégradation a été très rapide*», glisse Sophie, éducatrice de formation, sur le seuil de leur porte. Une situation qui «*colle*» parfaitement aux critères de suivi des équipes 2B, qui se consacrent uniquement aux cas chroniques (souvent après une hospitalisation, pour des trajectoires de santé mentale déjà longues) et complexes (lorsque plusieurs sphères de la vie sont touchées), sans limites dans le temps.

ÉPUISEMENT DES RESSOURCES

Enfoncée dans son canapé en cuir noir, le teint gris et les yeux cernés, Laurence est comme la figure centrale d'un tableau dépeignant son mal-être. À sa droite, une grande boîte blanche remplie de médicaments. À sa gauche, une urne contenant les cendres du chat qui vient de mourir. De part et d'autre du divan, deux déambulateurs.

Sophie s'appuie sur la confiance tissée pour se permettre un ton plus directif, genre «*amour vache*», dans l'espoir de faire prendre conscience à Laurence de sa dérive, en dépit du réseau de soins qui l'entoure, en dépit de Stéphanie. «*Êtes-vous seulement capable de réfléchir de façon bienveillante pour vous-même?*», la questionne-t-elle. «*C'est quoi ça?*», demande Laurence, visiblement interloquée, la voix étouffée par une vilaine toux. «*Vous mettez dans l'impuissance les gens qui sont là pour vous aider. Je sais que*





→ *ce n'est pas agréable à entendre, mais vous êtes en train d'épuiser vos ressources : médicales, familiales, amicales...*»

Laurence marmonne tant bien que mal quelques réponses. On voit que cela lui coûte. Alors Stéphanie explique à sa place, en ne dissimulant rien des soins quotidiens qu'elle prodigue à sa compagne, des cris et insultes de celle-ci lorsque l'alcool l'intoxique, de l'épuisement qu'elle commence à ressentir... Impuissante, Laurence s'en remet à sa prochaine hospitalisation, prévue dans trois semaines.

L'ALCOOL, PREMIER DIAGNOSTIC

Au sein des hôpitaux psychiatriques, l'abus d'alcool représente le premier diagnostic (16%), juste avant la dépression (15%) et les troubles psychotiques (14%)², bien que les diagnostics soient rarement uniques.

Intimement liés, les secteurs des assuétudes et de la santé mentale dépendent pourtant de niveaux de pouvoir distincts en matière de

financement : régional pour le premier, fédéral et régional pour le second. « Certains partenaires disent qu'il ne faut pas les mélanger parce que ce sont deux problématiques distinctes, note Didier De Riemaecker. D'autres, et je suis plutôt de leur avis, disent au contraire qu'il est extrêmement rare que les deux ne soient pas liés. C'est pour cela qu'on collabore de façon très étroite. »

Ainsi, chaque comité de pilotage des réseaux SSM est invité par le SPF Santé publique à convier, lors de ses réunions mensuelles, un représentant du secteur assuétudes. « On a aussi mis en place, depuis huit ans environ, un travail d'articulation inter-réseaux. À Namur, notre réseau, le réseau enfants-adolescents (Kirikou), le réseau assuétudes (Rasanam) et la plateforme en santé mentale sont invités à se rassembler pour discuter d'éléments qu'ils ont en commun, pour lancer des collaborations... », détaille encore le coordinateur du Réseau Santé Namur.

De son côté, Sophie remarque que « les problèmes de dépendance sont souvent des symptômes de troubles psychiatriques : le fait de consommer vient mettre le couvercle sur quelque chose qui dysfonctionne au niveau psychique. Et, par ailleurs, la consommation de substances toxiques a des conséquences sur le psychique ». Récemment, le médecin de Laurence a d'ailleurs émis l'hypothèse d'une démence précoce. Car non seulement l'abus d'alcool détruit les neurones, « mais à chaque sevrage aussi on en perd », souligne Sophie. Stéphanie a bien remarqué que sa compagne « remplit son déambulateur d'affaires, fourre des billes dans les manches de sa veste... ». « Elle 'fait ses paquets' comme on dit, acquiesce Sophie. C'est un signe de démence. »

LE DOMICILE À TOUT PRIX ?

La fumée bleue de cigarette qui remplit l'appartement de Gustave¹ se marie à l'azur du ciel par la fenêtre. L'après-midi est lumineux, mais il broie du noir. « Je suis à plat, je n'ai plus de force », confie-t-il à Arnaud, psychologue, et Gaëlle, assistante sociale, son binôme de référence au sein de l'équipe mobile 2B.

Il y a deux ans, Gustave a eu une « crise de délire », il a « quitté le monde de la réalité ». Après six mois à l'hôpital psychiatrique Vincent Van Gogh, à Charleroi, s'est entamé chez lui un long chapitre dépressif. Son propriétaire, prévenant et inquiet, a alors contacté l'assistante sociale de sa maison médicale, qui a fait appel à Pléiade.

Pour maintenir un lien avec l'extérieur, Gustave fréquente depuis peu un hôpital de jour, à raison de deux jours par semaine. « Le reste du temps, je dors tout le temps. C'est comme si j'allais à la mine, alors qu'on fait du dessin et du bricolage. Je n'ai pas l'impression que ça va m'aider à sortir de ma dépression. »

Pull à capuche noir et bonnet vissé sur la tête, Gustave est rongé par les doutes qui jalonnent désormais sa vie. Son diagnostic, pour commencer : « Pendant l'hospitalisation, on m'a dit schizophrène avec tendance paranoïaque. Mais j'ai l'impression d'être bipolaire, j'ai des phases de hauts et de bas, qui durent des mois. C'est ça, être bipolaire ? » Mais aussi son avenir professionnel :

« Il y a énormément de composantes à la réforme 'Psy 107', qui est mise en œuvre étape par étape (la création des psys de 1^{re} ligne, des HIC...). Là où il y a encore un vrai manque, d'après les retours de mes partenaires, c'est au niveau des moyens pour créer des structures d'habitations protégées. Mais cela dépend des Régions. »

DIDIER DE RIEMAECKER

→



→ *« Je me demande si je vais un jour pouvoir retravailler. Ça me tracasse. À 45 ans, je ne suis plus maître de ma vie, je dépends d'allocations sociales. »*

Arnaud l'écoute activement. Le conseille doucement. *« Vous savez, il y a plein d'autres manières qu'un emploi rémunéré de prendre sa vie en main : un hobby, le sport, du bénévolat... »* Mais impossible pour Gustave de se projeter. Il évoque le regret d'être rentré chez lui après son hospitalisation, alors que l'hôpital lui avait suggéré à l'époque qu'il rejoigne une IHP (initiative d'habitation protégée), une forme d'hébergement alternative et complémentaire à l'hôpital psychiatrique. *« Au moins je vivrais dans un endroit propre. J'ai beaucoup de mal à vivre seul chez moi. »*

Maintenir à domicile, oui, mais que faire lorsque les personnes sont à ce point isolées, démunies, que celui-ci devient une forteresse? *« L'accueil, c'est que si on fait tout à domicile, les gens ne sortent plus de chez eux, confirme*

Arnaud, qui travaille depuis dix ans en équipe mobile. *C'est pour ça qu'il est important que le psychologue ou psychiatre de référence soit à l'extérieur. La dimension purement thérapeutique se joue ailleurs qu'au sein des équipes mobiles.* »

D'ailleurs très vite, Gustave se ravise : *« Je dis que je voudrais aller en hospice, mais ce serait une solution de facilité. Il faut que je reste chez moi et que je me batte. Et puis j'ai été traumatisé par l'hospitalisation. On m'a attaché au lit, fait des injections. »*

L'ESPOIR D'ÊTRE UTILES

Forcés de constater la dégradation de l'état mental de Gustave depuis leur dernier rendez-vous, Arnaud et Gaëlle lui assurent qu'ils mettront en place un rendez-vous avec le psychiatre au plus vite. *« Je suis content que vous le constatiez. Heureusement que vous êtes là, souffle Gustave, comme pour rectifier ses dires précédents. À part Pléiade, je n'ai personne à qui parler. »*

Avant leur départ, le quarantenaire insiste encore sur un point qui l'obsède : le manque de propreté de son appartement. *« Je ne suis pas capable de nettoyer, mais je veux vraiment qu'il fasse propre chez moi. J'ai honte. »* L'équipe mobile a bien introduit une demande d'aides familiales, restée sans réponse. *« On va les relancer »* promet Gaëlle.

« Mais ça va encore, vous savez ! On va vous prendre comme stagiaire pour que vous voyiez l'état d'autres logements où on se rend », plaisante Arnaud. *« Ah bon, je pourrais être stagiaire ? »*, rebondit aussitôt Gustave, aguiché par la première partie de la phrase.

Le quiproquo donne lieu à un échange sur la pair-aidance et les possibilités que celle-ci offre aux personnes ayant vécu une grande souffrance psychique ou sociale de s'investir auprès de personnes confrontées à une expérience similaire. Le regard de Gustave s'illumine. Se redressant sur son tabouret, il s'enquiert de la durée de la formation, des possibilités de rémunération.

Le rêve est sans doute encore un peu lointain. Mais c'est un espoir, signe que rien n'est perdu. Le genre de leur qui, sans doute, fait tenir au quotidien les travailleuses et travailleurs des équipes mobiles. Lesquels, souligne Julie Régimont, *« témoignent tous d'un sentiment d'utilité très fort »*. •

1. Ces prénoms ont été modifiés à la demande des personnes.
2. SPF Santé publique, 2023.

« L'écueil, c'est que si on fait tout à domicile, les gens ne sortent plus de chez eux. C'est pour ça qu'il est important que le psychologue ou psychiatre de référence soit à l'extérieur. La dimension purement thérapeutique se joue ailleurs qu'au sein des équipes mobiles. »

ARNAUD, PSYCHOLOGUE À L'ÉQUIPE MOBILE DE PLÉIADE

alter·échos

Regard critique · Justice sociale

MÉDIKIT

FAITES-VOUS CONNAÎTRE DANS LES PAGES ET SUR LE SITE DU MAGAZINE !

Alter Échos est le magazine bimestriel d'analyse critique des réalités sociales en Belgique. Il s'adresse au secteur social-santé, à la communauté étudiante et à l'ensemble des publics engagés.

Alter Échos se décline sur le web, via une newsletter et sous forme de débats radiophoniques en complément des dossiers au cœur de chaque édition.



CAMPAGNE WEB ET/OU PAPIER (LANGUE : FRANÇAIS)

- Parution unique/multiple dans les pages du magazine
- Insertion d'une bannière sur la page d'accueil du site web alterechos.be
- Insertion d'un visuel dans la newsletter

DIFFUSION

- 600 abonnés (abonnement unique papier + web)
- +- 4800 lecteurs
- 150 points de vente en Wallonie et à Bruxelles
- 4000 abonnés à la newsletter
- 15000 visiteurs en moyenne par mois sur le site alterechos.be

DATES DE PARUTION EN 2025

Pour le **magazine papier** :

- n° 521 de janvier/février paraîtra le jeudi 6 février
- n° 522 de mars/avril paraîtra le jeudi 27 mars
- n° 523 de mai/juin paraîtra le vendredi 30 mai
- n° 524 de juillet/août paraîtra le jeudi 17 juillet
- n° 525 de septembre/octobre paraîtra le jeudi 2 octobre
- n° 526 de novembre/décembre paraîtra le jeudi 4 décembre

La newsletter est envoyée toutes les deux semaines le mardi.

DÉLAIS DE LIVRAISON DU MATÉRIEL PUBLICITAIRE

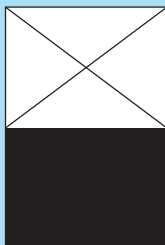
- Pour le **magazine papier** : 3 semaines avant la parution du numéro.
- Pour le **matériel digital** : 5 jours avant la date de mise en ligne.

INFOS TECHNIQUES

Mode colorimétrique : CMYK / Débord : 5 mm / 300 DPI / .pdf, .jpg ou .tiff

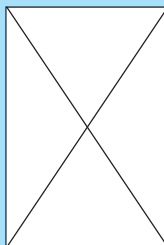
FORMATS ET TARIFS (HTVA)

1/2 PAGE



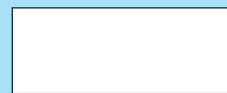
L20 x H 13,5 cm
350 €

PLEINE PAGE



L20 x H 26,5 cm
750 €

BANNER NEWSLETTER



650 x 250 px
100 €

BANNER SITE



1014 x 274 px
200 € / 15 jours



CONTACT ET INFORMATIONS | 02 541 85 30 | ELENA.AUCLAIR@ALTER.BE | WWW.ALTERECHOS.BE | WWW.ALTER.BE