



Quel est l'état de santé des soins de santé mentale en Belgique? La réalité derrière les mythes.

2013/9

02 | 07 | 2013



“The doctor’s words made me understand what happened to me was a dark, evil, and shameful secret, and by association I too was dark, evil, and shameful. While it may not have been their intention, this was the message my clouded mind received. To escape the confines of the hospital, I once again disassociated myself from my emotions and numbed myself to the pain ravaging my body and mind. I acted as if nothing was wrong and went back to performing the necessary motions to get me from one day to the next. I existed but I did not live.”

Alyssa Reyans, Letters from a Bipolar Mother

PIETER VAN HERCK,
Senior Fellow Itinera Institute

IVAN VAN DE CLOOT,
Chief Economist Itinera Institute

Remerciements à Ken De Marie,
Yasmine Hufkens, Sofie Lauwers et
Lies Verbauwhede pour leur contribution à la préparation de cette analyse.

Introduction

Les soins de santé mentale (SSM) sont un aspect de la santé et du bien-être qui reste relativement sous-exposé en Belgique. Si les titres des médias attirent parfois l'attention sur le taux élevé de suicides dans notre pays, ou sur la situation des internés quant au droit aux soins, les faits et les chiffres objectifs sont rarement mis en avant. Les défis politiques et les solutions possibles pour les SSM sont encore moins connus du grand public. Pourtant, le bien-être psychique et mental d'une population et de chaque individu est l'un des facteurs les plus déterminants de bonheur, de prospérité et de progrès. C'est pourquoi Itinera dresse dans ce rapport l'état de santé actuel des SSM. Nous observons ce qui se passe dans les autres pays, identifions les meilleures pratiques et formulons des recommandations politiques afin de préparer les SSM à ce qui nous attend dans un futur proche. Sur la base d'une quarantaine d'entretiens menés auprès d'acteurs clés des SSM, d'un groupe de discussion interactif et d'une vaste étude de littérature, nous examinons l'état de santé des organisations et systèmes qui surveillent et améliorent notre bien-être mental. Bien entendu, nous ne nous limitons pas à étudier les SSM « classiques », mais prenons également en considération le contexte beaucoup plus large de la société dans son ensemble.

Occurrence et impact du mal-être et des troubles mentaux

Certains auteurs et faiseurs d'opinion affirment que l'évolution de la société exerce de plus en plus de pression sur notre bien-être mental. Il est fait référence à une forte individualisation, avec la diminution des réseaux sociaux, de nouvelles compositions familiales, des attentes toujours plus élevées et une flexibilité toujours plus grande, le mélange des cultures, une précarité et une inégalité grandissantes pour les chômeurs, les isolés,

etc. Selon cette perception, la société exige que chaque chose et chaque individu soit toujours plus performant, si bien que nous sommes parfois aliénés de nous-mêmes. La question reste de savoir si cette conception de la société et de notre bien-être mental est correcte. Quoi qu'il en soit, ces évolutions peuvent donner lieu à plusieurs interprétations. Pour briser la subjectivité de ce débat, rappelons quelques chiffres et observations.

Il ressort de diverses études qu'environ 26 % des Belges se sentent mal dans leur peau. Si vous placez 3 Belges au hasard autour d'une table, un d'entre eux en moyenne aura déjà été confronté à un trouble mental au cours de sa vie. Ces chiffres sont élevés et alarmants, mais la Belgique se situe dans la moyenne internationale. Des chiffres similaires sont en effet observés dans la plupart des autres pays.

Les scientifiques se contredisent mutuellement quant à la question de savoir si ces chiffres augmentent ou non. L'OMS, par exemple, parle d'une épidémie émergente des maladies mentales tandis que l'OCDE considère qu'elles ne sont pas en augmentation. Les deux organisations ont peut-être en partie raison. Certains éléments indiquent une progression : (1) En raison de l'augmentation de l'espérance de vie et du vieillissement, le nombre de personnes souffrant de démence aura doublé d'ici 2030 et triplé d'ici 2050. Toutes les quatre secondes, un nouveau patient est atteint de démence. (2) Il existe clairement un lien entre le mal-être mental et l'impact de la profonde crise économique que nous traversons actuellement. La crise génère son lot de chômage, de précarité, d'insécurité, de discrimination / d'inégalité, de violence, de pression et de stress, ainsi qu'une augmentation des suicides et des absences pour maladie. Le bien-être mental au travail connaît également un net recul en Belgique, surtout parmi les travailleurs peu qualifiés (OCDE, 2013). Nous vivons donc à une époque mentalement éprouvante. Le

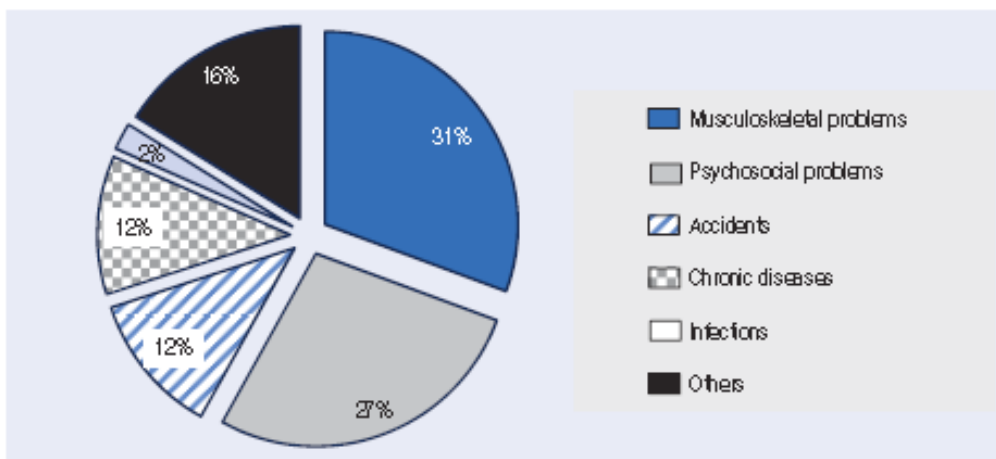
nombre d'admissions forcées a augmenté de 42 % entre 1998 et 2008, soit avant la crise. Récemment, le nombre d'admissions en hôpital psychiatrique a progressé de 10 % (surtout en Flandre), bien que les admissions dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux (PAAZ) soient en baisse.

Pourtant, l'OCDE a autant raison que l'OMS, car l'augmentation de la demande de SSM s'explique en grande partie par une meilleure détection des troubles et une meilleure réponse aux besoins en matière de soins par rapport au passé. Cette situation résulte notamment de connaissances plus vastes et d'une offre plus adaptée, de la sensibilisation par les médias, et du développement de l'émancipation et des attentes du citoyen. Face à la pression de la société, l'individu peut donc aussi exercer une pression (positive ?). Cette seconde conception considère qu'une partie de l'augmentation du nombre de cas est une réussite que nous devrions applaudir plutôt que de brosser un sombre portrait de la société. Grâce aux SSM, nous touchons de plus en plus de personnes qui en ont besoin. Comme nous allons le voir plus loin, nous avons à cet égard encore du chemin à parcourir, ce qui étaye encore la thèse de l'OCDE.

L'impact du mal-être mental sur l'individu et sur la société est considérable. Après les maladies cardiovasculaires, les troubles mentaux arrivent en seconde position (avec 19,5 %) en termes de charge totale de morbidité. Dans la plupart des pays développés, ils occupent déjà la première position, avec 25 %. Les pathologies mentales représentent 40 % de l'ensemble des années vécues avec incapacité. La dépression est avec 13,7% la première cause de soins chroniques. La démence est la cinquième cause de soins chroniques.

Les troubles mentaux constituent, avec 34 %, la première cause d'invalidité – la dépression, l'alcoolisme et la démence figurant dans le top 10. 27 % des absences pour maladie de 15 jours ou plus sont dues à un trouble mental. Les problèmes mentaux représentent également 25 % de l'ensemble des indemnités d'incapacité de travail. Le présentisme, qui se caractérise par une productivité plus faible au travail, a presque doublé en cinq ans en Belgique chez les personnes atteintes d'une pathologie mentale modérée. La Belgique est ainsi passée au-dessus de la moyenne européenne. Les patients souffrant de troubles psychiatriques ont une espérance de vie moyenne de 15 ans inférieure à celle de la population générale, principalement en raison de problèmes physiques.

Causes of sickness absences of 15 days or longer among employees in Belgium, 2004-06



Source : OCDE, 2013

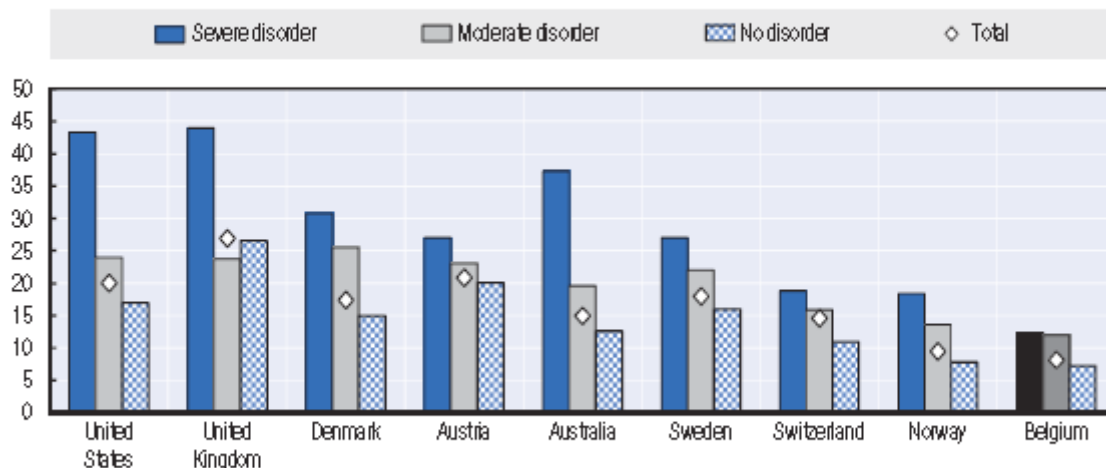
Il est important de souligner que les pathologies mentales se manifestent en moyenne à l'âge de 14 ans. Trois quarts des pathologies, telles que l'abus de substances et les troubles liés à l'anxiété, apparaissent avant l'âge de 24 ans. Seuls les troubles de l'humeur, comme la dépression, touchent plus largement l'ensemble de la pyramide des âges. Les troubles mentaux sont souvent persistants et récurrents. Ils se manifestent en outre souvent sous une forme combinée. Une forte composante intergénérationnelle intervient à ce niveau : 30 à 70 % des enfants de parents atteints d'un trouble mental, développent eux-mêmes un trouble mental. Il est par ailleurs frappant que plus de 90 % des personnes commettant une tentative de suicide ont auparavant souffert d'un trouble mental. Près de la moitié d'entre elles ont déjà reçu un traitement. Le suicide n'est donc généralement pas un phénomène isolé.

Une dernière observation importante est le lien évident avec le statut socio-économique. Des études du Service d'Appui Bien-être, Santé publique et Famille, indiquent que 72 % des personnes

qui font appel à un CPAS ou une aide sociale générale connaissent un état de mal-être mental. 58 % d'entre elles souffrent d'une dépression légère. 36 % ont déjà commis une tentative de suicide, et 20 % ont recours aux SSM. Ces chiffres sont beaucoup plus élevés que chez les personnes qui ne sollicitent pas l'aide sociale. Il existe en outre un lien entre la capacité à pouvoir vivre de ses revenus et le risque de dépression. Inversement, les personnes souffrant de troubles psychiatriques sont plus exposées au risque de pauvreté. De manière assez positive, cette corrélation est moins évidente en Belgique que ce qu'observe l'OCDE dans d'autres pays. Nous nous trouvons ici dans une situation similaire au paradoxe « de l'œuf et de la poule » : le statut socio-économique a-t-il un impact sur le mal-être mental ou est-ce l'inverse? Très probablement, il s'agit d'une relation bidirectionnelle, capable de déclencher une spirale de régression. S'il est légitime de s'inquiéter du devenir des SSM et d'une société à deux vitesses, en tant que pays, nous faisons mieux à ce niveau que beaucoup d'autres pays en termes de protection sociale.

People with a mental disorder have a larger poverty risk

Poverty risks for people with a severe, moderate or no mental disorder, latest year available



Source : OCDE, 2013

Offre et demande en matière de SSM

Dans tous les pays, il existe un fossé entre les besoins de soins et la prestation des SSM pour y répondre. Un très grand nombre de pathologies graves ne sont pas traitées : 17 % des psychoses, 45 % des dépressions et plus de 60 % des troubles liés à l’anxiété ne font l’objet d’aucun traitement. A l’échelle mondiale, l’OCDE estime que 80 % des personnes nécessitant des soins n’en reçoivent aucun. S’agissant des pathologies graves, seule la moitié des personnes bénéficie de soins.

Sur ce plan, la Belgique fait mieux que la moyenne européenne, mais le fossé est encore important. Il convient de souligner qu’une période de plus de 10 ans s’écoule généralement entre le début de la pathologie et le premier contact avec les soins. Les soins professionnels commencent souvent beaucoup trop tard : en moyenne 1 an trop tard pour les troubles de l’humeur, 16 ans trop tard pour les troubles liés à l’anxiété et 18 ans trop tard

pour l’abus de substances. Les patients ont de ce fait plus de risques de devoir suivre un traitement à vie.

Ces carences de traitement résultent d’une cascade d’obstacles. Seule 1 personne sur 3 cherche une aide professionnelle. Il est par exemple révélateur qu’au sein de l’aide sociale, seules 9 % des personnes parlent de leurs troubles mentaux. 31 % ne savent pas où trouver de l’aide. 15 % ne cherchent pas d’aide en raison du coût. 32 % retardent la recherche d’aide pour des raisons financières. En Belgique, les SSM sont néanmoins généralement considérés comme plutôt abordables, avec une bonne couverture. L’OCDE indique par exemple que seule une minorité des personnes ayant besoin de soins n’ont pas les moyens financiers d’y accéder. Cependant, les assurances complémentaires excluent souvent le traitement des pathologies mentales. La couverture de base de la psychothérapie est et reste également un problème dans notre pays, comme nous allons le voir plus loin.

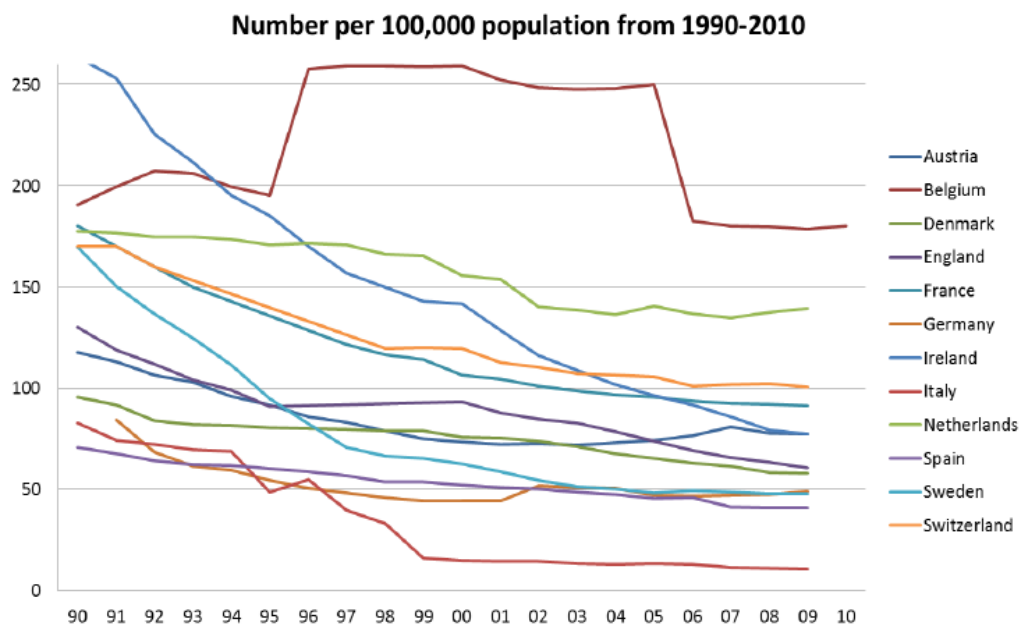
Les obstacles suivants de la cascade concernent le diagnostic et le traitement même. Un cinquième des personnes recherchant de l'aide ne reçoit aucun traitement. A ce niveau, des problèmes se posent lors du diagnostic de la dépression, de la démence, etc. L'orientation adéquate des patients vers les soins spécialisés est également problématique, car les contacts de première ligne ont souvent une connaissance limitée des SSM, accordent une importance trop importante et exclusive aux médicaments et sont confrontés aux délais d'attentes. L'OCDE confirme également que les mécanismes d'orientation ne sont pas suffisamment développés en Belgique.

La stigmatisation continue à jouer un rôle non négligeable pour chaque obstacle de cette cascade. Une récente étude de Test-Achat révèle qu'un Belge sur 10 considère que la psychothé-

rapie est destinée aux « faibles ». Même certains professionnels, comme les médecins généralistes, croient encore parfois que les dépressions sont « normales » chez les seniors.

Parmi les personnes bénéficiant de soins, seule la moitié reçoit les soins adaptés. L'OCDE et l'OMS observent surtout ces carences pour l'anxiété et la dépression, qui représentent la plus grande partie de la charge de morbidité. En Belgique, 46 % des personnes souffrant d'une pathologie grave consultent un médecin, mais ne reçoivent ni traitement médicamenteux ni thérapie. 25 % reçoivent uniquement un traitement médicamenteux et 3,8 % uniquement une thérapie. La préférence donnée aux traitements médicamenteux par rapport à la thérapie est en partie liée aux coûts. Souvent, les séances de psychothérapie avec un psychologue ne sont couvertes que de manière

Psychiatric Beds



Source: European Health for All Database (HFA-DB), 2012

complémentaire pour les enfants. Il est parfois requis que ce type de thérapie ait été prescrit par un professionnel de la santé, et le choix peut être limité. L'association du traitement médicamenteux et de la thérapie, qui devrait être la norme, ne correspond pas à la réalité.

Les longs délais d'attente, qui peuvent varier d'un mois à un an, sont également confirmés par les pouvoirs publics. Actuellement, les structures classiques de SSM en Belgique (hôpitaux psychiatriques, services psychiatriques des hôpitaux généraux (PAAZ), centres de crise (EPSI), centres de soins de santé mentale (CSSM), centres pour le bien-être général (CAW), maisons de soins psychiatriques (MSP) et habitations protégées) sont largement saturées. L'offre est inégalement répartie sur le plan géographique, ce qui crée donc une discrimination selon la région où l'on recherche de l'aide.

Les alternatives au traitement résidentiel sont trop peu nombreuses et trop similaires, bien que l'on y travaille depuis des décennies. Après toutes ces années, les soins psychiatriques à domicile en sont encore au stade de « projet ». Les SSM belges sont encore trop axés sur une approche réactive visant à « éteindre l'incendie », et n'interviennent pas assez de manière préventive, dès les premiers signes du mal-être mental. Les SSM actuels s'adressent en premier lieu aux personnes atteintes d'une pathologie mentale grave. Les troubles courants (« common diseases ») font l'objet de moins d'attention et leurs soins ne sont proposés que de manière fragmentée. Cette approche traduit un déploiement inefficace des ressources.

L'organisation des SSM belges est encore hospitalo-centrique. Après le Japon, la Belgique est le pays qui dispose du plus grand nombre de lits psychiatriques au monde. Les chiffres enregistrés varient de 152 à 180 lits pour 100 000 habitants (OMS, 2008; 2012; OCDE, 2012). Les autres pays

comptent plutôt 100 lits pour 100 000 habitants. LE KCE a confirmé que 79 % des patients admis séjournaient en lits A et T. Un grand nombre de ces patients n'y sont pas à leur place, car les soins qu'ils nécessitent pourraient aussi être apportés sur une base non-résidentielle. Un âge avancé, une faible qualification et un statut socio-économique faible sont ici identifiés comme des facteurs de risque notables. En 2003, 13 000 patients ont séjourné au moins un an dans une institution résidentielle, dont 36 % dans un lit T. Dans ce sous-groupe, un patient sur trois connaît un séjour de plus de 6 ans. Dans les MSP, 60 % des patients effectuent un séjour de plus de 6 ans. Le KCE est donc parvenu à la conclusion que l'offre ne couvrait pas les besoins et n'y répondait pas en termes de contenu. Au contraire, les séjours résidentiels actuels de longue durée auraient même une influence négative sur les chances de réinsertion dans la société. L'accent est encore trop mis sur la réorientation au sein de l'offre de soins plutôt que sur la réinsertion.

Les décideurs politiques ont bien compris ce message et souhaitent promouvoir au cours des prochaines années la socialisation des soins, au sein de l'environnement et de la sphère privée du patient. Cette volonté s'est traduite par le développement de réseaux, conformément à l'article 107. De nombreux efforts, initiatives et projets ont déjà été mis en œuvre. La psychiatrie est en plein mouvement. Cependant, par rapport à d'autres pays, la réorientation des SSM est malheureusement lente et loin d'être terminée. Les choix opérés dans le passé indiquent que cette question a toujours été un sujet de controverse. A la fin des années 90, la deuxième phase de reconversion des lits s'est par exemple accompagnée d'une augmentation plutôt que d'une diminution du nombre de lits, contrairement à l'évolution observée dans tous les autres pays. Suite à la fusion des CSSM, le nombre de centres est passé de 80 à une vingtaine en Flandre. Or, pour le moment, de nombreux experts

considèrent cette réduction comme peu compatible avec le développement actuel d'un plus grand nombre de réseaux dans le cadre de l'article 107.

La dernière réduction sérieuse du nombre de lits remonte au début des années 90. Quelque 6 000 lits avaient alors été démantelés. Ces attermoiments n'ont pas (ou peu) eu lieu dans d'autres pays occidentaux, bien que le démantèlement y ait parfois été accompli de manière trop drastique, sans création d'alternative. L'article 107 apporte une bonne réponse sur le plan conceptuel, avec un déplacement des soins, une meilleure coordination et une intensification du contenu des soins. Dans le même temps, il s'agit encore toujours d'un engagement volontaire, principalement dirigé à l'initiative d'un hôpital psychiatrique. Les services psychiatriques des hôpitaux généraux et les centres de crise prennent moins le train en marche, parce qu'ils ont grandement besoin des lits actuels et ne peuvent donc pas les convertir. Ils devraient néanmoins jouer un rôle crucial dans la création de réseaux. Pour le traitement des enfants, l'article 107 n'est pas appliqué, car au vu des listes d'attentes, aucun lit ne peut être supprimé pour eux. Ces exemples illustrent une approche trop rigide qui, pour le moment, n'a pas encore su livrer les résultats escomptés. Le déplacement extrahospitalier des soins est beaucoup trop lent. Cela fait 25 ans que l'on y travaille, et peu de progrès ont été réalisés.

La remise en cause d'une approche trop réactive et résidentielle ne doit pas être interprétée comme un appel à tout miser sur les stades plus précoces de la vie du patient. D'autres groupes-cibles méritent également une attention politique particulière. Dans les CSSM, par exemple, les équipes pour seniors ne peuvent utiliser que 4 % de leur personnel pour 24 % de leur groupe-cible total. La prévention comprend également la prévention secondaire et tertiaire. Les migrants représentent un autre groupe-cible croissant aujourd'hui

concerné par les carences de traitement SSM. Le manque de connaissances et de compétences en première ligne, ainsi que les aspects culturels et financiers jouent un rôle à ce niveau.

L'un des besoins les plus urgents en matière des SSM est le développement et la professionnalisation de la psychiatrie médico-légale. Malgré un nombre de lits globalement élevé, seuls trois lits pour 100 000 habitants sont actuellement prévus pour les délinquants présentant un trouble mental. Sur ce point, la Belgique a environ 10 ans de retard par rapport aux autres pays. La situation des internés dans les prisons est extrêmement préoccupante en ce qui concerne le droit aux soins. A cet égard, la Belgique a d'ailleurs été condamnée à plusieurs reprises par des instances internationales.

Les SSM belges sont aujourd'hui un enchevêtrement opaque de différentes lignes, qui se recoupent souvent, mais coopèrent peu voire pas du tout. Les programmes de soins interinstitutionnels, sous la forme de soins complémentaires mutuels, sont et restent encore trop souvent lettre morte. La répartition non homogène des compétences entre les pouvoirs publics et le cloisonnement de certaines parties du secteur ne simplifient pas les choses. Tout comme les soins des seniors, les SSM sont confrontés aux réglementations des différents secteurs, ce qui freine leur évolution. Un exemple est la normalisation très stricte des règles de logement qui s'appliquent aux habitations protégées et renforcent le déséquilibre entre l'offre et la demande.

En conclusion, nous recommandons, en ce qui concerne l'offre des SSM, d'accorder plus d'attention aux pathologies mentales plus courantes et aux troubles mentaux qui ne sont pas encore détectés, comme le préconise l'OCDE. Dans le passé, l'OMS a même plaidé en faveur de la fermeture complète à terme de l'ensemble des hôpitaux psychiatriques,

pour les remplacer par des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux (comme c'est le cas, par exemple, en Suède), des centres communautaires locaux, des soins à domicile, etc. Il ne faut peut-être pas aller aussi loin. On peut se demander si un tel objectif est réaliste. Cependant, en Belgique, le nombre de lits psychiatriques devrait, à court terme, être ramené à 100 lits pour 100 000 habitants. Cela signifie une réduction de plus d'un tiers des lits existants. Une partie de la capacité ainsi libérée peut également être réutilisée pour les besoins urgents des soins médico-légaux, des soins des jeunes, des soins des seniors et des soins des handicapés. Il est assez insensé que l'ensemble du secteur et les décideurs politiques attendent l'achèvement de centres de détention hautement sécurisés proposant des soins spécifiques aux détenus, alors que nous savons qu'un pourcentage élevé des places existantes devrait être réaffecté. L'objectif de reconversion de 11 % des lits dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 107 apparaît insuffisant compte tenu du contexte général. Une nouvelle reconversion de 6 000 lits serait plus appropriée.

Tout comme dans les autres secteurs de soins, un très grand nombre de parties prenantes indiquent que les avantages financiers et les multiples considérations immobilières constituent un frein à l'évolution souhaitée. Ceci nous amène à évoquer les coûts et le financement des SSM.

Coûts et financement des SSM

Les SSM représentent environ 6,1 % de l'ensemble des ressources allouées aux soins de santé. A l'échelle internationale, ces dépenses varient de 3 % dans certains pays d'Europe de l'Est, à plus de 10 % chez nos voisins. La Belgique consacre donc étonnamment peu de moyens aux SSM. Un choix étrange, sachant que le coût global des conséquences du mal-être mental est évalué à 3,5 % à 4

% du PIB. Les coûts réels ne se situent donc pas tant dans les infrastructures et le personnel de soins, mais davantage dans le chômage, l'absentéisme pour maladie et la perte de productivité. Une étude française a démontré que chaque euro investi dans les SSM pouvait en rapporter près du double. Selon l'Association Européenne de Psychiatrie, chaque euro investi dans la prévention pourrait même en rapporter 6. Même les revues faisant autorité, telles que The Lancet, dénoncent le fait qu'un tabou encore largement répandu renforce l'utilisation limitée des ressources, causant de la rareté, de l'inégalité et de l'inefficacité. 80 % des ressources sont allouées aux soins résidentiels et seulement 20 % aux soins alternatifs. Le fait que le budget des hôpitaux psychiatriques ait augmenté de 48 % entre 2003 et 2011, fait froncer les sourcils. Cela semble indiquer que les ressources supplémentaires sont absorbées par les structures les plus anciennes.

Le système SSM actuel souffre non seulement d'une allocation inadéquate des ressources, mais aussi d'inefficacités techniques. Il est vrai que les soins mentaux sont souvent des soins de longue durée. La moitié des patients suit un traitement pendant plus d'un an. Dans les CSSM, le traitement dure 427 jours en moyenne. S'agissant des soins résidentiels, on peut dire que la durée du séjour est trop longue. Celle-ci s'élève à 69 jours en moyenne et est la plus élevée en Flandre. Ce chiffre baisse peu à peu, mais est encore beaucoup plus élevé que la durée moyenne de séjour internationale, qui est de 21 jours pour la dépression, 33 jours pour la démence et 38 jours pour la schizophrénie. Le système de financement des hôpitaux généraux a déjà été modifié il y a 10 ans pour stimuler une durée de séjour plus justifiée et promouvoir les déplacements des soins. Ce système n'a toutefois pas été mis en place dans les hôpitaux psychiatriques, si bien que la situation financière de ces derniers dépend encore des anciens critères (nombre

de lits, taux d'occupation et système de quotas). Le déséquilibre entre le budget et les dépenses réelles se creuse également de plus en plus. Ces établissements sont par conséquent toujours incités, financièrement, à garder aussi longtemps que possible le plus de patients possible dans un « lit ». Nous constatons des incitations similaires chez les dispensateurs de soins. Les honoraires de surveillance des psychiatres en sont un bon exemple. Le financement avantage dans une large mesure les soins résidentiels. Les incitations ne sont donc pas justes du côté des prestataires de soins. Itinera a décrit en détail les réformes nécessaires pour parvenir à un nouveau modèle de gestion dans un rapport distinct intégralement applicable aux SSM (Itinera, 2013). A cet égard, la qualité des soins et la constitution de réseaux doivent se trouver au centre des priorités financières. Les économies résultant des améliorations de la qualité apparaissent actuellement beaucoup plus tard dans d'autres secteurs. Les mécanismes de financement tels que la rémunération au rendement, les économies partagées, les bonus d'accréditation, le « best practice payment », le paiement groupé et le paiement global doivent, après la mise en place initiale d'indicateurs de qualité, également être expérimentés dans les SSM.

A terme, il est préférable de privilégier une allocation plus intersectorielle des ressources, ainsi qu'un cofinancement systématique pour soutenir la collaboration et l'intégration. Les bailleurs de fonds eux-mêmes, et notamment les mutualités, doivent être financièrement responsabilisés en vue d'atteindre un même ensemble d'objectifs clés, qui concernent les prestations des SSM pour le patient.

Une grande partie des coûts réels se retrouvent souvent ailleurs. La démence en est un bon exemple, avec 15 % de coûts médicaux directs, 40 % de coûts non-médicaux formels et 45 % de coûts informels pour le patient et la famille. Nous ne

pouvons que constater que du côté de la demande aussi, les avantages ne sont pas justes. Les formules de soins alternatives des SSM impliquent une contribution personnelle pratiquement double pour le patient par rapport aux soins résidentiels. Le patient suit un traitement souvent de longue durée, avec une perte de revenus, des factures journalières à payer à la maison en plus de l'admission, et reçoit une indemnité qui ne couvre que les besoins de base. Puis, il se retrouve dans une formule de soins alternative, pour laquelle sa contribution personnelle est encore beaucoup plus élevée. Ce phénomène crée des SSM à deux vitesses, renforce la pauvreté et conduit à l'apparition de patients « plaque-tournante », qui doivent être admis à plusieurs reprises. Il est clair que le système de contribution personnelle aux SSM doit aussi être réformé en profondeur. Le « Value-based Insurance Design » et d'autres innovations financières trouvent également leur place dans les SSM. Il faut au moins neutraliser les incitations perverses du système actuel, de sorte que l'utilisation des alternatives soit autant ou même davantage stimulée, en fonction de la gravité de la maladie et du revenu du patient. Le soutien des soins de proximité, qu'il s'agisse d'un appui financier, d'une décharge ou de savoir-faire, permet aussi de réduire l'institutionnalisation.

Utilisation du personnel dans les SSM

Le patient ayant exprimé ou non une demande d'aide entre d'abord généralement en contact avec le médecin traitant. Comme nous l'avons déjà illustré avec la cascade d'obstacles, il reste des progrès à accomplir à cet égard (OCDE, 2012; 2013). Malgré l'occurrence relativement élevée des troubles mentaux en médecine générale, la formation et la qualification des généralistes est insuffisante pour gérer la complexité de ce type de

pathologie. Ainsi, selon les experts, seul un quart des généralistes aurait reçu une formation solide sur la prévention du suicide, malgré les taux de prévalence alarmants en Belgique. Une étude de la Fondation Roi Baudouin indique que les patients eux-mêmes considèrent qu'une meilleure formation des intervenants est prioritaire. Les dispensateurs de soins doivent, selon les experts du vécu, apprendre à dépasser davantage leur cadre de référence. Beaucoup appellent donc au développement de la fonction de psychologues de première ligne, comme c'est par exemple le cas aux Pays-Bas. Au niveau politique, nous n'en sommes actuellement qu'au stade de projet. De manière générale, il faut soutenir le passage d'un modèle médical général vers un modèle plus spécialisé.

Notre pays connaît un afflux relativement limité de psychiatres, avec 8 % en formation contre 15 % en formation dans d'autres spécialités médicales. Cependant, la Belgique occupe, avec 23 psychiatres pour 100 000 habitants, la quatrième position en Europe après la Suisse, la Finlande et la Suède. Dans les autres pays, le nombre de psychiatres oscille entre 10 et 20 pour 100 000 habitants (OCDE, 2013). Il s'agit plutôt d'un bon point de départ pour répondre à l'augmentation future des besoins en matière de soins. Toutefois, la forte surcharge de travail des psychiatres est peut-être plus liée aux tâches et rôles que les médecins doivent assumer par rapport aux autres pays. Ici aussi, nous constatons qu'en Belgique, les psychologues jouent un rôle beaucoup plus modeste. La fonction de « psychologue clinicien » n'est pas reconnue, ni protégée par la loi. Il en est de même pour les « psychothérapeutes ». D'une part, cela implique que n'importe qui peut exercer cette fonction, sans garantie de qualité. D'autre part, cela signifie qu'un potentiel important de ressources humaines reste sous-utilisé par rapport aux autres pays. Ce système est par ailleurs entretenu en ne remboursant les séances de psychothérapie que si

elles sont réalisées par un psychiatre. Il est évident que ce cadre doit être élargi, dans les garanties de qualités nécessaires, comme c'est déjà le cas dans beaucoup d'autres pays.

Les constatations faites chez les médecins de famille et les psychiatres contraignent la profession médicale et les autorités à adopter une autre identité et à endosser d'autres rôles. La valorisation des compétences devrait être intégrée de manière obligatoire et plus systématique dans la formation de base de tous les médecins. Les titres de psychothérapeute, psychologue clinique, sexologue, orthopédagogue, etc. doivent être reconnus. Itinera recommande également d'accorder davantage d'autonomie et de responsabilité aux équipes mobiles dans le cadre de l'article 107. D'autres pays sont en avance sur la Belgique pour ce qui est de surmonter les divers obstacles en misant sur l'innovation des professions de soins. Le fait que de récentes expériences relatives à une collaboration plus flexible et intégrée, telles que le recours à des psychologues indépendants au sein du CGG, suscite au départ des tensions et des résistances, ne justifie pas d'inverser la tendance. Dans la description des effectifs du secteur des SSM, il ne faut pas oublier les nombreux infirmiers et autres professions de soins qui forment un maillon très important dans le secteur des soins. Ici aussi, les mêmes principes de glissement des tâches et de différenciation de fonction s'appliquent pour préparer les professions SSM aux défis du futur. Les infirmiers spécialisés peuvent être amenés à jouer un rôle beaucoup plus important. La rotation du personnel est de 20 % en moyenne au sein des SSM, mais peut grimper jusqu'à 60 % dans certaines organisations. Ces chiffres ont récemment dépassé ceux du secteur non SSM aigus.

Qualité de la prévention, diagnostic et traitement dans les SSM

Outre le sous-traitement et aussi parfois le traitement inadéquat déjà décrit, c'est surtout le nombre élevé de suicides et le recours élevé à la psychopharmacologie par rapport à d'autres pays, qui sautent aux yeux.

Le nombre de suicides est respectivement de 17, 24 et 14 suicides par 100 000 habitants en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles. La Flandre se situe ainsi 1,5 fois au-dessus de la moyenne européenne. La Belgique figure, avec trois suicides par jour, dans le top trois européen. La Flandre illustre toutefois de manière positive qu'un plan d'approche politique sophistiqué peut porter ses fruits. La baisse prévue de 8% dans le premier plan de prévention du suicide, a largement été atteinte. Une baisse de 20% est actuellement visée en tant qu'ambition positive. La Flandre connaît une tendance à la baisse à cet égard, tandis que la Wallonie, où le besoin est le plus élevé, voire en hausse, prend étonnamment peu d'initiatives ciblées. Les querelles communautaires ne peuvent, dans une telle matière prioritaire, l'emporter sur la santé publique.

La constatation ci-dessus ne peut toutefois susciter une idée unilatérale de la qualité des soins à travers les trois régions. Bien que la Belgique se situe dans son ensemble au niveau de la moyenne européenne, la Flandre enregistre un taux élevé de réadmissions à l'hôpital psychiatrique dans les 30 jours : 25 % chez les patients atteints de schizophrénie contre 17 % et 10 % en Wallonie et à Bruxelles ; 20 % chez les patients atteints de troubles bipolaires contre 13 % et 7 % en Wallonie et à Bruxelles. De même, en ce qui concerne la consommation problématique d'alcool, force est de constater que la Flandre présente une hausse au sens négatif, se rapprochant ainsi de la Wallonie.

D'un point de vue général, la consommation problématique d'alcool en Belgique est de 10%, avec une tendance à la hausse.

La consommation de produits psychopharmaceutiques est, avec 19,1 %, très élevée par rapport à d'autres pays. Il est même clairement question de surconsommation en ce qui concerne les calmants et les somnifères. Il n'est toutefois pas possible de se forger une idée aussi précise pour ce qui est du recours aux antidépresseurs (AD). Tout comme dans d'autres pays, la consommation d'AD augmente chaque année d'environ 1 %. Abstraction faite des pays d'Europe de l'Est, la Belgique se situe au niveau de la moyenne européenne. Certains médias et acteurs du secteur des soins mettent les hausses de la consommation d'AD en avant pour pointer du doigt la surmédicalisation, la surconsommation et la pression sociale accrue. L'OCDE signale toutefois à juste titre que la prise d'AD est encore souvent arrêtée beaucoup trop tôt. Seulement 28 % des patients dépressifs les prennent pendant la période présumée de six mois au moins. Un patient sur quatre prend même des AD pendant moins d'un mois. Il s'agit là de signaux supplémentaires indiquant plutôt un sous-traitement qu'un sur-traitement. Il faut prendre garde de ne pas confondre les interventions de soins avec les symptômes d'une problématique sociale en hausse. Ceux-ci font souvent partie de la solution et non, à condition d'une utilisation fondée sur les preuves, du problème.

Le fait qu'une variation importante inexplicée soit constatée entre les prestataires de soins et les organisations de soins, est toutefois problématique. Il en va de même pour les indications de polypharmacie inappropriée dans les SSM. La Belgique se concentre quasi exclusivement sur la consommation de produits psychopharmaceutiques. Des corrections sont dès lors d'autant nécessaires dans le domaine complémentaire de la psychothérapie. La psychothérapie doit activement

être présentée comme une activité normale de la vie de tous les jours dans la société en général, de sorte que les citoyens puissent y recourir plus rapidement et dans une plus grande proportion. Les Pays-Bas peuvent nous servir d'exemple à cet égard. La thérapie est, conjointement avec la valorisation des compétences, la détection précoce, l'intervention précoce et la ligne de prévention du suicide, l'un des ingrédients de la prévention du suicide les plus efficaces en termes de coûts. La prévention du suicide est ainsi non seulement efficace au niveau des coûts, mais permet sur certains points même de réaliser des économies. D'autres domaines des SSM, tels que la démence vasculaire, sont fort liés au style de vie. L'impact sur le bien-être psychique des mesures de prévention générales axées sur l'alimentation, le sevrage tabagique, la consommation d'alcool et l'activité physique, est encore sous-estimé.

Les données dont on dispose en matière de soins de santé mentale pour soutenir la politique de qualité sont peu nombreuses et en outre très fragmentées. Les données disponibles sont sous-exploitées. De récents projets de développement d'un ensemble uniforme d'indicateurs de qualité changent la donne en Flandre. Une culture d'innovation et de travaux fondés sur les preuves doit être soutenue et récompensée, comme le KCE le recommande également dans le cadre de la prévention et du traitement de troubles psychiques chez les enfants. Les TIC et la technologie sont également sous-exploités dans les SSM par rapport à d'autres spécialités et secteurs. L'e-health et la psychoéducation en ligne en sont à leurs débuts. Il convient toutefois de tenir compte des possibilités de thérapie en ligne dans le cadre de conditions pratiques, légales et financières correctes. Le 'Big Data' pourrait créer des possibilités d'amélioration considérables, y compris dans les SSM.

La recherche dans le domaine des SSM est beaucoup trop faible par rapport à d'autres spéci-

alités, ce qui freine l'innovation. En conséquence, très peu de preuves sur le contenu des SSM sont disponibles. Notre pays devrait, ces prochaines années, être l'un des premiers à rompre cette inertie. Encore plus que dans d'autres secteurs de soins, il existe dans certains segments des SSM une nette résistance aux chiffres et à l'objectivation. Ce qui est absurde lorsque l'on sait que l'efficacité de certaines de ces écoles thérapeutiques, en ce compris la psychanalyse, a déjà été démontrée dans des études scientifiques au niveau international. Au lieu d'une polarisation 'nous-contre-eux', les ingrédients actifs au sein des diverses psychothérapies doivent être clarifiés et renforcés.

Dans des pays tels que les États-Unis, les meilleurs étudiants de certaines facultés de médecine ont déjà bien compris le message. Le nombre d'étudiants en doctorat d'universités d'élite qui effectuent des recherches sur les SSM a augmenté de façon spectaculaire en peu de temps. La psychiatrie est en train d'y devenir une spécialité de prédilection pour les chercheurs en raison de l'impact que l'on peut y avoir et des outils de progrès qui sont disponibles. 'This is the place to make a mark', comme l'affirme l'un des intéressés. Les neurosciences, combinées aux autres domaines de connaissances dans les SSM, ont le potentiel pour créer une base scientifique plus large.

Prévention au travail et occupation d'(ex-)patients SSM

En ce qui concerne la prévention relative aux personnes confrontées à un mal-être psychique, nous constatons une bonne intégration dans la législation belge sur le travail. L'accent est aussi davantage mis sur le chômage que sur l'invalidité, ce qui rapproche les patients du marché du travail. L'OCDE signale toutefois que la législation existante est mal implémentée, avec une attitude principalement passive et réactive au lieu d'une approche

préventive. La Flandre prend des initiatives dans la bonne direction à cet égard, mais l'approche doit être fondamentalement réorientée à travers tout le pays. La première observation du mal-être psychique n'intervient souvent qu'en cas d'absentéisme. Ce qui est beaucoup trop tard. En outre, un grand nombre de personnes échouent dans les systèmes d'allocations de chômage, d'invalidité et d'aide sociale, sans reconnaissance du besoin de soins réel. Les personnes qui souffrent de troubles psychiques sont encore souvent trop vite cataloguées comme inaptes au travail régulier, généralement à titre immédiat et permanent, au lieu de bénéficier d'une approche plus dynamique. Chez les jeunes, souvent sans diplôme, cette situation mène à une perspective à long terme désastreuse. Le chômage aggrave les problèmes psychiques, à l'exception des emplois de très basse qualité. Avoir un emploi contribue au rétablissement.

60 à 70 % des patients psychiatriques travaillent ; ce chiffre est de 45 à 55 % lorsqu'ils sont atteints de troubles graves. Il ne s'agit là en soi que de 10 à 15 % de moins que le reste de la population. Les patients sans travail se rapportent en nombre absolu à un groupe important et en hausse. Cette situation s'exprime également dans une hausse et une part plus importante des demandes d'allocations. Assez paradoxalement, une prise de conscience croissante a pendant de nombreuses années plutôt mené à une diminution progressive de l'emploi. Dans le même temps, les exigences de travail régulier augmentent. L'occupation de patients a baissé entre 1997 et 2008 en Belgique. Le fossé de l'emploi est ainsi passé de 9 à 15 %. Le taux d'emploi est plutôt bas par rapport à d'autres pays.

Les employeurs ont bien entendu un rôle primordial à jouer et ce, aussi bien au niveau de la prévention que de l'activation. De nombreux patients ont la volonté de travailler, mais les refus successifs les font décrocher pour une période beaucoup plus

longue. Les patients psychiatriques ont en outre un risque plus élevé de se retrouver à un poste conciliant mal l'individu et l'organisation. Il s'agit davantage d'emplois à 'fortes exigences/faible contrôle', avec un stress supplémentaire pour effet. La prévention serait également beaucoup plus avantageuse pour les employeurs eux-mêmes. L'OCDE signale toutefois clairement que l'incitant financier dont bénéficient les employeurs est faible à cet effet, parce qu'ils doivent, contrairement à d'autres pays, supporter une part limitée du coût de l'absentéisme. Tout comme dans de nombreux autres pays, il n'existe pas non plus en Belgique d'approche systématique à l'attention de tous les employeurs. La majorité d'entre eux ne sont pas un véritable partenaire dans le processus de prévention et d'activation aujourd'hui, comme on peut le déduire du récent rapport de l'OCDE.

Le rôle des autres partenaires doit toutefois également être renforcé. Le secteur des soins proprement dit est encore trop peu jugé et tenu responsable des résultats de l'emploi. Les mutuelles ont un rôle et des possibilités trop limités. Elles n'ont aussi curieusement aucun lien direct avec le rôle de médecin du travail. Les médecins du travail se retrouvent dans une position de conflit d'intérêt, ce qui suscite souvent la méfiance du patient. Les fonctions de contrôle et de soutien sont difficilement compatibles, ce qui fait que le rôle de soutien et d'activation est souvent négligé. Pour finir, le cadre légal est encore trop vague en ce qui concerne les implications de l'activation ce qui, conjointement avec des règles incohérentes, voire perverses concernant les critères d'allocation, freine l'emploi.

Selon l'Association Européenne de Psychiatrie (EPA), les interventions préventives au travail pourraient générer dans l'année un rendement sur investissement de 10 euros par euro investi. Il convient d'investir nettement davantage dans la qualité des emplois, les conditions de travail et un bon

accompagnement et coaching. Les employeurs peuvent être responsabilisés et, au besoin, sanctionnés en ce qui concerne leurs responsabilités en cas de problèmes psychosociaux. Une évaluation du risque psychosocial est requise par la loi, mais n'est souvent pas réalisée. Cet état de fait est à peine sanctionné aujourd'hui. Il est nécessaire de se concentrer plus spécifiquement sur les adolescents afin d'éviter le décrochage sur la voie d'accès vers l'emploi. D'autres recommandations sont : (1) un engagement plus actif des employeurs, des médecins du travail et des mutuelles, avec un soutien spécialisé systématique à travers toutes les phases du processus, (2) la systématisation de la collaboration entre les mutuelles et l'ONEM, (3) la suppression progressive du conflit d'intérêt des médecins du travail par le biais d'une séparation des rôles et (4) la multiplication d'expériences en matière de soins et de travail.

Vers une approche politique plus globale et inclusive du bien-être psychique

Il apparaît clairement, à la lumière des sections précédentes, que de nombreux acteurs sont impliqués ou devraient être impliqués dans les SSM au-delà des frontières classiques. Nous n'avons jusqu'à présent pas encore mentionné certains de ces partenaires. Le médecin généraliste, le CASG, le CPAS, le CLB, les soins aux personnes âgées, la justice, le travail, le VDAB, l'ONEM, l'INAMI, les mutuelles, le logement social, la politique du logement, etc. La socialisation des SSM au sens positif ou négatif dépend pour une grande part de la coordination et du réseautage à travers les divers secteurs. Les priorités et les objectifs doivent faire l'objet d'un suivi méthodique au sein de cette approche d'équipe très vaste, avec une ligne du temps et une évaluation objectivée. Une concertation

transversale est impérative pour mieux coordonner les interventions. Une meilleure rationalisation est notamment nécessaire, non seulement au sein des Logos (organisations locorégionale en matière de soins de santé) (prévention), des SEL (initiatives de coopération au sein des soins de santé primaires) (première ligne) et des plateformes de concertation (deuxième et troisième ligne), mais aussi et surtout entre eux. L'intégration ou non de CSM et de CASG doit être minutieusement examinée, même si cela ne s'inscrit pas dans le cadre d'un cloisonnement de l'Etat face aux mutuelles. Les enseignants, les employeurs, l'ONEM et les médecins de famille peuvent être mieux formés et récompensés pour leur rôle critique. L'accent peut encore davantage être mis, en ce qui concerne l'article 107, sur le bien-être social. Des liens peuvent être établis avec les divers segments des soins aux personnes âgées. Nous ne devons pas uniquement penser en silo mais aussi prévoir les incitants financiers nécessaires à cet effet.

En cas de troubles psychiques récurrents, un rôle prépondérant doit, dans la politique future, avant tout être assigné à l'interface entre la première ligne, qui dispose de trop peu de connaissances et de compétences, et les spécialistes trop sollicités. En cas d'affections graves et plus persistantes, l'accent doit plutôt être mis sur un service plus inclusif et sur l'approche de la stigmatisation et de la discrimination.

Un domaine très important, qui occupe une place primordiale à côté du travail, est l'enseignement. La relation essentielle avec l'éducation et la formation est encore trop sous-exposée aujourd'hui. Le bien-être psychique des parents doit davantage être mis en avant (p. ex. programmes d'entraînement parental positif) par le biais de l'apprentissage des aptitudes psychosociales nécessaires, de la prévention de la violence et des abus et de l'offre

d'une première éducation formelle de l'enfant à l'école maternelle, éventuellement obligatoire. Pendant la scolarité également, la promotion du bien-être psychique doit plus explicitement être mise en avant, non seulement en prévenant le harcèlement, par exemple, mais aussi en plaçant en partie la responsabilité davantage dans le chef des enseignants proprement dits. Les possibilités de soutien disponibles sont encore trop sous-exploitées. Le CLB, qui joue un rôle quotidien assez limité, ne doit pas être considéré comme un canal de transmission dès lors que des problèmes se posent. Un exemple spécifique est la prévention du suicide, dans le cadre de laquelle des progiciels éducatifs et des formations en compétences sociales peuvent être mis à la disposition des jeunes par les enseignants pendant la période considérée comme la plus vulnérable d'un point de vue psychique, afin d'éviter l'apparition de problèmes par la suite.

Un dernier partenaire digne d'être mentionné est le patient lui-même. La participation et le rôle des experts du vécu dans l'élaboration de la politique et ce, aussi bien au niveau macro que micro, se voient jusqu'à aujourd'hui attribuer dans les SSM un rôle moins important que dans les soins de santé généraux et les soins aux personnes âgées. Il existe toutefois au niveau flamand des initiatives positives pouvant être intégrées de façon plus large et plus profonde.

Meilleures pratiques comme exemple à suivre

Il est toujours positif de constater que les autorités donnent elles-mêmes l'exemple sur de nombreux points. Le plan flamand de prévention du suicide est un exemple de meilleure pratique. Le plan d'action tabac, alcool et drogues et le plan démence, sont dignes d'éloge. La connexion transversale entre les divers plans peut toutefois

encore être améliorée. Il existe quelques bons exemples de campagnes et de sites web pour créer une image et rompre la stigmatisation. Sur ce point également, nous ne faisons certainement pas moins bien que d'autres pays. Le fait que l'on veuille élaborer une directive scientifique pour la prévention du suicide à l'attention des médecins de famille, est une bonne affaire.

Il est toutefois encore toujours possible d'apprendre d'autrui. Premièrement, de la science : FACT (forensic assertive community outreach), IPS (individual placement and support), etc. sont déjà en partie des ingrédients actifs de réformes récentes, mais peuvent être implémentés de façon plus cohérente et surtout beaucoup plus large. Deuxièmement, de divers projets intéressants : assistance médicale à domicile, psychologues de première ligne et social game pour les jeunes en vue de prévenir la dépression. L'EPA signale qu'un Buddy Project d'experts du vécu a, dans une récente étude, fait baisser les réadmissions de 80 %. Troisièmement, nous pouvons et devons en apprendre davantage d'autres pays : en matière de prévention du suicide, par exemple, on voit que les Néerlandais reçoivent plus rapidement de l'aide thérapeutique professionnelle, qu'ils ont une meilleure connaissance de l'offre de soins, qu'ils sont plus rapidement renvoyés vers un spécialiste, qu'ils sont moins médicalisés avec une consommation exclusive de produits psychopharmaceutiques, qu'il existe davantage d'accords de coopération entre les médecins de famille et les travailleurs sociaux et que l'intégration familiale et les réseaux sociaux développent dans une plus grande mesure les ressources des citoyens. Les Pays-Bas sont aussi beaucoup plus avancés en ce qui concerne la sécurité des patients et les SSM, alors que la Belgique se concentre actuellement surtout sur les soins autres que les SSM. Il y a là matière à réflexion et ce, aussi bien pour les décideurs politiques que pour le secteur des soins et la société dans son ensemble.

Conclusion et recommandations

Dès le début de cette analyse, nous avons posé la question : « Comment se portent les SSM en Belgique ? ». Hormis en termes de nombre de suicides, la Belgique se situe, pour ce qui est du bien-être psychique et de la qualité des SSM, majoritairement dans la moyenne d'autres pays. Nous accusons toutefois un retard important en ce qui concerne la socialisation des soins et le réseautage qui est nécessaire à cet égard. Nous avons encore trop tendance à médicaliser, parfois avec une connaissance insuffisante en première ligne. La psychothérapie reste sous-exploitée. L'élimination de la sous-détection et du sous-traitement est une bonne chose et doit être soutenue. Loin des dogmes et des idéologies, et grâce à une connaissance approfondie des outils dont nous disposons en tant que société, la marge d'amélioration peut être étendue.

La crise renforce, d'une part, la problématique psychique, mais est, d'autre part, également un levier pour réaliser des réformes structurelles. Le secteur des SSM se trouve à un croisement à cet égard. Soit on accueille les changements nécessaires avec

empressement, aussi menaçants soient-ils pour la structure actuelle des organisations et des professions de soins. Dans ce cas, le secteur des soins a la liberté de donner forme aux SSM du futur, en conservant ce qui est déjà positif. Soit on adopte des positions défensives, ce qui fait que les autorités seront probablement contraintes, dans quelques années, d'intervenir dans les soins d'une manière plus intrusive et engageant une obligation. L'inconvénient d'une telle approche directive est que les réformes risquent de ce fait d'être moins efficaces.

Les autorités proprement dites ont la possibilité (le devoir ?) à relativement court terme d'assembler les pièces du puzzle par le biais du financement, de la législation, de la politique du personnel, de la politique qualité, de l'enseignement, du travail et de l'innovation & la politique TIC, le secteur connaissant ainsi dans son ensemble un renouvellement d'objectifs et d'initiatives. Certaines instances publiques font déjà clairement un pas en avant à cet égard. Last but not least, il est urgent d'intensifier la recherche en matière de SSM en Belgique. Pour conclure, nous récapitulons encore une fois les recommandations prioritaires.

Recommandations d'Itinera pour continuer à optimaliser la santé des SSM en Belgique

1. Fixez des objectifs prioritaires et à suivre pour les SSM en matière de qualité, d'égalité, d'efficacité, etc., à adapter à tous les niveaux politiques et acteurs.
2. Réformez le financement de l'offre de soins en mettant l'accent sur la qualité et le réseautage. La relation avec les objectifs à atteindre doit être évidente. Introduisez un système de journées justifiées, comme dans les hôpitaux généraux.
3. Éliminez les effets indésirables du système actuel de contribution personnelle du patient dans les SSM. Lancez un débat sur les assurances complémentaires qui excluent le traitement des troubles psychiques.
4. Passez d'un grand nombre de projets positifs à une implémentation systématique et étendue dans l'ensemble du domaine des SSM.
5. Renforcez la formation ciblée et les mécanismes de renvoi de la première ligne.
6. Convertissez les moyens d'un tiers des lits résidentiels actuels en alternatives dans l'esprit de l'article 107. Réunissez à cet égard également autour de la table tous les partenaires qui ne mettent pas encore la main à la pâte à l'heure actuelle.
7. Réformez la politique du personnel en opérant un glissement des tâches et une différenciation de fonction.
8. Supprimez les mondes et les silos distincts qui, dans les SSM, sont parfois encore plus présents que dans les autres secteurs de soins. Il s'agit ici également d'harmoniser les diverses écoles psychothérapeutiques et les tendances qui existent en matière de soins dans ce domaine.
9. Responsabilisez les acteurs clés de l'enseignement au sens large et les employeurs.
10. Intégrez les SSM et l'assistance sociale.
11. Consolidez la psychiatrie légale et les soins aux internés.
12. Investissez davantage dans l'activation et le soutien positifs, en combinaison avec des incitants encourageants au lieu de décourageants.
13. Renforcez l'ICT, l'innovation et la recherche dans les SSM. Utilisez les données existantes.
14. Attribuez un rôle plus important aux experts du vécu et ce, aussi bien dans le cadre de la définition d'une politique qu'en dehors de celui-ci, afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination.

Littérature recommandée

Campion et al, 2012. EPA guidance on prevention of mental disorders. *European psychiatry* 27, 68-80.

De Maat et al, 2013. The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: a meta-analytic approach. *Harvard Review of Psychiatry* 21(3), 107-137.

EU 2013. Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes.

Gaebel et al, 2012. EPA guidance on the quality of mental health services. *European psychiatry* 27, 87-113.

Giesen et al, 2007. De implementatie van IPS in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie* 49(9), 611-621.

Hellemans et al, 2008. Externe evaluatie strategisch plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden.

Hermans et al, 2012. The state of psychiatry in Belgium. *International Review of Psychiatry* 24(4), 286-294.

HIVA 2009. Empowerment in de geestelijke gezondheidszorg.

Hoge Gezondheidsraad 2010. Multidisciplinaire samenwerking voor eerstelijnsopvang van problemen inzake geestelijke gezondheid.

Itinera 2013. You get what you pay for. Naar een nieuw business model van zorg.

KCE 2008. Langverblijvende psychiatrische patiënten in T bedden.

KCE 2010. Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek therapeutische projecten.

KCE 2012. Geestelijke gezondheidszorg voor

kinderen en jongeren: ontwikkeling van een beleidsscenario.

Kings fund 2010. Mental health and the productivity challenge. Improving quality and value for money.

Koning Boudewijn Stichting, 2010. Armoede en psychiatrie.

Koning Boudewijn Stichting, 2012. Versterken van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg: het perspectief van gebruikers en mantelzorgers.

LUCAS 2011. Monitoringsystemen en indicatoren. Ontwerptekst ten behoeve van de discussie voor de denkdag hervorming van de geestelijke gezondheidszorg

LUCAS 2003. De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.

NIVEL 2012. Effecten van lifestyle interventies in de GGZ.

NIVEL 2012. Verwacht zorggebruik als gevolg van de eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ

NIVEL 2012. Onderzoek naar patiëntveiligheid in de GGZ.

OECD 2008. Mental health in OECD countries.

OECD 2012. Sick on the job? Myths and realities about mental health and work.

OECD 2013. Mental health and work: Belgium.

RIZIV-FOD VVVL 2011. Organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg in België.

Saxena et al, 2007. Resources for mental health: scarcity, inequity and inefficiency. *Lancet* 370, 878-89.

Steunpunt welzijn, volksgezondheid en gezin 2011. Samenwerking in ketens en netwerken: prak-

tijkervaringen uit de zorg- en welzijnssector.

Steunpunt welzijn, volksgezondheid en gezin 2010. Depressieve klachten en suicidaliteit in de (l)CAW en OCMW: onderzoek naar de ernst en de relatie tot armoede.

Test-aankoop juni/juli 2013. Dossier psychische hulp.

Trimbos instituut 2011. Op zoek naar een kosten-effectieve basis GGZ: scenario's voor zorginnovatie.

Vandeurzen 2010. Beleidsplan geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen.

Vandeurzen 2010. Naar een dementievriendelijk Vlaanderen.

Vandeurzen 2012. Vlaams actieplan suicidepreventie II.

VVI 2008. Betaalbaarheid en toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in België.

WHO 2012. Dementia. A public health priority.

WHO 2012. The state of psychiatry in Europe.

WHO-EU 2008. Policies and practices for mental health in Europe.

WHO-EU 2008. European pact for mental health and well-being.

WHO 2013. Comprehensive mental health action plan 2013-2020.

Zorginspectie 2010. Jaarverslag omtrent de toepassing van de wet op de bescherming van de per-

soon van de geesteszieke in Vlaanderen.

Zorgnet Vlaanderen 2012. Geen opsluiting, maar sleutels tot re-integratie. Voorstellen voor een gecoördineerd zorgtraject voor geïnterneerden.

Une liste de référence complète et les résultats des interviews et du focus groupe peuvent être consultés dans : (1) Lauwers, Verbauwhede, Van Herck. Het beleid en de organisatie van de Belgische geestelijke gezondheidszorg in beeld. CZV-KU Leuven, 2013. (2) De Marie, Hufkens, Van Herck. Suicidebeleid van Vlaanderen gekaderd in een internationaal perspectief. CZV-KU Leuven, 2013.

Pour une croissance économique et
une protection sociale durables