

SYNTHÈSE

ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ MENTALE POUR LES ADULTES EN BELGIQUE



SYNTHÈSE

ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ MENTALE POUR LES ADULTES EN BELGIQUE

PATRIEK MISTIAEN, JUSTIEN CORNELIS, JENS DETOLLENAERE, STEPHAN DEVRIESE, CÉLINE RICOUR

NOUS REMERCIONS: BONTEMPS CHRISTIANE¹, BRUFFAERTS RONNY², DE COEN MARLIEN³, GISLE LYDIA⁴, HERMANS KIRSTEN², LAGUESSE RENAUD¹, LAMBERT MARIE¹, LORANT VINCENT⁵, NEYENS INGE², NICAISE PABLO⁵, SMITH PIERRE⁵, THUNUS SOPHIE⁵, VAN AUDENHOVE CHANTAL², VAN NUFFEL RIK³, VAN SPEYBROECK JAN³, WALKER CAROLE⁵



■ PRÉFACE

Nos visions sur la santé mentale se sont considérablement complexifiées au cours des dernières décennies, et pas uniquement du fait des neurosciences ou de la psychologie, mais aussi de l'évolution sociologique accélérée que nous avons connue. Le sociologue français Alain Ehrenberg y a d'ailleurs consacré trois ouvrages prémonitoires dans les années 90. Il y faisait le constat d'une inféodation au culte de la performance, et d'un sentiment de désarroi face aux exigences de l'autonomie que nous avons gagnée en révoquant dogmes et autres règles morales. L'individu, devenu libre, s'est débarrassé de la culpabilité pour entrer de plain-pied dans l'ère de la responsabilité. On ne peut évidemment expliquer par cette évolution sociologique tous les problèmes, aigus et chroniques, graves et bénins, de santé mentale, mais c'est bel et bien une lame de fond. Les enquêtes de santé en attestent : la prévalence des troubles anxieux et dépressifs déclarés augmente dans notre pays et ils ne touchent pas toutes les catégories sociales de la même manière. Ils sont près de trois fois plus présents chez les moins nantis. Si nous nous sommes intéressés à l'offre de soins, nous ne perdons donc pas de vue que c'est aussi – surtout ? – en amont qu'il faut agir, mais nous sortons là du cadre de notre mission.

Nos experts ont analysé l'offre de soins existante avec le sérieux et les compétences que nous leur connaissons ; ils ont lu la littérature et impliqué les parties prenantes pour dresser un état des lieux le plus complet possible. Aidés par des intervenants professionnels et des équipes universitaires, que nous remercions vivement ici, ils ont formulé des recommandations qui 'font sens' parce que fondées essentiellement sur le vécu des acteurs de terrain.

Une recommandation manque cependant et nous prenons la liberté de la formuler ici. L'évidence qui la justifie se trouve au plus profond de nous. Nous recommandons à tous, et à nous-mêmes pour commencer, de prendre réellement soin de l'autre, de le reconnaître, de le considérer, de donner l'importance suffisante à ses cris de détresse, surtout lorsqu'ils sont quasiment inaudibles, étouffés par la résignation et le fatalisme.

Marijke EYSEN
Directeur Général Adjoint a.i.

Christian LÉONARD
Directeur Général a.i.



■ MESSAGES CLÉS

Contexte des soins de santé mentale en Belgique (Chapitre 1 du rapport scientifique)

- Au cours des dernières décennies, le système belge des soins de santé mentale a subi plusieurs réformes, dont la réforme « article 107 » est la dernière en date. Les principaux objectifs de ces réformes étaient :
 - favoriser la prise en charge des problèmes de santé mentale au sein de la communauté par un glissement des soins hospitaliers vers des soins ambulatoires
 - améliorer la perception des problèmes de santé mentale par la société (déstigmatisation) ;
 - faire évoluer les soins de santé mentale d'un modèle purement médical vers un modèle biopsychosocial plus holistique;
 - différencier les soins de santé mentale en fonction des groupes cibles et la promotion de soins personnalisés adaptés aux besoins du patient ;
 - spécialiser les soins en vue d'améliorer la prise en charge de sous-groupes spécifiques.
- Le nombre de lits psychiatriques par rapport au nombre d'habitants en Belgique est parmi les plus élevés des pays de l'OCDE. Plus de 80 % des moyens financiers dévolus aux soins de santé mentale sont consacrés aux soins résidentiels (hôpitaux psychiatriques, maisons de soins psychiatriques, Initiatives d'Habitations Protégées).
- Même si les projets 107 visent en principe l'ensemble des adultes belges présentant des problèmes de santé mentale, il semble, en réalité, que ces projets concernent surtout les personnes gravement malades et/ou socialement défavorisées. Les évaluations indiquent également que ces projets manquent d'une vision commune, que les prestataires de soins impliqués en sont très satisfaits, que les aidants proches en sont peu satisfaits et qu'il serait possible d'impliquer davantage les médecins généralistes.

Prévalence des problèmes de santé mentale (Chapitres 2 et 3 du rapport scientifique)

- Un tiers des adultes belges sont confrontés à des problèmes de santé mentale.
- La prévalence des problèmes de santé mentale a considérablement augmenté en Belgique entre 2008 et 2013, dans toutes les régions. D'une manière générale, ces problèmes sont plus fréquemment mentionnés à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre.
- À l'heure actuelle, les besoins en soins de santé mentale de la population belge ne sont pas connus, faute de données sur le sujet.



Cadres internationaux pour l'organisation des soins de santé mentale (Chapitre 4 du rapport scientifique)

- À l'échelon international, plusieurs cadres ont été développés ces dernières années pour l'organisation des soins de santé mentale, avec des objectifs relativement similaires. Les points d'attention les plus fréquemment mentionnés sont l'autonomisation (« empowerment »), l'approche multisectorielle, les soins orientés vers la communauté, la prévention et le respect des droits de l'homme.
- Les objectifs de la réforme belge de l'organisation des soins de santé mentale partagent les objectifs de ces cadres internationaux.
- À l'heure actuelle, faute de données, il est impossible d'évaluer dans quelle mesure les soins de santé mentale belges atteignent les objectifs internationaux.

L'offre de soins de santé mentale en Belgique (Chapitre 5 du rapport scientifique)

- Il n'existe pas de données correctes et centralisées concernant l'offre de soins de santé mentale en Belgique.
- L'offre de soins de santé mentale est très large, variée et complexe. Par conséquent, cette offre est peu lisible et mal comprise, tant par les usagers et les professionnels que par les décideurs politiques, et ce, aux niveaux local, régional et fédéral.
- En plus de l'offre officiellement étiquetée « soins de santé mentale », les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale reçoivent également des soins/de l'aide d'autres organismes ou prestataires de soins.
- Au fil du temps, des différences sont progressivement apparues au niveau de l'offre de soins de santé mentale dans les différentes régions du pays.
- Aucune conclusion ne peut être tirée concernant l'adéquation de l'offre de soins de santé mentale.



Étude par focus-groupes pour évaluer les forces, faiblesses, lacunes et redondances de l'offre actuelle de soins de santé mentale (Chapitre 6 du rapport scientifique)

Les éléments suivants ont été exprimés au cours des focus groupes :

- L'organisation des soins de santé mentale est perçue comme complexe. Les rôles et missions des organisations et prestataires de soins n'apparaissent pas clairement, ni pour les prestataires de soins, ni pour les usagers et leurs familles.
- Il existe des redondances entre les services mais cela est perçu comme un élément positif.
- Il existe un manque sévère de services accessibles sans critères d'admission, ce qui a pour conséquence que les personnes qui ont des problèmes complexes ou qui sont peu motivées à solliciter de l'aide ne reçoivent pas les soins dont elles auraient besoin.
- Il y a un manque d'habitats suffisamment adaptés pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale qui sortent d'une institution résidentielle de soins. Des participants ont également fait état d'un accès difficile aux habitats adaptés et aux services de crise.
- L'accès insuffisant aux soins de santé mentale ambulatoires et à des psychothérapies financièrement abordables conduit à orienter des patients (de façon inappropriée) vers d'autres prestataires/organisations de soins.
- La réforme orientée vers des soins de proximité nécessite probablement une révision de la manière dont le budget des soins de santé mentale est alloué aux organisations et prestataires de soins. Toutefois, les avis divergent concernant la manière de procéder.
- Les avis divergent sur la définition de la santé mentale (et des soins de santé mentale) et sur les priorités à établir (objectifs et groupes cibles).
- Les réformes actuelles des soins de santé mentale sont perçues comme induisant une formalisation et une standardisation des soins, ce qui est ressenti comme une menace pour la créativité individuelle.
- L'organisation des soins de santé mentale et leur financement devraient reposer sur des données épidémiologiques adéquates relatives aux besoins en soins de santé mentale.
- Des participants ont indiqué qu'ils percevaient un manque de confiance entre le terrain et les autorités.



Enquête quantitative sur les solutions organisationnelles possibles (enquête quantitative basée sur le choix) (Chapitre 7 du rapport scientifique)

Les éléments suivants ont été exprimés dans le cadre de cette enquête :

- Concernant les objectifs de l'organisation des soins de santé mentale :
 - Tous les objectifs suivants sont considérés comme d'égale importance : la prise en charge des usagers dans la communauté, l'accompagnement des usagers dans la définition de leurs objectifs de vie, la garantie de la continuité entre le secteur social et le secteur des soins, le soutien aux usagers dans leurs contacts avec leur communauté, l'implication des usagers dans le développement et la fourniture de nouveaux services, l'intensification des soins de santé mentale à l'hôpital et la réduction de la durée du séjour. Par conséquent, ces objectifs doivent être poursuivis ensemble.
 - La continuité entre le secteur de la santé et le secteur du social et du bien-être est considérée comme la principale priorité.
 - La réduction de la durée de séjour à l'hôpital est l'objectif le moins prioritaire. Il s'agit davantage d'un moyen d'atteindre les autres objectifs que d'une fin en soi.
 - Le manque de continuité dans les soins et la fragmentation des services sont considérés comme un problème très important.
- Concernant les groupes-cibles des soins de santé mentale :
 - La définition des groupes-cibles est considérée comme la principale dimension de l'organisation des soins ;
 - L'idée d'organiser les soins en fonction des groupes-cibles reçoit le soutien des répondants ;
 - La préférence va à une organisation plus géographique des soins pour les groupes cibles spécifiques tels que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale graves ou les personnes socialement vulnérables souffrant de problèmes de santé mentale.
 - La préférence va à un financement par épisode de soins pour les personnes socialement vulnérables souffrant de problèmes de santé mentale et à la création d'une offre de soins spécifique pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale graves.
 - Lorsque l'on considère l'ensemble de la population ayant des problèmes de santé mentale, la préférence va à une offre de soins générique avec introduction de guidelines pour les réorientations de patients.



- Concernant les prestataires de soins et la formalisation de trajets de soins
 - La coordination entre prestataires de soins apparaît comme la deuxième plus importante dimension de l'organisation des soins de santé mentale ;
 - Le modèle de coordination dans lequel les prestataires de soins s'accordent et coordonnent leurs soins reçoit davantage d'attention que celui dans lequel le patient coordonne lui-même ses soins. Et ceci d'autant plus s'il s'agit de personnes ayant des problèmes graves, qui sont plus impactées par la fragmentation des soins et par le fossé entre les soins de santé mentale et le secteur social.
 - Une trop grande formalisation des processus de soins n'est pas souhaitée ; une organisation informelle est préférée, en particulier pour les personnes souffrant de problèmes complexes et chroniques, car les guidelines ne sont pas suffisants dans ce cas.
 - Pour la population plus générale ayant des problèmes de santé mentale, l'introduction de guidelines sur la réorientation des patients est souhaitée, afin d'éviter les listes d'attente et l'utilisation inappropriée des services.
- Concernant le financement des soins de santé mentale
 - La dimension du financement est perçue comme la moins importante dans l'organisation des soins de santé mentale, mais ce financement est néanmoins une clé très importante pour les réformes.
 - les méthodes de financement actuelles du système de soins de santé mentale sont perçues comme complexes.
 - La préférence va à un financement épisode par épisode et à une mise en commun des ressources financières au niveau du réseau.
- Concernant les interventions organisationnelles relatives à l'accès aux soins de santé mentale :
 - La mise en œuvre de services plus accessibles est considérée comme la dimension la plus importante. Les interventions de soutien à l'emploi sont considérées comme moins importantes.



Consultation de stakeholders sur l'acceptabilité d'éventuelles futures réformes organisationnelles des soins de santé mentale (Chapitre 8 du rapport scientifique)

Les opinions suivantes ont été exprimées dans le cadre de la consultation des stakeholders :

- Les compétences actuelles au niveau de l'organisation des soins de santé mentale sont trop fragmentées et il serait nécessaire d'évoluer vers une plus grande centralisation pour que cette organisation soit performante.
- Le groupe de travail intercabinet « Taskforce soins de santé mentale » devrait soutenir plus énergiquement les réformes déjà en cours.
- Les soins de santé mentale devraient être facilement accessibles à toutes les personnes qui en ont besoin ; l'offre actuelle devrait être élargie afin de couvrir l'entièreté des besoins.
- Il serait nécessaire de disposer de multiples points d'accès aux soins de santé mentale, avec des points d'information à bas seuil d'accès.
- Les avis divergent sur la nécessité de contrôler l'accès aux soins de santé mentale spécialisés (« gatekeeping »).
- Les soins de santé mentale devraient être basés sur les besoins en soins et il serait nécessaire d'effectuer davantage d'études pour définir ceux-ci.
- Le financement des soins de santé mentale devrait reposer davantage sur des indicateurs de qualité et des itinéraires de soins.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	MESSAGES CLÉS.....	2
■	SYNTHÈSE	8
1.	RAISON D'ÊTRE ET OBJECTIFS DE LA PRÉSENTE ÉTUDE.....	11
2.	CONTEXTE	12
2.1.	DÉFINITION DE LA SANTÉ MENTALE.....	12
2.2.	APERÇU DE L'ÉVOLUTION DES SOINS DE SANTÉ MENTALE DANS NOTRE PAYS.....	12
2.3.	ÉVOLUTIONS RÉCENTES DES SOINS DE SANTÉ MENTALE	13
3.	PRÉVALENCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE EN BELGIQUE.....	16
3.1.	INTRODUCTION	16
3.2.	PRÉVALENCE	16
3.3.	DISCUSSION	16
4.	DESCRIPTION DES CADRES INTERNATIONAUX EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ MENTALE	17
4.1.	INTRODUCTION	17
4.2.	COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ?.....	17
4.3.	RÉSULTATS	17
4.3.1.	Plan d'action de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020.....	17
4.3.2.	Plan d'action du Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe 2013-2020.....	17
4.3.3.	Action Commune de l'UE sur la santé mentale et le bien-être 2016	20
4.3.4.	Évaluation par l'OCDE de l'impact des problèmes de santé mentale dans les états membres	20
4.3.5.	Situation de la Belgique sur la base d'enquêtes réalisées par les organisations internationales.....	20



4.4.	LA RÉFORME 107 BELGE DANS LE CONTEXTE DES CADRES INTERNATIONAUX	21
4.5.	DISCUSSION ET CONCLUSIONS	21
5.	OFFRE DE SOINS DE SANTÉ MENTALE EN BELGIQUE	22
5.1.	INTRODUCTION	22
5.2.	COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ?	23
5.3.	RÉSULTATS	23
5.3.1.	Soins informels dans la communauté	23
5.3.2.	Services de soins primaires	24
5.3.3.	Services de soins de santé mentale dans la communauté et services psychiatriques dans les hôpitaux généraux	25
5.3.4.	Institutions pour séjours de longue durée et services spécialisés	26
5.3.5.	Soins de santé mentale en ligne	27
5.3.6.	Réseaux et associations pour les soins de santé mentale	27
5.4.	DISCUSSION ET CONCLUSIONS	29
6.	FORCES, FAIBLESSES, LACUNES ET REDONDANCES DE L'OFFRE ACTUELLE DE SOINS DE SANTÉ MENTALE : UNE ÉTUDE PAR FOCUS-GROUPES	30
6.1.	INTRODUCTION	30
6.2.	RÉSULTATS DE L'ÉTUDE PAR FOCUS-GROUPES	30
6.2.1.	Offre de soins de santé mentale	30
6.2.2.	Accessibilité des soins de santé mentale	32
6.2.3.	Collaboration et coordination au sein des soins de santé mentale	33
6.2.4.	Financement des soins de santé mentale	33
6.2.5.	Contexte politique des soins de santé mentale	33
6.2.6.	Contexte social des soins de santé mentale.....	34
6.3.	DISCUSSION	34



7.	POSSIBILITÉS DE SOLUTIONS ORGANISATIONNELLES : UNE ENQUÊTE QUANTITATIVE BASÉE SUR LE CHOIX	34
7.1.	ENQUÊTE QUANTITATIVE BASÉE SUR LE CHOIX	34
7.2.	RÉSULTATS	35
7.2.1.	Objectifs de la réforme des soins de santé mentale en Belgique: priorités et préférences	35
7.2.2.	Dimensions de l'organisation des soins de santé mentale: priorités et préférences	35
7.2.3.	Interventions organisationnelles: priorités et préférences	36
7.2.4.	Résultats complémentaires issus d'entretiens personnels et de remarques ouvertes au cours de l'enquête.....	36
7.3.	DISCUSSION	37
8.	ACCEPTABILITÉ DES ÉVENTUELLES RÉFORMES ORGANISATIONNELLES DES SOINS DE SANTÉ MENTALE, D'APRÈS UNE LARGE CONSULTATION DES STAKEHOLDERS	37
8.1.	INTRODUCTION	37
8.2.	COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ?	37
8.3.	RÉSULTATS	38
8.3.1.	Politique des soins de santé mentale	38
8.3.2.	Offre et accessibilité des soins de santé mentale.....	38
8.3.3.	Stigma	39
8.3.4.	Implication du patient et de sa famille	39
8.3.5.	Financement des soins de santé mentale	40
8.4.	DISCUSSION	40
9.	DISCUSSION ET CONCLUSION	41
10.	RECOMMANDATIONS	45
■	RÉFÉRENCES	49



1. RAISON D'ÊTRE ET OBJECTIFS DE LA PRÉSENTE ÉTUDE

En 2016, le gouvernement fédéral belge, en collaboration avec les Communautés et les Régions, a franchi une nouvelle étape dans la réforme des soins de santé mentale. (Innopsy107.be, 2016)

Comme dans les réformes précédentes, l'objectif principal était de mettre davantage l'accent **sur les soins communautaires (community-based), en visant le rétablissement et la réinsertion de la personne dans son environnement familial**. Un groupe de travail interministériel « Task-force Soins de santé mentale » a été créé à cet effet, avec pour mission de promouvoir la communication entre les acteurs des soins de santé mentale et de formuler des recommandations pour l'organisation future des soins. La task-force est composée de représentants politiques de la Conférence interministérielle et des administrations compétentes.

C'est dans ce contexte que la Task-force a demandé au KCE de fournir une description de l'organisation actuelle des soins de santé mentale pour adultes, afin de pouvoir fixer des priorités et prendre des décisions stratégiques pour leur organisation future.

L'objectif de cette étude est donc de **décrire l'organisation des soins de santé mentale pour adultes** en Belgique, d'en identifier **les lacunes et les recouvrements** et de l'évaluer au regard des **cadres internationaux**.

Sur quoi porte – et ne porte pas – cette étude ?

Cette étude comporte une analyse de l'organisation actuelle des soins de santé mentale en Belgique, une description de l'offre actuelle de soins et une analyse des cadres internationaux, ainsi qu'une consultation de stakeholders sur l'organisation actuelle et future des soins de santé dans notre pays. Cette consultation s'est effectuée de trois manières : des groupes de discussion (focus groupes) pour explorer les forces et les faiblesses du système actuel ainsi que ses éventuelles lacunes et recouvrements, une enquête quantitative basée sur les choix pour vérifier les résultats qualitatifs des groupes de discussion, et enfin une enquête en ligne pour évaluer les opinions sur l'acceptabilité des pistes de recommandations.

Il est donc important de souligner d'emblée qu'une grande partie des résultats de cette recherche sont fondés sur les opinions de stakeholders.

Les **besoins de soins** de la population belge n'ont pas été analysés, car il n'existe pas de données fiables à ce sujet.

En concertation avec la task-force, il a également été décidé de ne pas inclure les soins de santé mentale pour les enfants et les personnes âgées dans la présente étude, car ils ont déjà été abordés dans le cadre de recherches antérieures du KCE. (Adriaenssens *et al.*, 2018; Vandebroek *et al.*, 2012) Il a également été précisé que la présente étude ne porterait pas sur la promotion de la santé mentale, ni sur la prévention des problèmes de santé mentale. Ceci ne préjuge en rien de l'importance de la prévention et de la promotion de la santé, ni de la prise en charge correcte des enfants en tant qu'éléments essentiels dans l'élaboration d'une organisation de soins de santé mentale performante pour les adultes.

Par ailleurs, cette étude ne porte pas sur l'efficacité des différentes méthodes de traitement ou d'accompagnement des patients au sein du système de soins de santé mentale belge. En effet, l'offre actuelle est extrêmement diverse et les données fiables manquent à l'appel. Une analyse de l'efficacité de chacune des méthodes disponibles nécessiterait une recherche (de littérature) distincte.

Aucune recherche n'a non plus été effectuée sur la perception des rôles par les différents prestataires de soins de santé mentale, ni sur leurs prestations effectives, étant donné leur très grande diversité et la durée limitée de ce projet.

Enfin, étant donné la complexité du financement des soins de santé mentale dans notre pays, cette étude n'aborde pas non plus l'impact budgétaire des mesures envisagées.



2. CONTEXTE

2.1. Définition de la santé mentale

La santé mentale est une composante essentielle d'une bonne santé générale. Selon [l'Organisation Mondiale de la Santé \(OMS\)](#), la santé mentale est « *un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* ». ^a Les problèmes de santé mentale constituent une charge pour la personne qui en souffre, pour son entourage et pour la société.

Les problèmes de santé mentale sont présents dans le monde entier. Une évaluation réalisée en 2011 a estimé que leur prévalence est de **38 % parmi les habitants de l'Union Européenne**. (Wittchen *et al.*, 2011)

2.2. Aperçu de l'évolution des soins de santé mentale dans notre pays

Les réformes successives de l'État, avec les redistributions des compétences qu'elles ont entraîné, ont eu un effet radical sur la politique de santé (mentale) de notre pays en complexifiant notre système de santé et son financement. Il faut ajouter à cela que le secteur des soins de santé mentale a également connu de nombreuses réformes au cours de ces dernières décennies.

Décrire tout l'historique des soins de santé mentale en Belgique nous mènerait trop loin, aussi nous limiterons-nous ici à quelques points clés de l'évolution des soins, de l'enfermement vers une approche plus communautaire et réparatrice.

Dans le passé, les soins de santé mentale étaient principalement organisés par les ordres religieux, qui devaient « isoler » les patients psychiatriques dans des institutions de soins. **À partir des années 1970**, on a commencé à distinguer les soins de santé mentale aigus et chroniques. Au milieu des

années septante, des services psychiatriques ont été introduits dans les hôpitaux généraux (SPHG) et les Services de Santé Mentale (SSM) ont été légalement reconnus. Mais très rapidement, une réorganisation des soins de santé mentale s'est avérée nécessaire en raison de l'augmentation des problèmes de santé mentale, de l'apparition de nouveaux besoins en soins ou de besoins de soins plus spécifiques, et de la saturation des institutions de soins traditionnelles. Au même moment, des alternatives à l'hospitalisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale ont vu le jour ailleurs en Europe. Il devenait évident que la Belgique devait réformer en profondeur ses soins de santé mentale, principalement en réduisant les services psychiatriques classiques au bénéfice de soins ambulatoires. (Directoraat-Generaal Organisatie van de Gezondheidsvoorzieningen, 2011)

Au cours des années 1990, environ 6000 lits psychiatriques ont été convertis en places dans des Initiatives d'Habitations Protégées (IHP) afin de permettre à des personnes ayant des problèmes de santé mentale de vivre en dehors des hôpitaux psychiatriques. (Directoraat-Generaal Organisatie van de Gezondheidsvoorzieningen, 2011; Hermans *et al.*, 2012) D'autres institutions ont également été créées, notamment les maisons de soins psychiatriques et les soins psychiatriques à domicile, ainsi que les « plateformes de concertation en santé mentale » pour la coordination régionale (par province) des différentes structures. (Hermans *et al.*, 2012)

À la fin des années 1990, une nouvelle réforme a permis la conversion supplémentaire de lits psychiatriques classiques en places dans des maisons de soins psychiatriques et dans des IHP, et partiellement en soins psychiatriques à domicile. ([Arrêté royal 10 JUILLET 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques](#); [Arrêté royal 10 JUILLET 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques](#)) L'objectif principal de cette réforme était de constituer une structure horizontale destinée à des groupes cibles spécifiques (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées, personnes ayant une dépendance aux drogues et/ou à l'alcool, personnes en psychiatrie médico-légale et personnes handicapées ayant des problèmes psychiatriques graves). Cette réforme

^a https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/



devait ainsi favoriser et améliorer la spécialisation et les soins transmuraux, et augmenter la capacité disponible pour les soins de santé mentale chroniques. Sur une période de 10 ans, 3 400 lits psychiatriques ont ainsi été convertis. Malgré ce résultat positif, le caractère résidentiel du système belge de soins de santé mentale reste dominant. (Directoraat-Generaal Organisatie van de Gezondheidsvoorzieningen, 2011)

En 2002, les soins de santé mentale ont été réorganisés par groupes cibles et par réseaux. Ce nouveau système devait offrir des soins intégrés adaptés, orientés vers le patient dans son milieu de vie (« soins orientés vers la communauté »). Lors de la Conférence interministérielle Santé publique, constituée des ministres de la santé publique des différents niveaux politiques, il a été décidé de créer des « **projets thérapeutiques** ». (Gurnet *et al.*, 2014) Ces projets ont organisé des trajets de soins pour des groupes de patients spécifiques. Les plateformes de concertation devaient faciliter la collaboration entre les projets. Toutes les institutions de soins de santé mentale étaient dans l'obligation d'organiser régulièrement des concertations de réseaux. Des équipes de soins psychiatriques à domicile (SPAD), des projets d'incitation à la reprise du travail et des initiatives pour l'accompagnement des personnes à la sortie des hospitalisations psychiatriques ont également été instaurés.

En 2010, une nouvelle phase de la réforme du secteur des soins de santé mentale a été lancée, sous forme de projets expérimentaux. La réalisation de certaines fonctions de cette nouvelle phase a été possible grâce à l'application d'un article spécifique de la loi relative aux hôpitaux, à savoir « l'article 107 », qui a donné son nom aux « projets 107 » et à la « réforme 107 ». L'objectif visé par la réforme 107 est l'intégration des soins de santé mentale dans la communauté grâce aux « projets 107 » (qui remplacent les projets thérapeutiques). La même réforme a également donné naissance aux « réseaux 107 », c'est-à-dire des « collaborations formelles de prestataires de soins en vue de fournir des soins à un groupe cible spécifique » qui sont temporairement financés par le système de financement des hôpitaux psychiatriques via le gel (volontaire) de lits.

La philosophie de base de cette réforme s'articule autour de cinq principaux objectifs : (Interministeriële Conferentie, 2010)

1. **Désinstitutionalisation** : remplacement de l'hospitalisation par des formes de soins ambulatoires intensifs et spécialisés ;
2. **Inclusion** : processus de revalidation et de réadaptation nécessitant une collaboration avec l'enseignement, la culture, le travail, le logement social... ;
3. **Décategorisation** : collaboration entre les soins de santé mentale, les soins aux personnes âgées, le secteur des personnes handicapées et le pouvoir judiciaire grâce aux réseaux et circuits de soins ;
4. **Intensification** : intensification des soins dans les hôpitaux ;
5. **Consolidation** : régularisation des différents projets pilotes, tant au niveau fédéral qu'au niveau communautaire et régional, dans le concept de globalisation des soins de santé mentale.

Afin d'avoir une vue d'ensemble, la « Conférence interministérielle Santé publique » assure la coordination du système des soins de santé mentale. La Conférence interministérielle Santé publique a chargé le groupe de travail inter-cabinet (GTI) « Taskforce soins de santé mentale » de l'organisation de la « réforme 107 ». (<http://www.psy107.be/index.php/fr/overlegorgaan-volwassenen/128-liens-utiles>)

2.3. Évolutions récentes des soins de santé mentale

Au niveau fédéral, il y avait en octobre 2018 20 réseaux 107 agréés : 12 en Flandre, 1 dans la Région de Bruxelles-Capitale et 7 en Région Wallonne. Ces réseaux couvrent l'ensemble du territoire belge.

La réforme 107 a fait l'objet de plusieurs évaluations. (Becher *et al.*, 2012; Buyck *et al.*, 2018; Danau and Nielandt, 2010; Gurnet *et al.*, 2014; Heyerick, 2016; Laguesse and Lambert, 2016; Lorant *et al.*, 2018; Van Herck and Van de Cloot, 2013; Walker *et al.*, 2019) En 2014, la conclusion de ces évaluations a été que même si la réforme était destinée à l'ensemble de la population adulte belge présentant des problèmes de santé mentale, les projets 107 semblaient surtout concerner les personnes gravement malades. (Gurnet *et al.*, 2014) La satisfaction des prestataires de soins semblait relativement élevée, contrairement à celle des aidants proches, qui se plaignaient d'être soumis à de fortes pressions et de manquer de soutien.

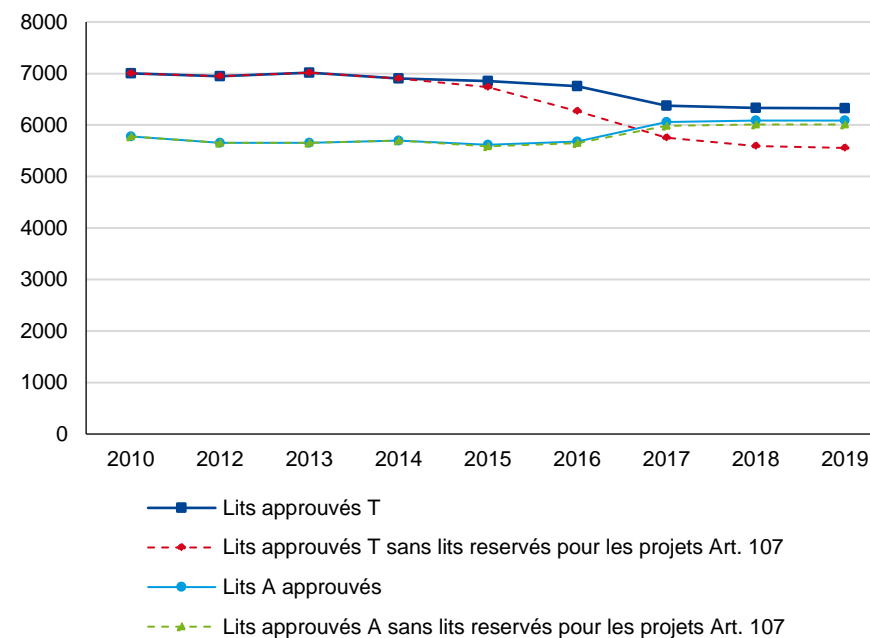


Ces évaluations ont également souligné l'insuffisance d'accessibilité des soins, de liberté de choix des patients, de formation des prestataires, de coordination/collaboration entre les différents acteurs et d'implication des médecins généralistes. (Becher *et al.*, 2012; Buyck *et al.*, 2018; Danau and Nielandt, 2010; Heyerick, 2016; Laguesse and Lambert, 2016; Van Herck and Van de Cloot, 2013; Walker *et al.*, 2019) La satisfaction était généralement élevée vis-à-vis des équipes mobiles. (Buyck *et al.*, 2018) Dernièrement, une étude a signalé que la réforme n'avait eu jusqu'à présent que peu d'impact sur les résultats des patients. (Lorant *et al.*, 2018)

Entre 2010 et 2019 (au 1^{er} juillet), le nombre de lits T agréés dans les hôpitaux psychiatriques est passé de 7001 à 6326. Le nombre de lits A agréés a quant à lui augmenté, passant de 5778 en 2010 à 6087 le 1^{er} juillet 2019. La figure 1 illustre l'évolution des lits T et A dans les hôpitaux psychiatriques au fil du temps.

Au fil des ans, dans le cadre de la réforme 107, des lits en institution psychiatrique ont été « gelés » (principalement des lits T), et les ressources libérées ont été utilisées, entre autres (et principalement), pour des équipes mobiles et l'intensification des soins. Au 1^{er} juillet 2019, par exemple, 1 671 lits ont été gelés pour les équipes mobiles.

Figure 1 – Évolution du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques, par type de lit, 2010-2019



Source : SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
Note : Aucune donnée disponible pour 2011.

Par ailleurs, des consultations de psychologie clinique sont remboursées depuis mars 2019. Ce remboursement^b n'est toutefois accordé que pour les patients âgés de 18 à 65 ans qui présentent un problème psychique modérément sévère d'anxiété, de dépression ou de consommation d'alcool

^b <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/soins/Pages/seance-psychologie-1er-ligne-psychologue-clinicien-orthopedagogue-clinicien.aspx>



pour lequel un nombre limité de séances de psychologie de première ligne peut s'avérer suffisant. Le nombre de séances est limité à 4 et une seule prolongation de 4 séances est autorisée. Enfin, la personne doit avoir été référée par un médecin généraliste ou un psychiatre et le psychologue clinicien doit avoir une convention avec un réseau 107.

Un autre objectif de la politique actuelle est l'inclusion des personnes âgées de plus de 65 ans dans la population visée par les projets 107. (Interministerielle Conferentie Volksgezondheid, 2018) La création de 8 équipes mobiles supplémentaires est également envisagée. (De Block, 2019) (voir aussi 5.3.3 pour le nombre d'ETP dans les équipes mobiles)

La Flandre a développé un large plan d'action pour les soins de santé mentale 2017-2019 (Vlaamse Overheid, 2016), basé sur le plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS (World Health Organisation, 2013). Une des actions importantes de ce plan est la création, en janvier 2019, du « Steunpunt Geestelijke Gezondheid » (Centre de soutien en Santé mentale) qui doit soutenir les organisations de soins et les acteurs de terrain, développer des bonnes pratiques et améliorer l'image du secteur. La Flandre a également élaboré deux plans d'action pour la prévention du suicide (plan 2006-2010 et plan 2012-2020). (Vlaamse Overheid, 2006; Vlaamse Overheid, 2012) Le plan d'action pour la santé mentale et les deux plans d'action pour la prévention du suicide ont été officialisés dans la politique des soins en septembre 2018, par le nouveau décret flamand relatif à la santé mentale.

En **Wallonie**, c'est l'« Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles » ou « Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) » (Gouvernement Wallon and Agence pour une Vie de Qualité, 2016) qui est compétente en matière de soins de santé, et notamment de soins de santé mentale. En février 2019, l'AViQ a publié un plan d'action wallon pour la prévention et la promotion de la santé. Ce plan court jusque 2030; un de ses fers de lance est la promotion de la santé mentale et du bien-être, via, entre autres, des actions pour prévenir les assuétudes et pour faire baisser

la prévalence du suicide à 10%. (AViQ, 2019) L'AViQ collectera des données sur les trajets de soins des patients bénéficiant de soins de santé mentale et rédige à l'heure actuelle (2019) un memorandum reprenant ses objectifs en la matière. Le ministre wallon de la santé est également chargé de préparer un décret relatif aux soins de santé mentale. La publication de ce décret est attendue dans le courant de la prochaine législature.

À **Bruxelles**, deux projets 107 ont été développés au début de la réforme et ont ensuite été fusionnés. Bruxelles a ensuite élaboré son plan de santé « La ligne 0.5 ». Il s'agit d'une structure spécifique incluant des organisations telles que Médecins du Monde, qui orientent les personnes vulnérables vers les institutions de soins classiques. Au sein de cette structure, Bruxelles prévoit également un rôle important pour la « Plateforme de concertation en santé mentale ». (Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale, 2018)

À l'heure actuelle, malgré les initiatives déjà prises, plus de 80 % des moyens financiers^c prévus pour les soins de santé mentale sont encore consacrés aux soins résidentiels et la Belgique compte encore 1,37 lits psychiatriques par 1 000 habitants, soit le deuxième chiffre le plus élevé au sein de l'OCDE en 2016. (OECD, 2019)

Pour une description complète de la situation des soins de santé mentale en Belgique, voir Chapitre 1 du rapport scientifique (Detollenaere J, Cornelis J, Devriese S, Mistiaen P, Ricour C. *Description of the Belgian mental health care within the general health care organisation.*)

^c Calculés sur la base du prix de séjour en hôpital psychiatrique, hôpital psychiatrique de jour, maisons de soins psychiatriques et initiatives d'habitations protégées.



3. PRÉVALENCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE EN BELGIQUE

3.1. Introduction

Une organisation performante des soins de santé mentale doit reposer sur une estimation de la prévalence des problèmes de santé mentale, de leur sévérité et de leur évolution, ainsi que des besoins, de l'offre et de la consommation de soins et des résultats obtenus.

Dans notre pays, les premières grandes études évaluant la **prévalence des problèmes de santé mentale et la consommation** des soins de santé mentale ont été effectuées au début de ce siècle. Les deux principales sont le volet belge de l'étude ESEMeD (« *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* ») et l'Enquête de santé de Sciensano. Ces deux études ont utilisé une approche différente mais elles indiquent toutes les deux une prévalence élevée des problèmes de santé mentale en Belgique. (Bruffaerts *et al.*, 2008; Buziarsist *et al.*, 2001)

3.2. Prévalence

L'étude ESEMeD date déjà de 2001 et ne fournit donc aucune information sur la prévalence actuelle. C'est pourquoi nous nous limitons ici à l'Enquête nationale de santé belge plus récente (Health Interview Survey-HIS, 2013).^d

Au cours de l'Enquête de santé belge de 2013, une personne sur trois (de 15 ans et plus) avait déclaré souffrir de problèmes psychiques et 18 % présentaient un risque réel d'affection psychique. (Gisle, 2014) De façon plus spécifique, environ 10 % présentaient de troubles anxieux, presque 15 % des signes de dépression, près de 30 % des troubles du sommeil, plus de 8 % des signes de trouble de l'alimentation et plus de 10 % une consommation problématique d'alcool. De plus, 5 % des personnes indiquaient qu'elles avaient envisagé le suicide au cours des 12 derniers

mois et 0,4 % signalaient avoir réellement tenté de se suicider. Tous ces chiffres étaient en augmentation par rapport aux Enquêtes de santé précédentes. Plusieurs explications peuvent être avancées : le nombre de personnes ayant des problèmes de santé mentale est effectivement plus élevé, ces problèmes s'expriment plus facilement à l'heure actuelle, ou il s'agit de modifications conjoncturelles. D'une manière générale, les Bruxellois et les Wallons signalaient plus de problèmes de santé mentale que les Flamands.

L'Enquête nationale de santé met également en lumière la consommation de psychotropes: en 2013, 16% des personnes interrogées déclarent avoir fait usage de psychotropes au cours des deux semaines précédant l'enquête (plus précisément, 13% avaient pris des tranquillisants ou des somnifères, et 8% des antidépresseurs).

3.3. Discussion

Il importe de souligner ici que les données de l'enquête nationale de santé sont des données auto-rapportées et qu'elles datent déjà de six ans. Une limitation importante des données auto-rapportées est qu'elles peuvent surestimer les problèmes de santé mentale. Donc, une prévalence auto-rapportée plus élevée ne constitue pas nécessairement le signe que ces problèmes sont plus fréquents.

On ne peut pas non plus en tirer de conclusions sur la prévalence réelle et actuelle des problèmes de santé mentale, ni sur les besoins en soins.

Pour une description complète des méthodes et des résultats de la prévalence des problèmes de santé mentale, voir Chapitre 2 du rapport scientifique (Detollenaere J, Gisle L, Mistiaen P. *Prevalence of mental health problems* » et Chapitre 3 « Detollenaere J, Bruffaerts R, Gisle L, Mistiaen P. *Comparability of ESeMED and HIS*).

^d Au moment de la publication de ce rapport, les résultats de l'Enquête nationale de santé de 2018 n'étaient pas encore disponibles. La publication de résultats relatifs à la santé mentale n'est prévue que vers novembre 2019.



4. DESCRIPTION DES CADRES INTERNATIONAUX EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ MENTALE

4.1. Introduction

L'organisation performante des soins de santé mentale est un réel défi dans le monde entier. L'Assemblée générale des Nations Unies déclare que : « les problèmes de santé mentale sont d'une importance majeure dans toutes les sociétés, ils contribuent de manière significative au fardeau des maladies et à la perte de la qualité de vie, et ils entraînent un coût économique et social très important [*mental health problems are of major importance to all societies and are significant contributors to the burden of disease and the loss of quality of life, and have a huge economic and social cost*] ». (United Nations, 2010) Pour cette raison, les organisations internationales compétentes ont émis des cadres de recommandations pour l'organisation des soins de santé mentale.

Il y a dix ans, les autorités belges s'étaient déjà inspirées de ces cadres internationaux pour élaborer la réforme belge des soins de santé mentale. De précédents rapports du KCE ont analysé certains aspects des soins de santé mentale pour adultes dans notre pays (Ces *et al.*, 2009; Eyssen *et al.*, 2010; Kohn *et al.*, 2016; Leys *et al.*, 2010; Schmitz *et al.*, 2010), mais ils ne comportaient aucune description de ces cadres, ni aucune comparaison avec la situation en Belgique. L'objectif de cette partie de l'étude était d'analyser les documents stratégiques récents des organisations internationales afin de comprendre les cadres internationaux actuels et de vérifier dans quelle mesure l'organisation belge des soins de santé mentale s'aligne avec les recommandations émises dans ces cadres.

4.2. Comment avons-nous procédé ?

Nous avons étudié les documents relatifs à l'organisation des soins de santé mentale, et nous avons consulté les sites internet des organisations suivantes :

- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et son Bureau régional pour l'Europe
- L'Union Européenne (UE)
- L'Organisation des Nations Unies (ONU)
- L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

4.3. Résultats

4.3.1. Plan d'action de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020

En 2013, l'OMS a publié le « Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 », comme fil conducteur des plans d'action à établir au niveau national. (Organisation mondiale de la Santé, 2013) D'une manière générale, les objectifs de ce plan étaient de favoriser le bien-être mental, de prévenir les problèmes de santé mentale, de dispenser des soins, d'améliorer le rétablissement des patients, de respecter les droits de l'homme et de réduire la mortalité, la morbidité et l'invalidité chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Les principaux objectifs ont été déterminés et devraient être atteints par chaque état membre d'ici 2020. Ces objectifs concernent la politique, les services, la prévention et la promotion ainsi que les systèmes d'information, les données scientifiques et la recherche.

4.3.2. Plan d'action du Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe 2013-2020

En 2015, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a lancé un « Plan d'action européen sur la santé mentale 2013-2020 » (Organisation Mondiale de la Santé Comité régional de l'Europe, 2013) qui prend en compte les principaux défis en matière de santé mentale de la population des États européens membres. Les 7 objectifs de ce plan et les résultats attendus sont indiqués dans le Tableau 1.

**Tableau 1 – Objectifs et résultats attendus du Plan d'action du Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe 2013-2020**

Objectifs	Résultats attendus
Objectif 1. Que chacun, et surtout les personnes les plus vulnérables ou les plus exposées à des risques, ait les mêmes possibilités de parvenir au bien-être psychique durant toute son existence.	<ul style="list-style-type: none">• a) une sensibilisation accrue au bien-être mental et aux facteurs qui le favorisent, dans le mode de vie, au sein de la famille, au travail, dans les écoles et les jardins d'enfants, dans la communauté locale et dans la société au sens plus large;• b) un soutien plus ferme en cas de besoins de santé mentale dans le contexte des soins prénatals et postnatals, avec dépistage de la violence domestique et de la consommation nocive d'alcool ;• c) la capacité, dans le cadre des soins primaires, à intensifier la promotion de la santé mentale et la prévention et à améliorer le diagnostic précoce des troubles mentaux et l'aide psychologique de bas seuil ;• d) un retour au travail plus fréquent des personnes souffrant de troubles mentaux ;• e) une diminution des taux de suicide au sein de la population dans son ensemble et dans les sous-groupes constitués en fonction de l'âge, du sexe, de l'ethnicité et d'autres groupes vulnérables ;• f) un accord sur les moyens de mesurer le bien-être et ses déterminants (parallèlement aux modes de mesure des troubles mentaux) tout au long de l'existence, et une mise en œuvre de ces moyens.
Objectif 2. Que les personnes ayant des problèmes de santé mentale soient des citoyens dont les droits humains sont intégralement pris en compte, protégés et promus.	<ul style="list-style-type: none">• a) la sauvegarde de tous les droits humains et une protection contre la discrimination pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ;• b) la mise sur un pied d'égalité des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et des autres personnes en ce qui concerne les opportunités associées à une citoyenneté à part entière, notamment en matière d'emploi, de logement et d'enseignement, et ce compte tenu des adaptations nécessaires pour compenser tout handicap;• c) l'accès à des informations et à des conseils juridiques gratuits pour les personnes soumises à des soins et/ou à un traitement sans consentement.
Objectif 3. Que les services de santé mentale soient accessibles et compétents à un prix abordable et disponibles en fonction des besoins, dans un rayon proche.	<ul style="list-style-type: none">• a) une organisation des services de santé mentale visant à faciliter la vie (normale) en société. Ces services doivent comprendre un éventail de services de soins intégrant des services spécialisés de santé mentale et des services généraux;• b) la garantie que les services de soins primaires peuvent poser un diagnostic correct et rapide et assurer un traitement et un aiguillage adéquats des personnes souffrant de troubles mentaux ;• c) l'accès à des services de proximité spécialisés en santé mentale pour tous les groupes de la population ;• d) la fermeture des grands établissements, associés à des négligences et des abus ;• e) des soins hospitaliers à caractère thérapeutique, proposant un éventail de traitements et de soins et une assistance adaptés aux besoins de chacun, plutôt qu'un simple internement des patients ;• f) la fourniture de services de santé mentale dans des environnements convenables ;• g) des soins adaptés aux différents groupes d'âge dans les services de santé mentale ;• h) une évaluation périodique des capacités et des besoins de la famille, qui sera formée et épaulée ;• i) la présence d'un personnel multidisciplinaire en effectifs suffisants ;• j) un accès aux services de santé mentale sans obstacle financier inéquitable.



Objectifs	Résultats attendus
Objectif 4. Que chacun ait droit à un traitement sûr et efficace dans le respect de sa personne.	<ul style="list-style-type: none"> • a) l'ensemble des traitements, qu'il s'agisse de traitements médicaux, sociaux ou psychosociaux, ont vocation thérapeutique et respectent la dignité et les préférences des utilisateurs de services et, le cas échéant, de leur famille ; • b) des traitements efficaces sont proposés d'après des critères d'efficience et d'équité ; • c) le personnel est adéquatement qualifié et compétent, capable de garder un bon moral ; • d) une collaboration internationale est établie entre les autorités publiques et des intervenants professionnels pour comparer les formations, les compétences et les normes appliquées aux soins dispensés.
Objectif 5. Que les systèmes de santé dispensent de bons soins de santé physique et mentale pour tous.	<ul style="list-style-type: none"> • a) les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ont une espérance de vie égale à celle de l'ensemble de la population du même âge et de même sexe ; • b) les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ont le même accès aux services de santé physique (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer, soins dentaires, etc.) et y bénéficient de soins de même qualité que la population en général ; • c) les problèmes de santé mentale des personnes souffrant de maladies physiques sont décelés et traités comme il se doit.
Objectif 6. Que les systèmes de santé mentale travaillent en partenariats bien coordonnés avec d'autres secteurs.	<ul style="list-style-type: none"> • a) les personnes souffrant de problèmes de santé mentale bénéficient des prestations sociales et des services auxquels elles ont droit ; • b) les patients peuvent accéder aux soins, y compris aux services spécialisés, via une procédure d'évaluation intégrée ; • c) les systèmes de financement proposent des incitants pour les méthodes de travail efficaces ; • d) on s'inspire de l'expérience acquise par les utilisateurs de services et les membres de leur famille pour allouer les moyens nécessaires aux soins qu'ils reçoivent.
Objectifs 7. Qu'en matière de santé mentale, la gouvernance et la dispensation de soins reposent sur de bonnes informations et de solides connaissances.	<ul style="list-style-type: none"> • a) des séries d'indicateurs de résultats correspondant aux besoins du public cible sont sélectionnés ; • b) la qualité et la sécurité font l'objet d'une inspection indépendante, faisant intervenir les utilisateurs de services et les familles ; • c) la recherche est coordonnée et diffusée à l'échelle internationale ; • d) les effectifs et la répartition du personnel sont connus, et l'on sait pourquoi ; • e) il y a accord sur les définitions de la terminologie à l'échelle internationale.



4.3.3. Action Commune de l'UE sur la santé mentale et le bien-être 2016

Dans le cadre du troisième programme santé de l'UE (2013-2016), la Commission Européenne a lancé une action commune en vue de favoriser la santé mentale et le bien-être, la prévention des problèmes de santé mentale et l'amélioration des soins et de l'inclusion sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale en Europe. Le principal objectif était ainsi de développer un cadre pour la politique en matière de santé mentale au niveau européen. (EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing, 2016)

4.3.4. Évaluation par l'OCDE de l'impact des problèmes de santé mentale dans les états membres

En 2013, l'OCDE a analysé l'impact économique et social des problèmes de santé mentale dans les pays de l'OCDE. (Hewlett and Moran, 2014) Le rapport a formulé les recommandations suivantes en matière de soins de santé mentale :

- Améliorer les mesures de la santé mentale et des systèmes de soins de santé mentale ;
- Utiliser davantage de traitements novateurs « *evidence-based* », tels que des interventions psychologiques et l'e-Mental Health, pour faciliter l'accès au traitement des affections psychiques légères à modérées ;
- Utiliser davantage les traitements efficaces peut représenter un bon investissement car cela permettra d'accroître la productivité et de favoriser le retour au travail des personnes atteintes de maladie mentale ;
- Baser le choix des services à mettre en place sur leur efficacité plutôt que sur les tendances historiques ou sociales ;
- Accorder une place plus importante aux soins primaires ;
- Renforcer les soins de santé mentale de première ligne pour le traitement des affections légères à modérées, en dispensant des formations aux médecins généralistes, en favorisant la collaboration

avec les services spécialisés, en développant des recommandations cliniques et en mettant en place des incitants financiers ;

- Laisser les acteurs des soins primaires jouer un rôle de coordination plus important dans la prise en charge des problèmes de santé mentale sévères afin d'arriver à des soins plus intégrés.
- Développer des cadres conceptuels et des instruments de mesure, et déterminer les résultats à obtenir. Ces outils peuvent également servir au suivi et au benchmarking des services.
- Établir des conventions entre les prestataires de soins et les organismes de paiement qui prévoient l'enregistrement des données, afin de pouvoir utiliser ces données pour définir la politique en matière de soins et pour monitorer les indicateurs.
- Utiliser plus largement des systèmes de paiement qui incitent les prestataires de soins à faire preuve du comportement adéquat et à obtenir de bons résultats.

4.3.5. Situation de la Belgique sur la base d'enquêtes réalisées par les organisations internationales

L'« **ATLAS de la santé mentale 2017** » (**profil belge**) est un résumé des données collectées par l'OMS dans le cadre de la deuxième enquête ATLAS sur la santé mentale. Pour la Belgique, les données sur la politique en matière de soins de santé mentale sont disponibles mais les données sur les moyens consacrés à ces soins n'ont été que partiellement transmises. Ainsi, le nombre d'institutions de soins et de lits ainsi que le taux annuel d'hospitalisations sont repris dans le rapport mais il n'y a aucune donnée sur les soins ambulatoires. (World Health Organisation, 2017)

Chaque année, le « **EU Compass** » publie les bonnes pratiques des États membres sur un thème spécifique. En 2018, le sujet de la publication était « les soins de santé mentale orientés vers la communauté ». (European Union, 2018) La réforme belge des soins de santé mentale y a été citée comme un exemple de bonne pratique. L'implication des patients et de leur famille est considérée comme une approche ascendante (« *bottom-up* ») et comme un élément facilitant la prise en charge. En revanche, il est noté que



les réformes se déroulent lentement.(European Union, 2018) En 2018, l'OMS a également présenté la réforme belge des soins de santé mentale comme un exemple de bonne pratique.(Borgermans *et al.*, 2018)

L'examen national volontaire du « **Forum politique de haut niveau pour le développement durable des Nations Unies 2017** » fournit un aperçu général de la santé et du bien-être au sein de la population belge. Pour les soins de santé mentale, les autorités belges indiquent que la Belgique est passée d'un système de grandes institutions psychiatriques traditionnelles à un système moderne de soins plus orientés vers la communauté.(United Nations High Level Political Forum, 2017)

4.4. La réforme 107 belge dans le contexte des cadres internationaux

Comme déjà mentionné, l'objectif de la réforme 107 est d'évoluer vers des soins davantage prodigués dans la communauté. Certains concepts des cadres internationaux sont intégrés dans la réforme 107 belge, notamment les soins orientés vers la communauté, une approche favorisant le rétablissement et une approche socialement inclusive. Par contre, l'aspect prévention – également présent dans les cadres internationaux – est moins mis en avant dans la réforme 107. Il apparaît toutefois dans les réformes mises en œuvre au niveau fédéré en Flandre et en Wallonie.

Le plan flamand de soins de santé mentale présente aussi des correspondances avec les cadres internationaux car il encourage l'autonomisation des patients (« *empowerment* ») en impliquant des experts du vécu. Ce plan met également l'accent sur la prévention, la déstigmatisation, les soins de santé mentale élargis et intégrés avec un degré élevé de collaboration interprofessionnelle, une approche multisectorielle et des soins accessibles et financièrement abordables. Au moment de la rédaction de ce rapport, les plans d'action wallon et bruxellois étaient encore en cours de développement.

4.5. Discussion et conclusions

La réforme belge de l'organisation des soins de santé mentale partage les objectifs des cadres internationaux tels que l'approche multisectorielle et l'orientation vers la communauté. Toutefois, même si les recommandations internationales sont portées par des organisations qui donnent l'exemple, il n'est pas toujours possible de déterminer la solidité des preuves scientifiques des données sur lesquelles elles reposent.

Pour une description complète des méthodes et des résultats relatifs aux cadres internationaux en matière de soins de santé mentale, voir Chapitre 4 du rapport scientifique (Ricour C, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Mistiaen P. *International frameworks for mental health service organisation*).



5. OFFRE DE SOINS DE SANTÉ MENTALE EN BELGIQUE

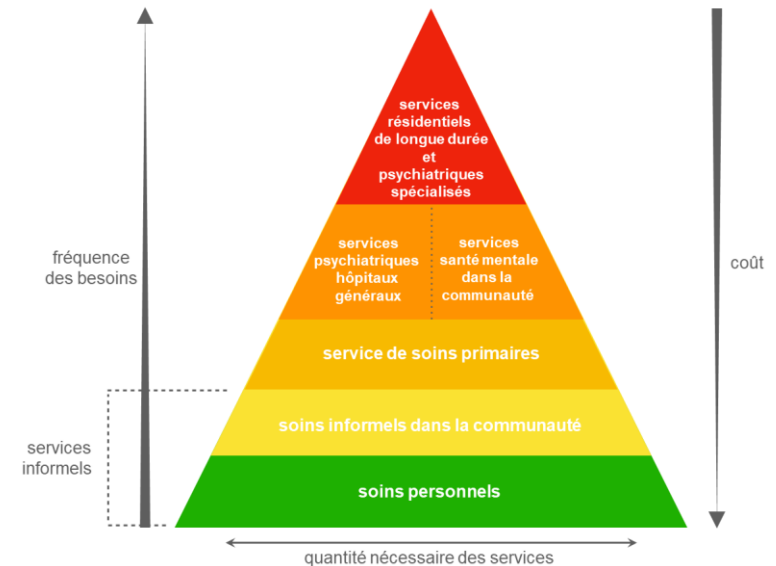
5.1. Introduction

Dans ce chapitre, nous schématisons l'**offre actuelle** et l'**organisation** des soins de santé mentale en Belgique afin de mieux comprendre leurs lacunes et leurs redondances.

Selon l'OMS, les soins de santé mentale n'impliquent pas seulement la promotion de la santé mentale, la prévention et le traitement des problèmes de santé mentale, mais aussi la prise en charge de problèmes apparentés tels que le logement et l'emploi. L'offre de soins ne se limite donc pas aux hôpitaux psychiatriques ou aux centres ambulatoires de santé mentale.

Dans son modèle pyramidal (Figure 2) (World Health Organisation, 2007)^e de répartition optimale des services de soins de santé mentale, l'OMS plaide en faveur d'une offre de soins diversifiée et met l'accent sur la détection précoce et sur l'importance de proposer des prises en charge très accessibles et orientées vers la communauté. Les soins de santé mentale sont ainsi répartis sur plusieurs niveaux, allant de l'autogestion aux soins très spécialisés :

Figure 2 – Modèle pyramidal présentant une répartition optimale des services de soins de santé mentale (OMS)



^e https://www.who.int/mental_health/policy/services/2_Optimal%20Mix%20of%20Services_Infosheet.pdf



5.2. Comment avons-nous procédé ?

Les données sur les institutions psychiatriques classiques ont été collectées grâce au Résumé Psychiatrique Minimum (RPM). Nous avons également consulté les textes légaux et les sites internet des administrations compétentes.

Pour les autres services impliquant une forme de financement public, nous avons consulté les sites internet des instances compétentes et nous avons demandé des informations complémentaires lorsque cela s'avérait nécessaire.

Nous avons également consulté les sites internet et les rapports annuels des réseaux et plateformes de soins de santé mentale, des associations coupoles de prestataires de soins, et nous avons contacté des prestataires de soins par mail ou téléphone.

Toutes les données collectées ont été réparties selon le modèle pyramidal de l'OMS, même s'il n'a pas toujours été simple d'attribuer un niveau unique à certains services^f. Nous avons également élaboré un aperçu des réseaux ou organes de coordination.

Notre rapport se limite à l'offre de soins de santé mentale pour adultes jusqu'aux années 2017 et 2018.

5.3. Résultats

D'une manière générale, nous avons constaté qu'il n'existe aucune source unique permettant un aperçu complet de toutes les organisations et prestataires de soins de santé mentale, ce qui rend difficile l'identification ou l'accès aux données souhaitées. Il manque également des informations sur les services proposés, et par qui ils sont proposés, sur les résultats obtenus, et sur les éventuelles redondances. Le résumé ci-dessous n'est donc pas exhaustif.

Il serait souhaitable de prévoir une étude permettant de clarifier la répartition et la perception des rôles des uns et des autres parmi tous les acteurs des soins de santé mentale.⁹

5.3.1. Soins informels dans la communauté

Associations de patients

Une enquête menée en 2017 par les associations flamande et wallonne d'usagers de soins de santé mentale (UilenSpiegel et Psytoyens) a permis de constater qu'il existait plus de 15 associations de patients pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale, proposant divers types d'activités. Leur principal objectif est de contribuer au bien-être des personnes concernées et de leurs proches, en créant différents projets de

^f. Au sommet de la pyramide de l'OMS se trouvent les services psychiatriques spécialisés ainsi que les établissements pour longs séjours, tandis que dans la partie suivante se trouvent les services psychiatriques des hôpitaux généraux. Par conséquent, nous avons été forcés d'allouer arbitrairement certains services à un niveau. En outre, certains organismes de soins offrent des services à plusieurs niveaux de la pyramide, comme les hôpitaux psychiatriques qui, en plus de leurs traitements résidentiels, proposent également des traitements ambulatoires dans leurs policliniques et des équipes mobiles pour les traitements à domicile.

⁹ Au cours des derniers mois, différents acteurs ont publié des 'memorandums' dans lesquels ils donnent leur avis sur (leur rôle dans) l'organisation des soins de santé mentale en Belgique (entre autres : (CRéSaM *et al.*, 2019; Federatie van de Brusselse Huisartsen Verenigingen, 2019; Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, 2019; Overlegorgaan Volwassenen Psy 107, 2019; Santé Mentale et Exclusion Sociale – Belgique / Geestelijke Gezondheid en Sociale Uitsluiting – België, 2019; Santhea, 2019; Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg, 2019; Zorgnet-Icuro, 2019)). Il pourrait être intéressant de comparer les différents points de vue exprimés dans ces documents avec les conclusions de cette étude.



soutien, d'aide mutuelle et d'information. Ces 15 associations sont également membres des réseaux 107^h.

Services sociaux ayant un lien direct avec les soins de santé mentale

De nombreuses organisations offrent des services qui ne sont pas décrits comme étant des soins de santé mentale mais qui y sont associés, notamment : aide à l'emploi, (aide à la recherche d'un) logement, conseils financiers, aide en cas de problèmes sociaux, etc. Des exemples typiques sont les CPAS, ACTIRIS, l'ONEM ou le VDAB, les sociétés de logement social, les services sociaux des mutualités, les autorités communales, etc. Plus de 160 organisations sont ainsi membres des réseaux 107.

Des structures d'hébergement non agréées, également appelées « maisons pirates » (en Wallonie et à Bruxelles), peuvent aussi être reprises dans cette catégorie : les personnes à qui elles offrent un logement présentent parfois des problèmes de santé mentale rendant difficile la vie autonome.

5.3.2. Services de soins primaires

L'un des acteurs essentiels des soins de première ligne – souvent le premier professionnel contacté en cas de problèmes – est le **médecin généraliste**. Environ 30 % des Belges qui ont des problèmes de santé mentale sollicitent un soutien professionnel. (Alonso *et al.*, 2002; Alonso *et al.*, 2004) Dans 30 % des cas, ils consultent un médecin généraliste et dans 43 %, ils contactent un médecin généraliste et un psychiatre. Les médecins généralistes sont donc impliqués dans plus de 70 % des cas dans la détection, le diagnostic et/ou le traitement des problèmes de santé mentale. (De Lepeleire, 2010)

Autres acteurs des soins de santé mentale : les **maisons médicales**, où travaillent des équipes multidisciplinaires. Les soins de première ligne y sont dispensés selon une approche holistique (physique, psychologique et sociale) de la santé, y compris la prévention. L'équipe multidisciplinaire

comporte au moins deux médecins, un(e) infirmier/ère, un(e) kinésithérapeute et parfois aussi un(e) psychologue. Le degré d'implication des maisons médicales dans les problèmes de santé mentale n'est toutefois pas connu.

Il existe aussi en Flandre et à Bruxelles (néerlandophone) **11 CAW (« Centra voor Algemeen Welzijnswerk », Centres d'aide sociale) disposant de dizaines d'antennes**. L'équipe d'un CAW est multidisciplinaire et comporte notamment des travailleurs sociaux, des psychologues, des éducateurs, des sociologues et des pédagogues. Les personnes peuvent s'adresser à un CAW pour une large gamme de problèmes, notamment sur le plan du bien-être, de la santé, des relations personnelles et familiales, de l'administration et des finances, de problèmes de violence et de dépendance, de travail, des loisirs, etc. Les CAW offrent parfois aussi un hébergement sécurisé et disposent d'une ligne d'assistance téléphonique appelée « *Tele-onthaal* » (près de 123 000 appels en 2017).

En 2015, plus de 96 000 personnes ont demandé de l'aide à un CAW, dont 27 000 ont bénéficié d'une « procédure de guidance ». Parmi ces dernières, un quart présentaient des problèmes de santé mentale.

En Wallonie et à Bruxelles (francophone), ces mêmes services sont fournis par un grand nombre de **structures diverses** : centres de planning familial, lignes d'assistance, aide aux personnes maltraitées, aux prostituées et aux personnes ayant des problèmes d'identité de genre, etc. Neuf « **Relais de santé** » offrent un accès inconditionnel aux soins : la moitié des usagers y présentent des problèmes de santé mentale tels que consommation de drogues ou d'alcool, ou dépression.

Enfin, il existe également un certain nombre de services dont la principale tâche ne concerne pas les soins de santé mentale et qui ne font d'ailleurs pas partie du secteur des soins de santé. Leurs équipes comprennent néanmoins des professionnels de la santé mentale. Il s'agit notamment

^h Les réformes actuellement en cours en Belgique portent une grande attention à la contribution des experts de vécu (patients et famille), qui sont impliqués dans plusieurs organes consultatifs (<http://www.psy107.be/images/Activiteitenrapport%202017.pdf>).



d'organisations d'aide aux personnes avec handicap, aux justiciables, aux victimes, ou encore aux personnes en recherche de logement. Ces services sont financés par diverses instances et il est difficile d'établir dans quelle mesure ils doivent être considérés comme prestataires de soins de santé mentale, ni à quelle fréquence ces services sont consultés par des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale.

5.3.3. Services de soins de santé mentale dans la communauté et services psychiatriques dans les hôpitaux généraux

Les **Services de santé mentale (SSM)** et les **Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)** sont des acteurs importants de la santé mentale. Ils sont constitués d'équipes multidisciplinaires (au minimum un psychiatre, un psychologue, un travailleur social et une personne à la réception) qui offrent des soins ambulatoires spécialisés, à savoir le dépistage, la détection précoce et le traitement de problèmes de santé mentale. Les SSM/CGG dépendent des entités fédérées ; il y en a 65 en Wallonie, 20 en Flandre et 27 à Bruxelles (5 pour la Commission communautaire française de Bruxelles – COCOF, 22 pour la Commission communautaire commune de Bruxelles – COCOM). La Communauté germanophone compte également un centre. Au total, les SSM/CGG aident 70 000 nouvelles personnes chaque année.

Il existe également **différents types d'équipes mobiles** qui dispensent des soins de santé mentale :

- Les **Services Psychiatriques d'Aide à Domicile (SPAD)** (ou « *Psychiatrische zorg in de thuissituatie* », PZT) sont structurellement couplés aux Initiatives d'Habitations Protégées (voir plus loin). Leurs principales missions sont :
 - le coaching des prestataires de soins de première ligne ;
 - la coordination des différents acteurs autour des patients ;
 - le soutien direct aux patients dans leur environnement familial.

En 2016, les équipes SPAD étaient au nombre de 44 ; certaines d'entre elles sont aujourd'hui incorporées dans les équipes mobiles de l'article 107 (voir ci-dessous).

- Les **Équipes mobiles 2a et 2b de l'article 107** sont deux types d'équipes mobiles multidisciplinaires pour les adultes : les équipes 2a sont des équipes de crise pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale aigus et les équipes 2b s'occupent de personnes ayant des problèmes de santé mentale graves et chroniques. Dans les deux cas, les soins sont dispensés dans l'environnement du patient. Leur intervention peut être sollicitée par la personne concernée, par un membre de sa famille ou par un prestataire de soins. Au moment de la création de ces équipes, le besoin pour l'ensemble de la Belgique a été estimé à 93 équipes mobiles (976 ETP). En 2017, 56 % de cet effectif était recruté. En 2019, il est prévu de libérer 809 ETP pour les équipes mobiles. (Interministerielle Conferentie Volksgezondheid, 2019)

Les chiffres de 2016 montrent que les équipes 2a sont intervenues pour plus de 6 700 personnes et les équipes 2b pour plus de 6 300 personnes. Ces équipes sont financées par le Budget des Moyens Financiers des hôpitaux psychiatriques.

- Le pays dispose également de **5 équipes de soins mobiles pour les (anciens) internés**. Ces équipes doivent également dispenser des soins de santé mentale dans le milieu de vie des patients, préparer leur réinsertion dans la communauté, empêcher leur retour en prison et assurer la continuité des soins.
- En Wallonie et à Bruxelles, on compte également **9 équipes d'intervention mobiles** (Cellule mobile d'intervention - CMI) qui accompagnent les proches des personnes présentant une déficience intellectuelle couplée à un problème de santé mentale.

D'autres structures importantes sont les **Initiatives d'Habitation Protégée (IHP)** (ou « *Initiatieven Beschut wonen* », IBW). Elles dispensent des soins aux adultes après leur sortie d'un hôpital psychiatrique et les soutiennent dans leur démarche pour trouver un logement indépendant. En 2017, il y avait en Wallonie 27 IHP disposant de presque 800 places (dont 1 IHP en communauté germanophone), 18 IHP avec 560 places à Bruxelles et 43 IHP avec presque 3 000 places en Flandre.

Il existe également différentes **initiatives d'accueil de jour** qui dépendent d'hôpitaux psychiatriques ou généraux, d'Initiatives d'Habitations Protégées



ou de communautés thérapeutiques. On manque néanmoins de données précises sur le nombre de patients qui les fréquentent et sur les types d'interventions qu'elles proposent.

Les **Maisons de Soins Psychiatriques (MSP)** (« *Psychiatrische verzorgingstehuizen* », **PVT**) sont des structures résidentielles qui dispensent des soins aux personnes ayant une affection psychiatrique stabilisée de longue durée ou des capacités intellectuelles limitées, et qui nécessitent une surveillance ou des soins permanents. En 2017, il y avait 40 maisons de soins psychiatriques en Belgique, avec au total plus de 2 900 places.

Il existe également 67 **établissements de revalidation fonctionnelle des troubles mentaux de l'adultes** (ou « *inrichtingen voor psychosociale revalidatie van volwassen psychiatrische patiënten* »). Il en existe deux types : le premier propose des programmes spécifiques de durée limitée qui sont complémentaires aux autres traitements psychiatriques, tandis que le second cible les problèmes de dépendance.

Les **Centres de Réadaptation Ambulatoire (CRA)** (ou « *Centra voor Ambulante Revalidatie* », **CAR**) sont principalement destinés aux enfants et aux adolescents.

Citons également de nombreux services pour les personnes souffrant de dépendance, pour le soutien psychologique aux migrants, ou encore pour la prévention du suicide.

Enfin, de nombreux psychiatres, psychologues et psychothérapeutes ont un **cabinet de consultation privé ou hospitalier**. Certains d'entre eux travaillent en collaboration avec des polycliniques ou des centres privés multidisciplinaires. On ne dispose d'aucune donnée sur le nombre de cabinets de professionnels de soins de santé mentale, ni sur le nombre de personnes qu'ils reçoivent ou le type d'interventions qu'ils réalisent. Nous

savons juste qu'en 2015, il y avait 1 930 psychiatres et 12 000 psychologues enregistrés (dont 5 775 indépendants).

Certains prestataires de soins travaillent également dans des **institutions publiques ou des entreprises**, notamment des services de prévention interne pour fournir un soutien psychologique aux travailleurs soumis à des situations traumatisantes.

Les **Services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG)** (ou « *Psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen* », **PAAZ**) dispensent des traitements de courte durée en milieu hospitalier. Les avantages de ces services sont leur seuil d'admission plus bas par rapport aux hôpitaux psychiatriques (déstigmatisation), l'accessibilité immédiate aux soins physiques et le concept de « séjour de courte durée ». Certains hôpitaux généraux dotés d'un SPHG disposent également d'une unité pour les urgences psychiatriques. La Belgique compte 72 hôpitaux généraux dotés d'un SPHG, pour un total de 3 421 lits (A et T). En 2013, ces lits ont permis d'assurer plus de 48 000 périodes de soins.

5.3.4. *Institutions pour séjours de longue durée et services spécialisés*

Les **hôpitaux psychiatriques (HP)** (ou « *Psychiatrische ziekenhuizen* », **PZ**) traitent les patients présentant des problèmes psychiatriques graves. En plus des services d'hospitalisation complète, un hôpital psychiatrique peut également assurer un accueil de jour (hôpital de jour) et, moins souvent, un accueil de nuitⁱ. Il existe plusieurs types de services :

- Services neuropsychiatriques d'observation et de prise en charge pour les adultes nécessitant une intervention urgente (lits A);
- Services neuropsychiatriques axés sur la réadaptation sociale (lits T);

ⁱ Dans cette section, nous ne tenons compte que de la capacité résidentielle des hôpitaux psychiatriques, tout en sachant qu'ils proposent également des consultations et traitements ambulatoires.



- Services de traitement intensif pour la prise en charge de patients ayant un comportement fortement perturbé et agressif (lits IB);
- Services de psycho-gériatrie pour la prise en charge des troubles psycho-gériatriques nécessitant un diagnostic et/ou un traitement de nature psychiatrique et somatique (lits S) ;
- Les HP peuvent également proposer un soutien multidisciplinaire et un placement familial dans les situations où l'équilibre psychologique et social ne peut être maintenu qu'au moyen de soins permanents dispensés par une famille d'accueil avec accompagnement thérapeutique par une équipe multidisciplinaire (lits TFB).

Au fil des ans, les hôpitaux psychiatriques ont développé de nombreux services hautement spécialisés, de sorte que la description du type de lits ci-dessus n'est plus tout à fait adéquate pour décrire la situation réelle.

Au 1^{er} janvier 2019, la Belgique comptait 60 hôpitaux psychiatriques (dont certains répartis sur plusieurs sites), pour un total de plus de 13 800 lits agréés pour des adultes. Ce sont les lits A et T qui constituent la majorité, avec respectivement 36,8 % et 35,7 % des lits disponibles.

Enfin, en plus des hôpitaux psychiatriques, il existe également des structures spécifiques pour la prise en charge des détenus ayant des problèmes de santé mentale, notamment des annexes psychiatriques dans les prisons et des centres de psychiatrie médico-légale.

5.3.5. Soins de santé mentale en ligne

Les soins de santé mentale en ligne ou « **E-mental health care** » constituent une forme assez récente de soins et ne sont dès lors pas faciles à situer dans la pyramide de l'OMS.

Les « *E-mental health care* » peuvent se définir comme « l'utilisation de technologies de l'information et de la communication pour soutenir et améliorer les soins de santé mentale ». (Online-Hulpverlening.be, 2018) On peut y faire appel pour la prévention, le diagnostic, l'avis, le traitement, le suivi et l'accompagnement de longue durée. Ils conviennent pour différents groupes cibles (p. ex. problèmes de dépendance) et peuvent être utilisés en complément d'une thérapie classique. Les outils utilisés sont variables,

allant de sites internet interactifs à des applications mobiles, de la consultation en ligne, des programmes d'auto-gestion, etc.

En Flandre, une politique cohérente et un cadre de financement pour les soins de santé mentale en ligne sont actuellement en cours d'élaboration, comme annoncé dans le plan d'action flamand pour la santé mentale. Les autorités flamandes financent différents sites internet (<https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/hulp-zoeken>, <http://www.alcoholhulp.be>, <http://www.depressiehulp.be>) émanant d'institutions de santé mentale reconnues, principalement ambulatoires. En Belgique francophone, certaines initiatives sont soutenues par la COCOF (Bruxelles) et la Région wallonne, notamment le site <http://www.aide-alcool.be>, qui offre une aide en ligne aux personnes alcooliques.

Certains psychologues ou psychothérapeutes ont développé des applications de soins de santé mentale en ligne, qui permettent des consultations ou des accompagnements en ligne.

5.3.6. Réseaux et associations pour les soins de santé mentale

À côté des institutions de soins de santé mentale, il existe des organisations qui coordonnent ces soins, des plateformes qui facilitent la collaboration entre prestataires ou des associations qui les réunissent.

Ces dernières années, un type de réseaux a retenu beaucoup d'attention car il se trouve au cœur de la réforme des soins de santé mentale : les **réseaux 107** (voir également point 2.2). Ces réseaux doivent dispenser des soins adaptés aux besoins du patient, dans son milieu de vie et en visant le rétablissement. Il est prévu que tous les dispensateurs d'aide et de soins pertinents dudit territoire (les acteurs du secteur des soins de santé mentale, des soins de santé somatiques, de l'aide sociale, de la justice, des associations de patients, etc.) de la même zone géographique fassent partie du réseau. Leur objectif est de raccourcir la durée des séjours hospitaliers. Les réseaux travaillent sur un territoire donné et doivent répondre aux besoins spécifiques en soins de santé mentale de ce territoire.

Les 20 réseaux 107 (7 en Wallonie, 1 à Bruxelles et 12 en Flandre) couvrent la totalité du territoire belge et doivent remplir les 5 fonctions suivantes:



- Fonction 1 : prévention, promotion des soins de santé mentale, détection précoce et intervention précoce
- Fonction 2 : équipes de traitement mobiles pour le traitement des problèmes de santé mentale aigus (2a) et chroniques (2b)
- Fonction 3 : équipes de réadaptation psychosociale
- Fonction 4 : unités de traitement résidentiel intensif pour les problèmes de santé mentale aigus et chroniques, lorsqu'une hospitalisation est inévitable.
- Fonction 5 : formules de logement et de séjour spécifiques

Chaque réseau dispose d'un coordinateur de réseau.

Il existe également des **plateformes de concertation en santé mentale** (initialement une seule par province, mais les 5 plateformes flamandes ont été fusionnées au début de l'année 2019). Les plateformes se concertent au sujet :

- des besoins en institutions psychiatriques de leur territoire ;
- de la répartition des tâches et de la complémentarité de l'offre de soins, des activités et des groupes cibles ;
- de la collaboration éventuelle et de la répartition des tâches pour des soins de santé mentale intégrés ;
- de la politique générale d'accès aux soins, d'arrêt des soins et d'orientation des patients, et de la coordination de la politique médicale et psychosociale.

Si nécessaire, les plateformes se concertent également au sujet d'autres institutions de soins de santé mentale et associations de patients. Elles ont également une fonction de médiation et elles favorisent la collecte de données pour les études évaluant les besoins en soins de santé mentale.

Contrairement aux réseaux, elles n'interviennent pas directement dans les situations cliniques.

Dans cette section, nous citerons également les **Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD)**, les **Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)** et les **Geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (GDT)**. Ces services travaillent sur des territoires déterminés, dans lesquels ils doivent améliorer la collaboration entre intervenants, organiser des séances d'information et fournir un soutien technique et administratif. Les SISD jouent également un rôle crucial dans l'organisation et la coordination des soins des personnes ayant besoin de soins complexes ou chroniques, comme c'est notamment le cas des patients psychiatriques.^j

Les **centres de référence en santé mentale** sont au nombre de trois, un par Région. Pour la **Wallonie**, il s'agit du **CRéSaM^k**. Ce centre offre un soutien aux acteurs des soins de santé mentale (usagers et membres de la famille, acteurs de première ligne, institutions et Services de Santé Mentale), assure le suivi des pratiques et des initiatives et s'implique dans la recherche et la diffusion d'informations. Le CRéSaM intervient également en tant que partenaire lors des concertations avec les instances politiques et administratives compétentes. Le CRéSaM œuvre à améliorer l'accessibilité des soins de santé mentale, à augmenter la visibilité de l'offre de soins et à encourager la concertation avec les patients et leurs proches.

Pour la partie francophone de Bruxelles, la **Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale** organise et coordonne la promotion et l'information sur les soins de santé mentale ambulatoires, et les représente au cours des contacts avec les autorités.

En Flandre, le « **Steunpunt Geestelijke Gezondheid** » a été créé au début de l'année 2019 (en incluant l'ancienne VVGG, *Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg*, Association flamande pour la santé mentale). Il soutient les acteurs de soins de santé mentale en vue d'améliorer la santé mentale au sein de la population flamande. Les principales valeurs qu'il défend sont l'inclusion et l'autonomie, grâce à une cohésion et une bonne

^j www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2012/03/27/2012022121/justel

^k <http://www.cresam.be/>



compréhension entre les usagers, les membres de leur famille et les prestataires de soins.

Enfin, il existe bien sûr de nombreuses associations professionnelles, notamment la Fédération belge des psychologues, la Société belge de psychanalyse, l'Association professionnelle des consultants en psychologie, l'Association flamande des psychologues cliniciens, l'Association flamande de psychiatrie, la Fédération Wallonne des Services de Santé Mentale, etc.

5.4. Discussion et conclusions

Les organisations, institutions et prestataires de soins de santé mentale sont nombreux et variés, mais il n'existe aucune vision d'ensemble de leur identité exacte, des services qu'ils proposent, de leur public cible, ou des résultats qu'ils obtiennent. Il n'existe également aucune information claire sur la manière dont tous ces services collaborent, ni sur leur mode de financement. Mais surtout, on ignore de quelle manière les patients individuels trouvent leur chemin dans ce système de soins, comment ils utilisent ces soins (p.ex. ont-ils recours à différents types de soins simultanément ou y font ils appel successivement?), quels sont les délais d'attente pour bénéficier de ces soins, comment se déroule leur trajet de soins ; on ne sait pas non plus si la continuité des soins est assurée, ni si les soins permettent d'atteindre la réadaptation escomptée. La diversité et la complexité sont également à l'origine de la mauvaise visibilité et de la méconnaissance de l'offre des soins de santé mentale, tant pour les usagers, que pour les prestataires de soins ou pour les décideurs politiques à tous les niveaux.

Pour ces raisons, aucune conclusion ne peut être tirée sur la question de savoir si l'offre de soins est suffisante et suffisamment accessible, s'il existe des redondances entre les différents types de soins et si

toutes les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale reçoivent, en fin de compte, les soins dont elles ont besoin.

Des recherches (intensives) supplémentaires sont nécessaires pour parvenir à une bonne vision générale de l'offre et de l'utilisation précises des soins. Cette étude devra se baser sur des entretiens avec des prestataires de soins et des utilisateurs et sur des analyses de dossiers¹.

Pour une description complète des méthodes et résultats sur l'offre de soins, voir Chapitre 5 du rapport scientifique (Laguesse R, Lambert M, Van Nuffel R, De Coen M, Van Speybroeck J, Bontemps C. *Mapping mental health care services in Belgium*).

¹ Dans son étude de 2016 sur les indicateurs de santé mentale en Wallonie, l'AViQ recommandait également un meilleur enregistrement des prestataires de soins et de leurs prestations (Agence pour une Vie de Qualité, 2016) (http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DGO5_MoteurRecherche/download.php?download_file=OWS%20indicateurs%20sante%20mentale%20wallonie.pdf)



6. FORCES, FAIBLESSES, LACUNES ET REDONDANCES DE L'OFFRE ACTUELLE DE SOINS DE SANTÉ MENTALE : UNE ÉTUDE PAR FOCUS-GROUPES

6.1. Introduction

Le chapitre précédent met en lumière un important déficit de données sur l'offre de soins de santé mentale et leur utilisation. Il est toutefois très important de connaître les points forts et les points faibles ainsi que les éventuelles lacunes et redondances du système actuel, afin d'identifier les barrières et les facilitateurs relatifs aux cinq objectifs principaux de la réforme 107 (c.-à-d. désinstitutionalisation, inclusion, décatégorisation/décloisonnement, intensification et consolidation, voir également point 2.2). Sur la base de ces données et informations, on peut mieux esquisser l'organisation des soins de santé mentale à l'avenir.

Afin d'identifier ces barrières et les facilitateurs, nous avons réalisé une **étude qualitative** par **focus-groupes** constitués d'une sélection d'acteurs du secteur des soins de santé mentale.

Dix focus-groupes ont été constitués (5 en Flandre, 4 en Wallonie et 1 à Bruxelles), soit au total 121 participants (55 en Wallonie et à Bruxelles, et 66 en Flandre) représentant les catégories suivantes : services de santé, services sociaux, services ambulatoires de santé mentale, hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques, Initiatives d'Habitations Protégées, équipes mobiles, centres de revalidation fonctionnelle, services de soins à domicile et associations de patients/familles.

6.2. Résultats de l'étude par focus-groupes

Les résultats des focus-groupes ont été regroupés en six thématiques : (1) offre, (2) accessibilité, (3) collaboration et coordination, (4) financement, (5) contexte politique et (6) contexte social des soins de santé mentale.

6.2.1. Offre de soins de santé mentale

6.2.1.1. Caractéristiques de l'offre actuelle

Les participants ont souvent utilisé les termes suivants pour décrire le système actuel des soins de santé mentale : « complexité », « fragmentation », « labyrinthe », « manque de visibilité » et « structuration excessive ». Ils attribuent cette perception du système à un manque de connaissances sur et entre les services existants, mais aussi à un manque de clarté au sujet des missions et tâches des autres services. Par conséquent, les patients ne sont pas correctement orientés par les prestataires de soins et il leur est dès lors difficile – ainsi qu'aux membres de leur famille – de faire le bon choix. La diversité et l'étendue de l'offre de soins ont été jugées positives, et les redondances entre services, une nécessité.

6.2.1.2. Caractéristiques des prestataires de soins

Certains prestataires de soins ont fait à plusieurs reprises l'objet de discussions dans les focus-groupes:

- **Réseaux**

- Les **réseaux formels de l'article 107** sont considérés comme (1) principalement structurés autour des cinq principaux objectifs (voir point 3.2), (2) partiellement dépendants de la manière dont les coordinateurs abordent l'intégration, et (3) dépendants des mécanismes de collaboration formelle.
- Il existe également des **réseaux informels de prestataires de soins**, qui dépendent des pratiques existantes.
- Les **réseaux de soutien informels familiaux** jouent un rôle important pour la continuité des soins (principalement pour les



usagers qui ne demandent pas de soins) ou en tant que source d'informations pour les prestataires de soins (surtout dans les situations de crise). Les représentants des familles ont déclaré avoir besoin de formation et de soutien pour faire face aux situations de crise. Ils souhaitent être impliqués dès le début du traitement, et sont parfois contrariés en cela par l'obligation de confidentialité des prestataires de soins. En effet, si le patient ne souhaite pas que sa famille soit impliquée, les prestataires de soins doivent en informer les membres de la famille. Une autre préoccupation exprimée était le suivi médical à long terme.

- **Services**

- **Les Services de Santé Mentale (SSM)** : leur diversité et leur spécialisation élevée sont hautement appréciées. Néanmoins, on a pu observer une certaine confusion sur l'offre de soins précise des SSM chez les usagers. Les participants ont également mentionné que les SSM sont de plus en plus sollicités de manière excessive (voir plus loin).
- **Les équipes mobiles** ont été considérées comme cruciales pour la continuité des soins. Quelques préoccupations ont été exprimées, concernant notamment (i) l'étendue des territoires à couvrir, avec de surcroît des limites peu claires, (ii) le manque de personnel et de moyens financiers, qui ne permettent pas toujours de garantir la présence d'un psychiatre à temps plein, (iii) l'absence de réelle hiérarchie (parce que plusieurs prestataires de soins travaillent en équipes mobiles pour différents employeurs), et (iv) le manque de clarté sur les circonstances où elles peuvent être mobilisées.
- **Les services psychiatriques des hôpitaux généraux et les services de crise** : en Flandre, les participants ont indiqué que les médecins généralistes sont de plus en plus enclins à orienter les personnes en situation de crise vers les services d'urgences des hôpitaux généraux, car les hôpitaux psychiatriques sont complets. La difficulté à gérer un nombre élevé de situations de crise sur une période de temps courte a également été signalée ; cela donnerait souvent lieu à des admissions forcées. Tant les hôpitaux généraux

que les hôpitaux psychiatriques ont insisté sur la nécessité d'améliorer la prise en charge de ces situations de crise. Selon eux, cette amélioration serait possible si on accordait davantage de temps aux services d'aide et aux unités de crise pour établir un diagnostic correct, en impliquant d'autres services, d'autres prestataires de soins ou les membres de la famille.

- **Les maisons médicales** ont été considérées comme importantes pour la prévention et la continuité des soins, car elles sont déjà en contact avec les usagers avant l'apparition des problèmes de santé mentale.

- **Prestataires de soins**

Certains éléments ont été abordés à plusieurs reprises, notamment le rôle des psychologues et des médecins généralistes :

- Rôle des **psychologues** : les participants ont estimé que les psychologues de première ligne peuvent généralement jouer un rôle important dans la continuité des soins. Leur rôle est toutefois limité aux interventions à court terme.
- Le rôle des **médecins généralistes** dans les soins de santé mentale a été un sujet sensible dans plusieurs focus groupes. Ils sont souvent considérés comme une bonne porte d'entrée pour les personnes qui nécessitent des soins de santé mentale mais qui ne souhaitent pas des soins spécialisés. Pour les patients stabilisés recevant déjà des soins spécialisés, ils sont considérés comme un soutien à long terme. Mais les participants ont également souligné la grande variabilité des compétences en matière de santé mentale des médecins généralistes ; selon eux, certains manquent de formation ou de préparation pour faire face aux problèmes rencontrés. Le rôle des médecins généralistes en tant que personne de référence (« case manager ») a également été un sujet sensible pour plusieurs focus-groupes, avec des divergences



d'opinion et des malentendus au sujet des tâches précises d'un case manager et des personnes pouvant remplir ce rôle.^m

D'une manière générale, la confusion et les désaccords relatifs aux rôles des uns et des autres peuvent être un signe que l'organisation des soins de santé mentale est complexe, même pour les personnes qui y sont impliquées au quotidien. Les participants ont également signalé un besoin important en institutions facilement accessibles sans conditions d'admission et une possible insuffisance de l'offre de soins pour les personnes combinant plusieurs types de problèmes (dépendance, capacités intellectuelles limitées, etc.).

6.2.2. Accessibilité des soins de santé mentale

Les participants issus du secteur des soins ambulatoires et hospitaliers ont souligné la richesse de la diversité de l'offre de soins, mais aussi la saturation de cette offre. Le manque d'accessibilité des **services de santé mentale à domicile** a été pointé comme un problème central lié à cette saturation (principalement en Wallonie).

Ils ont également dénoncé le manque d'accessibilité des **soins de santé mentale ambulatoires** et surtout des Services de santé mentale (SSM). Même s'ils sont censés intervenir dans les trois mois qui suivent une demande de soins, les SSM déclarent que leurs moyens sont insuffisants pour pouvoir remplir cette mission. Par conséquent, d'après certains participants, de nombreux SSM ne tiennent plus de listes d'attente et orientent directement les patients vers d'autres services et prestataires de soins.

L'importante pénurie de psychiatres dans les SSM a également été mentionnée, ainsi que son impact sur les soins spécialisés de longue durée pour les personnes stabilisées après des problèmes de santé mentale graves. Étant donné que les **équipes mobiles** sont actives sur de très grands territoires, elles ne seraient pas en mesure d'assurer suffisamment les soins spécialisés à domicile pour tous les patients actuellement hospitalisés.

Le problème de l'accessibilité des **soins de crise** a également été abordé à plusieurs reprises lors des focus-groupes. D'après certains participants, des services ambulatoires qui ne sont pas spécialisés en soins de santé mentale y sont souvent confrontés et n'orientent pas toujours correctement les patients.

Les participants ont souligné que **l'accessibilité aux soins de santé mentale n'est pas la même pour tous**. La psychothérapie n'est remboursée que de manière limitée, ce qui peut constituer un frein financier pour de nombreuses personnes. L'accès aux soins serait également plus difficile pour certaines catégories de personnes, notamment les personnes âgées, les toxicomanes ou les personnes dont les capacités intellectuelles sont limitées. Il pourrait également exister une forte disparité entre les zones rurales et urbaines, avec un accès aux soins de santé mentale plus difficile pour les habitants des zones rurales.

^m Le 25/03/19, la Conférence interministérielle Santé publique a publié sa vision sur la coordination des soins et le case management (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid and IKW Chronische ziekten, 2019) ; l'INAMI avait précédemment décrit le rôle de « personne de référence » (RIZIV Dienst Geneeskundige verzorging, 2011). Bien que l'un des documents fasse

référence à un « case manager » et l'autre à une « personne de référence », les deux traitent du rôle d'une personne qui coordonne les soins. Selon la Conférence interministérielle Santé publique, le « *case manager ne fera pas partie de l'équipe de soins autour d'un ayant droit* » tandis que le document de l'INAMI précise que « *la personne de référence a toujours une relation directe avec le patient* ».



6.2.3. Collaboration et coordination au sein des soins de santé mentale

Les relations entre les individus et les institutions sont fortement influencées par les valeurs des uns et des autres, qui coïncident parfois, mais diffèrent souvent. On note ainsi un désaccord fréquent sur la définition de la santé mentale et sur les priorités que le système devrait adopter. Les participants avaient également des attentes différentes par rapport aux soins orientés vers la communauté et des avis divergents concernant les besoins en soins.

Les participants ont cependant souligné la nécessité de pouvoir conserver une créativité dans leur pratique, car cela favorise la collaboration et l'intégration des soins. Les conditions essentielles à cette créativité sont une **autonomie et une flexibilité suffisantes**, qui sont, d'après eux, compromises par une « structuration excessive » et un excès de règles imposées par les autorités.

D'une manière générale, la **confiance** est considérée comme une condition essentielle à la collaboration. Les participants ont également cité différents **moyens** susceptibles d'améliorer la collaboration et l'intégration des soins de santé mentale, notamment le dialogue multidisciplinaire, les dossiers électroniques, les plans de crise, les cartes de réseaux, les plans de soins individuels et les vidéoconférences.

Il est également apparu au cours des focus groupes que d'importants concepts et instruments de la réforme actuelle font encore l'objet d'interprétations différentes par les acteurs des soins en santé mentale.

6.2.4. Financement des soins de santé mentale

Des participants aux focus-groupes étaient d'avis qu'il était non seulement nécessaire d'augmenter les **moyens financiers**, mais aussi que leur répartition entre les services ambulatoires et hospitaliers, et entre la première ligne et les soins spécialisés, devrait être revue.

Cette question de la réorganisation du financement des institutions résidentielles a toutefois soulevé une importante controverse entre participants, certains estimant crucial de transférer les moyens consacrés aux hôpitaux psychiatriques vers d'autres secteurs, tandis que d'autres

pensaient tout à fait le contraire. Ce débat indique que le **transfert des moyens financiers du secteur de la santé vers le secteur social** est un sujet très controversé, et que le principe de l'attribution de moyens supplémentaires aux soins ambulatoires au détriment des soins hospitaliers rencontre peu de confiance chez les participants.

Le sujet du **financement des prestataires de soins** a également été abordé à maintes reprises. Il a été dit que le paiement à l'acte des consultations de médecine générale et de psychiatrie entraverait les relations interprofessionnelles et la qualité des soins, et que ce système n'inciterait pas à communiquer avec les autres prestataires et institutions de soins. Au contraire, le paiement d'un montant fixe a été considéré par certains participants comme une solution prometteuse pour favoriser la collaboration et solutionner le problème de l'attractivité du travail. Cette proposition a été principalement mentionnée par des participants venant de services qui appliquent cette méthode de financement. Le paiement à la performance a également été évoqué dans les focus-groupes. Un psychiatre a indiqué que la liberté de créativité et de collaboration était précisément un avantage important de ce type de financement. Un autre focus-groupe a discuté des avantages d'un système de financement mixte, qui combine des paiements forfaitaires et à l'acte.

Au sujet des priorités à définir et de l'**attribution des moyens**, les participants étaient d'avis qu'elles doivent être basées sur les données scientifiques et épidémiologiques.

6.2.5. Contexte politique des soins de santé mentale

Un thème récurrent au sein des focus-groupes a été l'impression d'un manque de courage politique et de vision à long terme en ce qui concerne l'organisation des soins de santé mentale. Certains participants étaient d'avis que les autorités fédérales et régionales devraient accorder une plus grande attention à l'implémentation des décisions de la Conférence interministérielle, en dépassant les dissensions politiques. Ils ont enfin exprimé le besoin d'un cadre politique pouvant servir de base à un renforcement des soins intégrés.



6.2.6. Contexte social des soins de santé mentale

Certains participants ont également abordé la question de la **stigmatisation constante** des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale. Certaines personnes n'oseraient pas ou ne seraient pas en mesure de solliciter de l'aide, ce qui compliquerait la dispensation des soins. Même parmi les prestataires de soins, les avis divergent concernant la possibilité de considérer les patients qui ont des problèmes de santé mentale comme des citoyens « normaux ».

6.3. Discussion

Bien que les focus-groupes ne reflètent « que » les opinions d'un nombre limité d'intervenants, ils sont généralement considérés comme un moyen scientifique valable pour recueillir des opinions. Dans cette étude, la composition des groupes a été soigneusement étudiée, de même que la collecte et l'analyse des données. Les résultats des focus-groupes ont ensuite été utilisés comme input pour l'enquête quantitative afin d'être validés (voir chapitre 7). Il ne peut toutefois pas être exclu que certains groupes aient été sur- ou sous-représentés dans la sélection des stakeholders, ce qui pourrait avoir influencé les résultats.

Les focus-groupes ont fait émerger un large éventail de sujets (comme par exemple l'organisation des soins de crise, les mécanismes de financement), et il n'était pas possible, dans les délais prévus, de confronter chacun de ces sujets à la littérature scientifique existante, ce qui nous aurait mené bien au-delà du cadre de la présente recherche.

Pour une description complète des méthodes et résultats des focus-groupes sur l'offre de soins de santé mentale, voir Chapitre 6 du rapport scientifique Thunus S, Neyens I, Walker C, Hermans K, Smith P, Nicaise P, Van Audenhove C, Lorant V. *Strengths, weaknesses, gaps, and overlaps in the current mental health care supply: a focus group study.*

7. POSSIBILITÉS DE SOLUTIONS ORGANISATIONNELLES : UNE ENQUÊTE QUANTITATIVE BASÉE SUR LE CHOIX

7.1. Enquête quantitative basée sur le choix

A la suite de l'approche qualitative par focus-groupes (voir chapitre précédent), une enquête quantitative utilisant la méthode des choix discrétionnaires a été réalisée afin de consolider les résultats qualitatifs obtenus et d'opérationnaliser les solutions privilégiées par les stakeholders pour soutenir un modèle d'organisation des soins de santé mentale dans la communauté favorisant l'intégration sociale des usagers. Une série de scénarios impliquant diverses combinaisons d'éléments a été proposée en ligne aux personnes interrogées, qui devaient indiquer leur préférence.

L'enquête a été envoyée à 1 174 stakeholders des soins de santé mentale. Au total, 469 personnes ont participé à l'enquête, ce qui correspond à un taux de participation de 40 % (Wallonie = 27 %, Bruxelles = 64 %, Flandre = 37%). Presque 58 % des répondants étaient néerlandophones. Près de 52 % des participants étaient issus de Flandre, 20 % de Wallonie et 28 % de la Région de Bruxelles-Capitale.

Les catégories de stakeholders les mieux représentées étaient constituées de cliniciens, de managers ou de coordinateurs (de réseau ou d'organisation professionnelle). Pour le reste, il y avait 10 % de décideurs politiques, 7 % de représentants de patients ou de prestataires de soins, presque 6 % d'experts et 4 % faisaient partie d'une administration (fédérale ou régionale, INAMI, etc.).



7.2. Résultats

7.2.1. Objectifs de la réforme des soins de santé mentale en Belgique: priorités et préférences

Les **différents objectifs de la réforme** (prendre en charge les usagers dans la communauté ; soutenir les usagers dans leurs objectifs de vie ; garantir la continuité entre le secteur social et le secteur des soins ; aider les usagers à créer des liens avec leur communauté ; les impliquer dans le développement et l'offre de nouveaux services ; intensifier les soins de santé mentale hospitaliers et réduire les durées de séjour) sont tous considérés comme relativement prioritaires et devraient donc être **poursuivis ensemble**. Toutefois, **l'objectif le plus prioritaire** dans les trois régions est de **garantir la continuité** entre le secteur social et le secteur des soins, confirmant les résultats de l'enquête qualitative (voir chapitre précédent). L'objectif considéré comme le **moins prioritaire** est **l'intensification des soins de santé mentale hospitaliers et la réduction des durées de séjour**. Les décideurs politiques et les experts attribuent une plus grande importance à ce dernier objectif que les cliniciens, les managers de services et les représentants d'usagers.

7.2.2. Dimensions de l'organisation des soins de santé mentale: priorités et préférences

Les résultats de l'enquête indiquent qu'identifier le **groupe cible des interventions** est considéré comme **l'aspect le plus important de l'organisation de soins**. Les stakeholders sont majoritairement d'accord sur le fait que la population socialement défavorisée nécessitant des soins de santé mentale doit être prioritaire par rapport à l'ensemble de la population nécessitant des soins de santé mentale ou aux personnes présentant de graves problèmes de santé mentale. Les stakeholders soutiennent une **organisation des soins différenciée selon le groupe cible**. Ce résultat confirme également les résultats de l'enquête qualitative

(voir chapitre précédent). En particulier, les stakeholders privilégient une **organisation géographique des soins** pour certains groupes cibles spécifiques tels que les **personnes avec des troubles de santé mentale sévères** ou les **personnes socialement défavorisées avec des besoins en santé mentale**. Pour cette dernière population, les stakeholders privilégient également un **mode de financement des prestataires par épisode de soins** plutôt qu'un financement à l'acte, notamment en vue de soutenir les prises en charge partagées entre plusieurs prestataires dans une logique de réseau. Il semble important d'envisager des mécanismes d'organisation différenciés car il n'existe pas de mécanisme de provision, de coordination ou de financement des soins qui réponde adéquatement à l'ensemble des situations individuelles des usagers, en particulier ceux aux besoins complexes.ⁿ

La deuxième dimension considérée comme prioritaire pour l'organisation des soins de santé mentale concerne les modalités d'organisation de la coordination des soins entre prestataires. Le modèle de coordination dominant actuellement est le « linkage », dans lequel l'utilisateur est de fait le coordinateur de ses propres soins entre les différents prestataires qu'il rencontre. Cependant, les stakeholders préféreraient un modèle de coordination plus formel, dans lequel **les différents prestataires se coordonnent entre eux**. Toutefois, bien que les stakeholders veuillent renforcer la coordination des prestataires, ils ne souhaitent pas formaliser systématiquement les trajets de soins des usagers. Ils privilégient une **organisation des trajets de soins** qui reste **informelle et flexible pour les usagers avec des problématiques complexes et sévères**, et la mise en place de **mécanismes plus formels pour la population générale** ayant des besoins en santé mentale non-sévères, afin d'optimiser l'utilisation des ressources existantes, et pour éviter l'utilisation inadéquate de services et les longues listes d'attente.

ⁿ Ce constat est en accord avec la littérature scientifique (Leutz, 2005; Leutz, 1999)



Tout en y accordant moins d'importance, les stakeholders favorisent un mécanisme de financement à l'épisode des prestataires plutôt qu'à l'acte et une mise en commun de ressources financières entre divers prestataires plutôt qu'un financement individuel par prestataire. Dans le domaine des soins de santé mentale et dans le cadre de cette enquête, ces choix indiquent un changement de paradigme dans le contexte belge.

7.2.3. Interventions organisationnelles: priorités et préférences

Les **interventions organisationnelles** considérées comme **prioritaires** par les répondants sont la mise en place **d'un plus grand nombre de services à bas seuil d'accès, d'alternatives au logement et de services de psychothérapie**. L'importance d'accéder à des soins adéquats et dans un délai raisonnable est commune à ces trois types d'interventions. Une fois encore, ces choix confirment les résultats de l'enquête qualitative (voir chapitre précédent), notamment en ce qui concerne les longues listes d'attente, la difficulté de trouver un logement et l'accès aux interventions de psychothérapie, particulièrement pour les usagers avec des problématiques sévères et complexes. Un système de partage et d'enregistrement des données et une aide à l'emploi ont été considérés comme des aspects moins importants.

7.2.4. Résultats complémentaires issus d'entretiens personnels et de remarques ouvertes au cours de l'enquête

Le **manque de continuité des soins** résultant de la fragmentation du secteur social et du secteur des soins a été défini comme un problème important en Belgique par la majorité des stakeholders. La recherche d'une solution à ce problème est donc considérée comme un objectif prioritaire. Afin d'assurer cette continuité, les stakeholders sont d'avis que les prestataires de soins devraient partager une vision commune du traitement et du rétablissement souhaité, vision commune qui est actuellement insuffisante.

Les stakeholders ont souligné l'importance de **l'intégration des soins et des usagers dans la communauté**. Selon eux, la stigmatisation par la société (p. ex. l'idée que les personnes qui ont des problèmes de santé mentale sont responsables de leur maladie, qu'elles sont dangereuses ou

qu'elles sont incapables de travailler) reste toujours problématique en Belgique.

De nombreux stakeholders ne perçoivent pas l'intensification des soins de santé mentale hospitaliers et la réduction des durées de séjour comme un objectif en soi, mais plutôt comme un moyen d'atteindre les autres objectifs de la réforme. Selon plusieurs stakeholders, l'intensification des soins hospitaliers nécessite que **des alternatives communautaires et un transfert des ressources vers ces alternatives soient prévus**, ce qui n'est actuellement pas suffisamment le cas. Certains ajoutent que le financement insuffisant du secteur ambulatoire par rapport au secteur hospitalier est paradoxal lorsque l'on vise à la désinstitutionnalisation et aux soins dans la communauté.

Ils ont également signalé qu'en réduisant uniquement le nombre de lits dans les hôpitaux sans prévoir suffisamment d'alternatives, certaines personnes risquent de se retrouver dans des situations précaires, p. ex. devenir sans-abri ou ne plus avoir accès aux services sociaux et de santé.

Plusieurs stakeholders ont indiqué que les **services génériques** (p. ex. médecins généralistes, services sociaux) sont très importants car ils établissent souvent le premier contact avec le patient. Ils permettent de toucher une série de groupes cibles plus complexes ou hésitants qui n'ont pas ou peu d'accès à des services plus spécialisés.

Certains stakeholders ont expliqué que les questions de financement sont indispensables dans une réforme, mais qu'il s'agit d'une dimension complexe et controversée.

Ils mettent également en avant différentes formes de réinsertion à l'emploi (volontariat, emploi protégé, etc.), qui ne sont pas réalistes pour tous les usagers.



7.3. Discussion

Les résultats ont révélé un certain nombre de différences entre les types de stakeholders. Ainsi, les décideurs politiques et les experts se distinguent parfois des prestataires de soins, des gestionnaires ou des représentants des patients et de leurs familles. Par exemple, la réduction de la durée de séjour dans les hôpitaux a été jugée plus importante par les décideurs que par les autres types de stakeholders. Les décideurs ont aussi donné plus d'importance à une organisation géographique des soins, à une plus grande formalisation des trajets de soins et au soutien à une reprise du travail.

Quelques différences entre les régions sont également apparues. Par exemple, les stakeholders flamands ont accordé plus d'importance à l'intégration des services et à la mise en commun des ressources financières et logistiques au niveau d'un réseau que les stakeholders de Wallonie et de Bruxelles. Les stakeholders wallons attachent au contraire une plus grande importance au financement par prestation et directement au prestataire de soins.

Il est important que la réforme future de l'organisation des soins de santé mentale tienne compte de ces différences de points de vue et de priorités entre le terrain et le monde politique, et entre les régions.

Les résultats de cette enquête quantitative menée auprès d'un grand nombre de personnes d'horizons différents confirment globalement les conclusions qualitatives des focus-groupes.

Une des limites de l'enquête est qu'il est possible que tous les stakeholders ne comprennent pas tous les termes utilisés de manière non équivoque, bien que beaucoup d'efforts aient été déployés pour éviter cet écueil. Les stakeholders ont également eu peu d'occasions d'expliquer leurs choix dans l'enquête.

Pour une description complète des méthodes et résultats de l'enquête quantitative sur l'organisation des soins de santé mentale, voir Chapitre 7 du rapport scientifique (Smith P, Nicaise P, Neyens I, Hermans K, Thunus S, Walker C, Van Audenhove C, Lorant V. *Values and sets of possible organisational solutions: a choice-based stakeholder analysis survey*).

8. ACCEPTABILITÉ DES ÉVENTUELLES RÉFORMES ORGANISATIONNELLES DES SOINS DE SANTÉ MENTALE, D'APRÈS UNE LARGE CONSULTATION DES STAKEHOLDERS

8.1. Introduction

Les chapitres précédents ont montré que plusieurs aspects de l'actuelle organisation des soins de santé mentale en Belgique peuvent encore être améliorés. Il n'est toutefois pas clairement établi si les éventuelles réformes sont acceptables pour les acteurs du secteur de la santé mentale. C'est pourquoi une enquête a été réalisée afin de recueillir l'avis d'un maximum de stakeholders.

8.2. Comment avons-nous procédé ?

Comme indiqué dans le Chapitre 5, de nombreuses organisations d'envergure mondiale ont défini des cadres de recommandations pour l'organisation des soins de santé mentale. Nous avons d'abord sélectionné certaines de ces recommandations et nous y avons ajouté des éléments développés sur la base des résultats décrits dans les chapitres précédents et dans la littérature scientifique récente. Une première liste de 416 recommandations a été établie. Après un processus de déduplication, sélection et/ou reformulation (adaptée au contexte belge), la liste a finalement inclus 63 recommandations ou propositions, qui ont ensuite été soumises à l'avis des stakeholders interrogés. Ceux-ci pouvaient réagir au moyen de réponses de type « pas (du tout) d'accord / (totalement)



d'accord »^o et d'une seule question ouverte « si vous pouviez changer une seule chose au niveau de l'organisation des soins de santé mentale en Belgique, quelle serait-elle ? ».

L'enquête a été envoyée par mail à plus de 7 500 personnes et organisations du secteur des soins de santé mentale, et diffusée via les réseaux sociaux en demandant d'y répondre et de la partager. Au total, 1 564^{pq} questionnaires utilisables ont été reçus. La majorité des personnes ayant répondu étaient âgées de 30 à 65 ans (87 %), impliquées dans les soins de santé mentale (84 %) et néerlandophones (58 %). Les organisations auxquelles ces personnes étaient liées étaient majoritairement situées en Flandre (55,6%), puis en Wallonie (29,5%) et enfin en région de Bruxelles-Capitale (14,9%).

8.3. Résultats

8.3.1. Politique des soins de santé mentale

Plus de 75% des personnes ayant répondu à l'enquête étaient d'accord sur la trop grande fragmentation actuelle des compétences au niveau de l'organisation des soins de santé mentale et sur la nécessité d'une meilleure centralisation. Elles étaient également d'avis que les réseaux devraient être mieux organisés sur le plan géographique, que le Groupe de travail Intercabinet « Taskforce soins de santé mentale » devrait soutenir plus énergiquement les réformes déjà en cours (visant principalement à poursuivre l'intégration des soins de santé mentale dans la communauté, notamment via une augmentation des effectifs et une expansion des équipes mobiles) et sur le fait que les autorités compétentes devraient développer des plans d'action clairs, avec des objectifs mesurables. On perçoit par contre certaines hésitations (36,4% de pas d'accord) sur la question de savoir dans quelle mesure la Taskforce devrait mesurer annuellement les objectifs du système.

^o Il n'était pas possible de répondre 'sans opinion' ni de justifier ses réponses.

^p Toutes les questions étaient obligatoires.

8.3.2. Offre et accessibilité des soins de santé mentale

Plus de 75% des répondants étaient d'accord pour dire que l'offre de soins de santé mentale devrait être plus visible et plus facilement accessible (accès à bas seuil) pour toutes les personnes qui en ont besoin (pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale ainsi que pour leur environnement et pour les aidants informels). Des soins appropriés devraient également être fournis à ces personnes. Des soins d'urgence accessibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 leur semblent également nécessaires dans le cadre d'un réseau 107. Un généraliste devrait également pouvoir contacter un psychiatre 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 quand il est confronté à des personnes souffrant de problèmes de santé mentale aigus. Par ailleurs, les répondants ont indiqué qu'au sein de chaque réseau 107, le secteur somatique devrait être davantage impliqué dans la gouvernance du réseau et dans la dispensation des soins, et que les soins informels, les soins primaires, les soins de santé mentale spécialisés, les secteurs du bien-être, du travail, du logement et de l'éducation devraient aussi y être représentés.

Environ 62 % des répondants ont indiqué que certaines personnes ayant des problèmes de santé mentale devraient avoir priorité dans les soins ; ils entendaient principalement par là les personnes ayant des problèmes de santé mentale aigus, suivies par les personnes ayant de graves problèmes de santé mentale. Ils étaient d'avis que l'offre actuelle devrait surtout être élargie aux personnes vulnérables. Plus de 85% des répondants étaient d'avis que les stratégies suivantes devraient être mises en place : élargir le nombre d'organismes qui travaillent avec les populations vulnérables, améliorer la formation des professionnels de la santé afin qu'ils comprennent mieux leurs besoins, augmenter le nombre de plans de prévention et améliorer l'accès au système de soins de santé mentale. Environ 75 % des répondants étaient d'avis que les personnes ayant des problèmes de santé mentale légers ou modérés devraient recevoir des soins fondés sur des données probantes. Afin d'accroître l'inclusion dans la

^q 1210 personnes ont répondu à toutes les questions



société, selon les personnes interrogées (>85%), une attention particulière devrait également être accordée aux services de réadaptation psychosociale et à des solutions de logement suffisamment accessibles (par exemple, à proximité du centre des communes) et qui fournissent un soutien personnalisé.

Selon plus de 80% des répondants à l'enquête, il serait nécessaire de prévoir des points (supplémentaires) d'accès et d'information facilement accessibles et que des mesures devraient être prises pour réduire les listes d'attente (environ 60 % des répondants estimaient qu'une liste d'attente centrale devrait être créée à cette fin). Plus de 80% des personnes interrogées ont estimé qu'un registre central et complet de toute l'offre de soins de santé mentale devrait être établi et tenu à jour.

Ce registre devrait contenir des informations spécifiques sur les prestataires de soins, l'offre de soins, les résultats, les délais, l'accessibilité, la formation, l'accréditation et le prix. Un peu moins de répondants (67 %) étaient d'accord avec l'obligation d'inscription en échange de mesures financières ou d'une accréditation. Environ 40 % des répondants étaient réticents à l'idée de partager des informations via le dossier électronique du patient/client. Les réticences étaient encore plus importantes (> 50%) au sujet de l'évaluation / enregistrement dans le module BelRAI (besoins, processus de soins, interventions et résultats).

Plus de 60 % des personnes interrogées étaient d'avis que l'offre d'applications e-health pour les soins de santé mentale devrait être élargie et remboursée après une évaluation positive.

Les répondants souscrivaient en grande partie (>85%) à l'idée que les soins de santé mentale doivent reposer sur la réadaptation plutôt que sur une approche « curative ». Et plus de 85% des opinions convergeaient sur le fait que l'offre de soins de santé mentale devrait reposer sur les besoins des patients et que davantage d'études devraient être réalisées sur le sujet, par exemple, en élargissant la part des soins de santé mentale dans l'Enquête nationale de santé effectuée tous les 5 ans (> 85 %) et en développant la recherche sur les thérapies innovantes efficaces et les modèles organisationnels (> 75 %).

Environ 70 % des répondants étaient d'accord pour dire que le diagnostic et les interventions en soins de santé mentale devraient être fondés sur des guidelines, les écarts par rapport à ces guidelines devant alors faire l'objet d'une discussion approfondie dans le dossier du patient/client.

Près de 70 % des personnes interrogées n'étaient pas d'accord sur le contrôle de l'accès aux soins de santé mentale spécialisés par un « gatekeeper ». Parmi ceux qui étaient en faveur d'un tel contrôle, 75 % pensaient que le médecin généraliste devrait assumer ce rôle, en collaboration ou non avec un autre professionnel de la santé.

L'idée d'un « case manager » pour guider les gens dans le paysage des soins de santé mentale a été appuyée par près de 70 % des répondants, surtout pour les problèmes de santé mentale complexes ou aigus.

8.3.3. *Stigma*

Plus de 80 % des répondants ont indiqué qu'il devrait y avoir davantage de campagnes de lutte contre la stigmatisation, que la connaissance des soins de santé mentale chez les jeunes devrait être renforcée par l'enseignement, que des campagnes de sensibilisation devraient être organisées par les médias et que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, leurs familles et leurs aidants proches devraient être informés, dans un langage accessible, sur les maladies, les traitements et le principe de rétablissement.

8.3.4. *Implication du patient et de sa famille*

Même si la plupart des personnes ayant répondu à l'enquête étaient d'accord sur le fait que des moyens supplémentaires devraient être investis pour l'implication des patients experts de vécu et de leur famille, les avis divergeaient (une moitié de « pas d'accord ») sur l'étendue de cette implication dans les comités directeurs et les soins directs aux patients (par exemple, donner des conseils au sein d'une équipe mobile sur le plans de traitement individuel de personnes souffrant de problèmes de santé mentale). Par ailleurs, les répondants ont indiqué (>75 %) que des discussions interdisciplinaires autour du patient/client devraient être organisées avec la participation des prestataires de soins formels et informels. Plus de 75 % étaient d'accord pour dire que les plans de traitement devraient être élaborés sur la base d'une consultation entre le



fournisseur de soins et le patient/client et devraient être inclus dans le dossier du patient/client.

8.3.5. *Financement des soins de santé mentale*

En réponse à la question ouverte sur **la première chose que les répondants souhaiteraient changer au niveau des soins de santé mentale, ce sont le financement et aussi les autres ressources qui ont principalement été évoqués**. D'après certains répondants, ces moyens devraient être augmentés. Environ trois-quarts étaient d'accord sur le fait que les hôpitaux psychiatriques devraient être financés autrement et que le financement devrait reposer sur des indicateurs de qualité (66%) et des trajets de soins (63%). L'idée de financer les soins de santé mentale au niveau d'un réseau plutôt qu'au niveau des prestataires de soins n'a été soutenue que par la moitié des personnes interrogées. Une majorité était d'avis que les soins de première ligne devraient jouer un rôle plus central dans les soins de santé mentale, et environ 28% pensaient que cela n'impliquait pas que ces soins soient entièrement remboursés.

8.4. Discussion

La conception de l'enquête ne laissait pas aux répondants l'occasion d'expliquer leurs choix et il ne leur était pas possible de laisser une question sans réponse, ce qui en a déçu certains. Toutefois, de nombreux stakeholders y ont participé et ont donné leur opinion. Bien sûr, des divergences d'opinion sont apparues, mais bon nombre des mesures proposées ont été appuyées par les répondants, comme le montrent les résultats. Les pourcentages indiqués sont un indicateur plutôt qu'une mesure quantitative précise.

Une des limitations de l'enquête est qu'il est possible que tous les répondants n'aient pas compris tous les termes utilisés de manière non équivoque, bien que beaucoup d'efforts aient été déployés pour éviter cela autant que possible.

Pour une description complète des méthodes et résultats de l'enquête réalisée auprès des acteurs des soins de santé mentale, voir Chapitre 8 du rapport scientifique (Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Mistiaen P, Ricour C. *Acceptability of possible recommendations for future mental health care organisation in Belgium: a stakeholder survey*).



9. DISCUSSION ET CONCLUSION

Ce projet visait à décrire l'organisation des soins de santé mentale pour adultes en Belgique, y compris l'identification de leurs lacunes et des recoupements possibles entre services existants, et à évaluer dans quelle mesure le système belge était conforme aux cadres internationaux. Cependant, il est rapidement devenu évident que nous ne disposions pas de données quantitatives de bonne qualité et qu'il n'y avait donc pas de preuves « concrètes » sur lesquelles fonder nos constats et nos recommandations. Par conséquent, le présent rapport est essentiellement basé sur des opinions de stakeholders, mais celles-ci ont été recueillies au moyen de trois méthodes de recherche différentes. Compte tenu de l'ampleur de cette collecte d'opinions, il convient donc de la considérer comme un signal fort.

À peu près tout le monde doit affronter, à un moment ou l'autre de sa vie, un problème de santé mentale. Cela ne signifie pas pour autant que tout le monde ait besoin de soins de santé mentale. Nombreux sont ceux qui poursuivent leur vie en gérant ces problèmes, ou qui se rétablissent spontanément. D'autres ont besoin d'un soutien ou d'une prise en charge pour se sentir bien et pouvoir fonctionner dans la société.

Lorsqu'un pays souhaite un système performant de soins de santé mentale il est très important de connaître d'abord le **nombre de personnes ayant besoin de ces soins, le type de soins nécessaires et les prestataires pouvant offrir ces soins**. La santé mentale, telle que définie par l'OMS, est néanmoins une notion très large, et cette remarque vaut également pour le terme de « problèmes de santé mentale ». Les limites des soins de santé mentale sont donc difficiles à définir et les besoins englobent de nombreuses composantes autres que les seuls aspects médicaux, psychiatriques et psychologiques. Les compétences d'autres secteurs, notamment celui des services sociaux, sont également essentielles.

Les personnes interrogées dans le cadre de cette recherche s'accordent à dire que l'organisation des soins de santé mentale doit être **fondée sur les besoins des individus**, conformément aux recommandations des cadres internationaux. (Organisation Mondiale de la Santé Comité régional de l'Europe, 2013) Cependant, **il ne semble pas exister de données fiables** sur ces besoins dans notre pays, et il est par conséquent impossible de déterminer si les soins actuels sont suffisants et appropriés. La plupart des répondants estiment qu'il faudrait investir davantage de ressources (financières et humaines) pour rendre le secteur de la santé mentale performant^r. Pour l'instant, encore une fois en raison d'un manque de données, il est impossible d'évaluer la performance de l'organisation actuelle des soins de santé mentale.

Afin de pouvoir répondre, à l'avenir, à ces questions importantes, **des systèmes d'enregistrement efficaces** devraient être mis en place pour enregistrer la prévalence et la gravité des problèmes de santé mentale, les besoins en soins, l'offre de soins, les prestataires impliqués, les usagers, l'utilisation, les trajectoires des soins, les coûts, les résultats et la qualité. Ces systèmes devraient être conçus de telle sorte qu'ils profitent en premier lieu à tous ceux qui participent au processus de soins, qu'ils puissent être utilisés aisément au quotidien et de telle manière que les données nécessaires à la recherche et à la gestion au niveau local et national puissent en être extraites facilement et en toute sécurité.

Il faut cependant garder à l'esprit que, dans les soins de santé mentale, l'aspect personnel et relationnel entre le patient et le prestataire de soins est essentiel, mais difficile à mesurer^s. C'est pourquoi la formalisation et la normalisation devraient être introduites avec la prudence nécessaire.

Les enquêtes réalisées dans le cadre de ce rapport ont également montré qu'il existe une controverse sur le terrain quant à l'opportunité et à la manière

^r L'organe consultatif pour adultes Psy-107 plaide également dans son mémorandum pour une augmentation du budget des soins de santé mentale (Overlegorgaan Volwassenen Psy 107, 2019)

^s Dans un tout récent rapport, le Conseil supérieur de la santé (Hoge Gezondheidsraad, 2019) a également recommandé que les systèmes d'enregistrement formels qui ne couvrent pas suffisamment le contenu et la nature des soins soient traités avec la prudence requise.



de mesurer la performance du système. Nous avons également pu observer une résistance à l'enregistrement des soins, des processus et des résultats.

La plupart des répondants ont exprimé l'idée que le financement des hôpitaux psychiatriques devrait évoluer, en particulier en ce qui concerne les indicateurs de qualité et les parcours de soins (comme cela est également proposé dans les cadres internationaux). (Organisation Mondiale de la Santé Comité régional de l'Europe, 2013) Toutefois, les stakeholders ont également rappelé qu'il s'agit d'une question complexe et controversée^t.

L'une des principales observations de cette étude, mise en lumière dans la description de l'offre de soins et confirmée lors des focus-groupes et des enquêtes, est la **complexité et la fragmentation** de l'organisation des soins de santé mentale en Belgique, encore compliquée par la fragmentation des compétences (fédérales et régionales)^u. D'après certains répondants, cette complexité du système entrave l'**accessibilité des soins** car il n'est pas évident pour les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale de savoir où trouver de l'aide et qui est le prestataire ou l'organisation de soins le plus adéquat. Même les organismes sociaux et de santé mentale, et même les professionnels du domaine, rencontrent des difficultés à y trouver leur chemin. Il a donc été proposé dans certains focus-groupes de prévoir un nombre suffisant de points d'accès et d'information à bas seuil d'accès, afin d'augmenter cette accessibilité. Ceci a été confirmé dans les deux enquêtes qui leur ont fait suite^v. Il a également été dit que l'accès aux

soins est difficile à cause du manque de clarté dans la définition des groupes-cibles.

Afin d'obtenir une meilleure vue d'ensemble des institutions de soins de santé mentale, un grand nombre de répondants à l'enquête ont approuvé la proposition de créer et de tenir un registre centralisé et complet. Ce registre devrait contenir des informations spécifiques sur les prestataires de soins, les soins prestés, les résultats, le temps d'attente, l'accessibilité, l'éducation, l'accréditation et le prix.

Le problème des listes d'attente a souvent été évoqué, mais on ne sait rien de son ampleur réelle, suite au manque de données. Quant à la **continuité des soins**, elle est considérée comme compromise par les nombreux obstacles qui entravent la collaboration entre le secteur des soins de santé mentale et le secteur social.

Le système belge de soins de santé mentale est « en mutation ». Au cours de ces dernières décennies, plusieurs réformes successives ont permis le passage progressif d'un système hospitalier vers une approche ambulatoire et orientée vers la communauté, notamment grâce à la création de réseaux de soins et d'équipes mobiles. Notre pays suit en cela les recommandations de nombreuses instances internationalement reconnues. Cette approche est également appuyée par la plupart des répondants aux enquêtes, qui étaient d'avis que le groupe de travail Intercabinet « Task Force Soins de Santé mentale » a pris le bon chemin avec les réformes déjà en cours, notamment en ce qui concerne l'intégration des soins de santé

^t L'avis du Conseil national des établissements hospitaliers (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2015) et les idées exprimées par Decoster (Decoster, 2018) pourraient peut-être être mises à profit.

^u Balthazar et Cloet ont récemment décrit les soins de santé mentale comme « un enchevêtrement où les maux de tête sont difficiles à éviter » dans le cahier 'Minder versnippering, meer zorg. De nood aan een heldere en werkbare bevoegdheidsverdeling in de gezondheidszorg' (Balthazar and Cloet, 2019). Le 'Psy-107 Overlegorgaan voor Volwassenen' et Zorgnet-Icuro plaident également en faveur d'une réglementation claire et coordonnée des compétences (Overlegorgaan Volwassenen Psy 107, 2019; Zorgnet-Icuro, 2019).

^v Dans son rapport de juin 2019, le Conseil supérieur de la santé déclare également que « la prise en charge des troubles psychologiques doit se faire de manière non médicalisante, quelle que soit leur gravité, la perspective et la signification étant centrales. Cela nécessite des structures d'aide accessibles » et « que l'aide et le soutien pour les plaintes psychologiques soient également possibles sans diagnostic formel comme condition préalable à une aide professionnelle. Il est préférable de traiter certaines plaintes psychologiques par le biais d'un soutien psychosocial et d'un soutien psychologique à bas seuil » (Hoge Gezondheidsraad, 2019).



mentale dans la communauté. La plupart des répondants ont donc indiqué que cette politique devrait être davantage soutenue et renforcée, par exemple par le développement des équipes mobiles^w.

La Task Force Soins de Santé mentale pourrait également prendre des initiatives dans d'autres domaines, tels que l'enregistrement et l'échange de données, le financement approprié au-delà des dissensions entre prestataires de soins et entre niveaux de compétences, le lancement de recherches, etc., et ce en utilisant les instruments à sa disposition, comme la législation, les mesures de soutien et les ressources financières.

De nombreux objectifs ont déjà été atteints, mais d'autres évoluent plus lentement. Ainsi, le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques reste élevé par rapport aux autres pays européens.(OECD, 2019) Et les acteurs de terrain ont signalé certains problèmes à maintes reprises, notamment le manque de logements dans la communauté.

Notre pays se trouve donc face à des défis de taille pour rendre et garder le système des soins de santé mentale performant, adéquat, financièrement abordable et accessible. Tout d'abord, **l'incidence et la prévalence des problèmes de santé mentale et les besoins en soins doivent être régulièrement évalués au sein de la population belge. Une liste de tous les prestataires de soins de santé mentale doit être dressée**, indiquant leur expertise et leurs activités ainsi que le temps/les moyens nécessaires pour mener à bien leurs soins.

Ce n'est que si l'on dispose de **ces informations** qu'il sera possible d'évaluer l'adéquation de l'offre de soins par rapport aux besoins, et de savoir si les soins de santé mentale sont correctement organisés.

La collecte et l'analyse de ces données prendra beaucoup de temps. **Dans l'attente, d'autres initiatives pourraient néanmoins être prises pour améliorer le système actuel.** Ainsi par exemple, le passage vers une approche davantage orientée vers la communauté pourrait être accéléré en fermant plus de lits dans les hôpitaux psychiatriques et en utilisant les

moyens économisés pour développer des équipes mobiles ou d'autres soins ambulatoires, ou pour faciliter l'accès aux psychologues de première ligne (voir aussi (Kohn *et al.*, 2016))^x. Un financement plus cohérent et plus centralisé des soins de santé mentale (incluant la prévention, la promotion de la santé mentale, les soins médicaux et sociaux) pourrait également constituer un pas en avant. L'investissement dans le système e-health et les règles de remboursement pour ce nouveau type de soins pourraient être pris en considération.

Nous devons également mentionner que la présente étude présente un certain nombre de **limitations**. Ainsi, elle ne prend pas en compte les soins de santé mentale pour les enfants. On sait pourtant que de nombreux problèmes de santé mentale de l'âge adulte trouvent leur origine dans l'enfance.(Fryers and Brugha, 2013;Furber *et al.*, 2017;McLafferty *et al.*, 2018;Oldehinkel and Ormel, 2015) La performance du système des soins de santé mentale pour les adultes dépend dès lors de celle des soins aux enfants, et les deux systèmes doivent être interconnectés. Cette étude ne traite pas non plus de la prévention des problèmes de santé mentale, alors qu'il est également évident qu'une prévention adéquate et une détection précoce permettent de réduire considérablement la gravité et l'ampleur des problèmes.(D'Arcy and Meng, 2014;Furber *et al.*, 2015) La prévention doit donc être une composante essentielle d'une politique coordonnée des soins de santé mentale. C'est également le cas pour la promotion de la santé mentale (à l'école, au travail), dont l'efficacité est également clairement démontrée.(Fenwick-Smith *et al.*, 2018;Forsman *et al.*, 2011;O'Reilly *et al.*, 2018) La prévention et la promotion ont une place importante dans les cadres internationaux pour l'organisation des soins de santé mentale, comme mentionné dans le Chapitre 5 de cette synthèse. La déstigmatisation est également efficace pour inciter les personnes à rechercher de l'aide et pour faciliter l'accès aux soins.(Clement *et al.*, 2015;Schnyder *et al.*, 2017;Thornicroft *et al.*, 2016)

^w Le Psy-107 Overlegorgaan voor Volwassenen recommande aussi que la réforme engagée au cours de la précédente législature soit renforcée. (Overlegorgaan Volwassenen Psy 107, 2019)

^x La diversité des interventions et des prestataires de soins et les niveaux auxquels ils interviennent sont présentés dans le rapport du KCE 265 (Kohn *et al.*, 2016).



On observe de grandes variations dans les documents consultés au sujet de chiffres apparemment simples et robustes (p. ex. le nombre de lits dans les établissements psychiatriques ou la durée de séjour). Cela peut s'expliquer par les nombreuses manières différentes dont ils peuvent être interprétés. Les statistiques officielles dépendent dans une large mesure de la qualité des données fournies par les institutions et d'un traitement sans ambiguïté par les autorités. Par conséquent, les chiffres présentés dans ce rapport doivent être interprétés avec la nuance nécessaire.

D'autres limitations de cette étude ont déjà été soulignées dans l'introduction : nous n'avons effectué aucune recherche sur les besoins en soins de santé mentale en raison du manque de données, ni aucune analyse de l'efficacité des différentes méthodes de traitement ou d'accompagnement, aucune recherche sur la perception des rôles et les prestations effectives des divers prestataires de soins, et aucune estimation des répercussions budgétaires des mesures éventuelles.

Il reste donc encore de nombreuses questions sans réponse et il est urgent d'élaborer un programme de recherche sur le contenu et l'organisation des soins de santé mentale ; ceci a également fait l'objet de l'approbation d'une grande majorité des stakeholders ayant participé aux enquêtes.^y

L'organisation des soins de santé mentale en Belgique a subi plusieurs réformes au cours de ces dernières décennies ; ces réformes s'appuient sur les recommandations d'organisations mondialement reconnues. **De nombreux objectifs sont déjà atteints mais d'autres défis nous attendent encore.**

^y Récemment (16/07/19), le Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (Association flamande de psychiatrie) a déclaré « qu'il est du devoir de la psychiatrie de ne pas rester dans le vague, mais de promouvoir la recherche scientifique approfondie ». (<https://www.knack.be/nieuws/gezondheid/psychiatrische-patienten-verdienen-de-best-mogelijke-diagnose/article-opinion-1487663.html>)



10. RECOMMANDATIONS

Numéro	Recommandation
Disclaimer	Comme indiqué dans la discussion, les conclusions – et par conséquent les recommandations – de ce projet reposent en grande partie sur les opinions de stakeholders car il existe peu de données quantitatives fiables.
Préambule	Compte tenu du disclaimer, il est d'une importance capitale de mettre en place et de maintenir de bons systèmes d'encodage en ce qui concerne la prévalence, la gravité, les besoins en soins, les prestataires, l'offre, les utilisateurs, l'utilisation, les coûts, les résultats et la qualité. Ces systèmes devraient être conçus de telle sorte qu'ils profitent en premier lieu à toutes les personnes impliquées dans le processus de soins, qu'ils puissent être utilisés aisément dans les soins quotidiens et que les données nécessaires à la recherche et à la gestion aux niveaux local et national puissent en être extraites facilement et en toute sécurité. Comme cet exercice prendra beaucoup de temps, une politique forte et claire doit être menée dans l'intervalle et les recommandations 2 à 7 doivent être considérées sous cet angle.
Recommandation 1	<p>Afin de pouvoir vérifier et suivre dans le temps l'adéquation et la performance du système des soins de santé mentale, conformément aux objectifs du cluster 4 « prestataires de soins et institutions de soins » du Plan d'action e-Santé 2019-2021 (https://www.health.belgium.be/fr/plan-dactions-e-sante-2019-2021), les autorités compétentes doivent optimiser la collecte et l'encodage des données de soins de santé mentale sur trois niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prévalence, la nature et la gravité des problèmes de santé mentale et les besoins en soins (chacun de ces éléments selon une périodicité adéquate) doivent être consignés d'une manière validée et systématique au cours d'un sondage représentatif, par exemple dans le cadre de l'Enquête nationale de santé périodique. • L'offre de soins de santé mentale et des domaines associés (p. ex. soins de santé générale, bien-être, assistance sociale, logement, aide à l'emploi, etc.) doit être consignée dans un registre d'une manière systématique et facilement compréhensible pour les prestataires de soins et la population générale, et les informations doivent être tenues à jour. Les enregistrements existants à ce sujet (p. ex. la carte sociale, etc.) doivent être regroupés et rendus compatibles. Ce registre publiquement accessible doit inclure des informations sur les données de contact, la nature de l'offre de soins, les groupes cibles, les critères de dispensation des soins, la disponibilité et le délai d'attente. Les autorités compétentes doivent développer un cadre (légal) pour ce registre et en financer la création. • L'utilisation des soins de santé mentale, en milieu hospitalier et en ambulatoire, doit être encodé de façon systématique, de manière à faciliter les échanges d'informations entre les prestataires de soins, à être en mesure de consigner les trajets de soins au sein du système et à pouvoir détecter les lacunes de ce même système. Le système d'encodage doit être tel qu'il permet de garantir l'accord du patient, la protection de sa vie privée et le respect du secret médical, mais aussi d'optimiser la continuité des soins. Au niveau de l'utilisateur individuel, le système d'encodage doit au moins inclure une identification (cryptée) du patient, une date d'inscription, une date de début et de fin de traitement, la plainte principale, les besoins en soins, les objectifs des soins et le traitement principal ; les résultats des soins doivent également être introduits ultérieurement. <p>Les autorités compétentes doivent développer un cadre (légal) pour l'encodage des données mentionnées ci-dessus et financer la création et la tenue à jour du registre. Dans ce processus, les gouvernements doivent accorder beaucoup d'attention au soutien des utilisateurs/encodeurs.</p>
Recommandation 2	Les autorités fédérales et fédérées compétentes pour les soins de santé, le bien-être et les affaires sociales doivent poursuivre de manière conjointe la politique actuelle en matière de soins de santé mentale et la soutenir énergiquement.



À cette fin, il convient de renforcer la législation et les mesures de soutien (financier) visant à améliorer le développement et l'accessibilité des soins de santé mentale dans la communauté (p. ex. services de santé mentale, initiatives d'accueil, équipes mobiles, soins psychologiques de première ligne, applications e-health et autres) et à améliorer la continuité entre les traitements hospitaliers et ambulatoires.

Les autorités compétentes doivent également veiller à ce que les interventions de première ligne soient financièrement abordables pour tous, en particulier pour les groupes socialement défavorisés

Recommandation 3

Afin de prévenir les problèmes de santé mentale et d'offrir une aide adéquate et en temps opportun aux personnes qui présentent des problèmes de santé mentale, le sujet de la santé mentale ne doit plus être tabou ; il doit être déstigmatisé, tant au sein de la population générale qu'auprès des employeurs et des prestataires de soins. Il existe pour cela diverses possibilités : campagnes médiatiques, incorporation de la santé mentale et du bien-être dans les programmes d'enseignement général et dans les programmes de formation des prestataires de soins.

Recommandation 4

Afin d'orienter de manière optimale et en temps opportun (de manière précoce) les personnes présentant des problèmes de santé mentale vers une offre de soins adéquate, plusieurs formes de « points d'accès et d'information » facilement accessibles doivent exister. Ces points d'accès doivent être disponibles et adéquats pour chaque groupe cible, et être physiquement ou numériquement accessibles.

Ces points d'accès doivent également être ouverts aux questions des familles et des aidants proches des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Les initiatives déjà présentes sur le terrain, notamment l'accueil des CAW (*Vlaamse centra voor algemeen welzijnswerk*), « geïntegreerd breed onthaal », les sites internet tels que <https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/>, les centres de planning familiaux et les relais santé doivent être renforcés et mieux connus du public grâce à des campagnes médiatiques.

Les prestataires de soins tels que les médecins généralistes, les maisons médicales, les services de médecine du travail, ainsi que les services du secteur de l'aide sociale et du bien-être tels que les CPAS, les services d'assistance pédagogique et autres, doivent également comporter un « point d'accès ou d'information » sur l'offre de soins de santé mentale.

Recommandation 5

L'offre de soins de santé mentale (psychologues, psychiatres, médecins généralistes, maisons médicales, CAW, SSM, équipes mobiles, etc.) doit être renforcée dans l'environnement proche des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale, et doit être rendue facilement accessible et (financièrement) abordable, de manière à ce que les services d'urgence et les services de soins hospitaliers soient moins sollicités.

Recommandation 6

La fonction de case manager/personne de référence telle que récemment décrite par la Conférence interministérielle (Conférence interministérielle Santé publique et maladies chroniques IKW, 2019) ainsi que son groupe cible doivent être mieux connus.

Recommandation 7

L'offre d'habitats proposant un soutien psychosocial diversifié et adapté au sein de la communauté doit être considérablement augmentée afin de pouvoir accueillir tous les types d'utilisateurs, de favoriser la réintégration sociale et de prévenir l'institutionnalisation.



Recommandation	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	Adressée à
Recommandation 1									
<i>Recommandation 1.1</i>		■	■	■	■	■		■	Entités fédérales et fédérées compétentes Communauté scientifique
<i>Recommandation 1.2</i>		■	■	■	■	■		■	Sciensano Entités fédérales et fédérées compétentes Réseaux 107 Plateformes de soins de santé mentale
<i>Recommandation 1.3</i>		■	■	■	■	■	■	■	Centres de référence en santé mentale Entités fédérales et fédérées compétentes Réseaux 107 Plateformes de soins de santé mentale Centres de référence en santé mentale
Recommandation 2	■			■	■	■	■	■	Entités fédérales et fédérées compétentes GTI Taskforce soins de santé mentale
Recommandation 3	■			■	■	■	■	■	Entités fédérales et fédérées compétentes
Recommandation 4	■			■	■	■	■	■	Entités fédérales et fédérées compétentes Prestataires de soins impliqués Réseaux 107
Recommandation 5	■			■	■	■	■	■	Entités fédérales et fédérées compétentes Autorités provinciales et communales
Recommandation 6						■	■	■	GTI Taskforce soins de santé mentale Réseaux 107
Recommandation 7				■	■	■	■	■	Entités fédérées



LÉGENDE

C1 : Chapitre 1 du rapport scientifique : « Detollenaere J, Cornelis J, Devriese S, Mistiaen P, Ricour C. Description of the Belgian mental health care within the general health care organisation ».

C2 : Chapitre 2 du rapport scientifique : « Detollenaere J, Gisle L, Mistiaen P. Prevalence of mental health problems ».

C3 : Chapitre 3 du rapport scientifique : « Detollenaere J, Bruffaerts R, Gisle L, Mistiaen P. Comparability of ESeMED and HIS ».

C4 : Chapitre 4 du rapport scientifique : « Ricour C, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Mistiaen P. International frameworks for mental health service organisation ».

C5 : Chapitre 5 du rapport scientifique : « Laguesse R, Lambert M, Van Nuffel R, De Coen M, Van Speybroeck J, Bontemps C. Mapping mental health care services in Belgium ».

C6 : Chapitre 6 du rapport scientifique : « Thunus S, Neyens I, Walker C, Hermans K, Smith P, Nicaise P, Van Audenhove C, Lorant V. Strengths, weaknesses, gaps, and overlaps in the current mental health care supply: a focus group study ».

C7 : Chapitre 7 du rapport scientifique : « Smith P, Nicaise P, Neyens I, Hermans K, Thunus S, Walker C, Van Audenhove C, Lorant V. Values and sets of possible organisational solutions: a choice-based stakeholder analysis survey ».

C8 : Chapitre 8 du rapport scientifique : « Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Mistiaen P, Ricour C. Acceptability of possible recommendations for future mental health care organisation in Belgium: a stakeholder survey ».

 Les données scientifiques du chapitre correspondant étayent complètement la recommandation.

 Les données scientifiques du chapitre correspondant étayent partiellement la recommandation.

 Les données scientifiques du chapitre correspondant n'étayaient pas la recommandation.



■ RÉFÉRENCES

- Adriaenssens J, Farfan-Portet MI, Benahmed N, Kohn L, Dubois C, Devriese S, *et al.* How to improve the organisation of mental healthcare for older adults in Belgium Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre; 2018. KCE report 301
- Agence pour une Vie de Qualité. Indicateurs de Santé mentale en Wallonie. Wallonie Santé 2016;6:1-73.
- Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, *et al.* The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2002;11(2):55-67.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, *et al.* Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004(420):21-7.
- AVIQ. Plan Wallon de prévention et de promotion de la santé. In. Brussels; 2019.
- Balthazar T, Cloet M. Waar versnippering toe leiden kan: enkele voorbeelden uit de sector. In: Balthazar T, Maes E, Cloet M, editors. Minder versnippering, meer zorg. De nood aan een heldere en werkbare bevoegdheidsverdeling in de gezondheidszorg. Brussel: Zorgnet-Icuro; 2019.
- Becher K, Dechenne R, Vandenbroeck P. Renforcer les soins de santé mentale de première ligne: perspective des usagers et des aidants proches. Fondation Roi Baudouin; 2012.
- Borgermans L, Jacob B, Coture M, De Bock P. Multisectoral mental health networks in Belgium: An example of successful mental health reform through service delivery redesign. WHO Europe, Good Practice Brief. 2018.
- Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Mental health in Belgium: current situation and future perspectives. New York: Cambridge University Press; 2008.
- Buyck I, Van Audenhove C, Hermans K. Het perspectief van personen met ernstige en langdurige psychiatrische aandoeningen op geïntegreerde zorg in Vlaanderen. In: Proceedings of For a Better Mental Health: Mobile Teams Connecting; 2018; Brussels.
- Buziarsist J, Demarest S, Gisle L, Tafforeau J, Van der Heyden J, Van Oyen H. Health Interview Survey Belgium. Brussels: WIV-ISP; 2001.



- Ces S, De Jaegere V, Feys P, Leys M. Mental health care reforms: evaluation research of therapeutic projects - first intermediate report. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (reports); 2009. KCE reports 103
- Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, *et al.* What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med.* 2015;45(1):11-27.
- Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale. Plan Santé Bruxellois. Bruxelles; 2018.
- CRéSaM, Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, Psytoyens, Similes, Steunpunt Geestelijke Gezondheid, UilenSpiegel. 7 hefboomen voor een betere geestelijke gezondheid. 2019.
- D'Arcy C, Meng X. Prevention of common mental disorders: conceptual framework and effective interventions. *Current Opinion in Psychiatry.* 2014;27(4):294-301.
- Danau D, Nielandt B. Armoede en psychiatrie: knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg. Koning Boudewijnstichting; 2010.
- De Block M. Begroting gezondheidszorg 2019 goedgekeurd door Algemene Raad RIZIV [Web page].2019. Available from: <https://www.maggiedeblock.be/begroting-gezondheidszorg-2019-goedgekeurd-door-algemene-raad-riziv/>
- De Lepeleire J. De bijdrage van huisartsgeneeskunde in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Geneeskunde.* 2010;66(7):317-21.
- Decoster J. Naar een financiering met 4 pijlers. *Zorgwijzer.* 2018;79(November):21.
- Directoraat-Generaal Organisatie van de Gezondheidsvoorzieningen. Organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg in België. In. Brussels: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2011.
- EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing. European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing. 2016.
- European Union. Good Practices in Mental Health and Wellbeing: Mental Health Services in the Community. 2018. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2018_goodpractices_en.pdf
- Eyssen M, Leys M, Desomer A, Senn A, Léonard C. Organization of mental health care for persons with severe and persistent mental illness. What is the evidence? Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 18/11/2010. KCE Reports 144 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/organization-of-mental-health-care-for-persons-with-severe-and-persistent-mental->
- Federatie van de Brusselse Huisartsen Verenigingen. Witboek van de Geestelijke Gezondheidszorg in Brussel. Samen handelen: bijdrage van de huisartsen. Brussel: FAMGB/FBHAV; 2019.
- Fenwick-Smith A, Dahlberg EE, Thompson SC. Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychol.* 2018;6(1):30.
- Forsman AK, Nordmyr J, Wahlbeck K. Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International.* 2011;26(suppl_1):i85-i107.
- Fryers T, Brugha T. Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2013;9:1-50.
- Furber G, Segal L, Leach M, Turnbull C, Procter N, Diamond M, *et al.* Preventing mental illness: closing the evidence-practice gap through workforce and services planning. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:283.
- Furber G, Leach M, Guy S, Segal L. Developing a broad categorisation scheme to describe risk factors for mental illness, for use in prevention policy and planning. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 2017;51(3):230-40.
- Gisle L. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R, editors. *Gezondheidsenquête 2013.* Brussel: Sciensano; 2014.
- Gouvernement Wallon, Agence pour une Vie de Qualité. Contrat de gestion 2017-2022. In; 2016.
- Gurnet N, Costa Campos J, Nicaise P, Lorant V, De Roeck G, Lodewyckx T, *et al.* Etude de faisabilité : recherche évaluative du programme de réforme fédérale "vers de meilleurs soins en santé mentale" / Haalbaarheidsstudie : wetenschappelijke opvolging en evaluatie van het hervormingsprogramma "naar een betere geestelijke gezondheidszorg". Brussel: Federale overheidsveldienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu; 2014.



- Hermans MH, de Witte N, Dom G. The state of psychiatry in Belgium. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(4):286-94.
- Hewlett E, Moran V. Making Mental Health Count. The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. OECD; 2014.
- Heyerick M. Psychiatrische thuiszorg: een evaluatie van de werking van ambulante interdisciplinaire behandelteams. Gent: Universiteit Gent; 2016.
- Hoge Gezondheidsraad. DSM(5) : Toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen. Brussel; 2019.
- Innopsy107.be. Manuel des pratiques innovantes. Bruxelles: 2016. Available from: http://www.innopsy107.be/images/Pdf/Guide_FR.pdf
- Interministeriële Conferentie. Gids naar een betere Geestelijke Gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. Editie Vlaanderen. Brussel; 2010.
- Gemeenschappelijke verklaring voor de realisatie van een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor ouderen, 2018. Available from: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2018_11_05_gezondheidsbeleid_voor_ouderen.pdf
- Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Geestelijke Gezondheidszorg. Interkabinettenwerkgroep TASKFORCE GGZ. Vergadering 25 maart 2019. Brussel; 2019.
- Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, IKW Chronische ziekten. Gemeenschappelijk Plan Geïntegreerde Zorg. Gemeenschappelijke visie over zorgcoördinatie en casemanagement. Brussel; 2019.
- Kohn L, Obyn C, Adriaenssens J, Christiaens W, Van Cauter X, Eyssen M. Model for the organization and reimbursement of psychological and orthopedagogical care in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 14/04/2016. KCE Reports 265 Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_265_Psychotherapy_Report.pdf
- Laguisse R, Lambert M. PSY 107 : Enquête sur l'implication des acteurs de terrain wallons dans les réseaux 107. CRéSaM; 2016.
- Leutz W. Reflections on integrating medical and social care: five laws revisited. *Journal of Integrated Care*. 2005;13(5):3-12.
- Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*. 1999;77(1):77-110, iv-v.
- Leys M, Antoine C, De Jaegere V, Schmitz O. Mental health care reforms: evaluation research of therapeutic projects. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre; 2010.
- Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale. Mémoire du secteur de la santé mentale bruxelloise. Bruxelles; 2019.
- Lorant V, Grard A, Van Audenhove C, Leys M, Nicaise P. Effectiveness of health and social service networks for severely mentally ill patients' outcomes: a case-control study. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. 2018.
- McLafferty M, O'Neill S, Murphy S, Armour C, Ferry F, Bunting B. The moderating impact of childhood adversity profiles and conflict on psychological health and suicidal behaviour in the Northern Ireland population. *Psychiatry Research*. 2018;262:213-20.
- Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Gezamenlijk advies van de afdelingen 'programmatische en erkenning', 'financiering' en 'de permanente werkgroep psychiatrie' inzake een prospectief en programmeergerichte financieringssysteem. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2015.
- O'Reilly M, Sviryzdenka N, Adams S, Dogra N. Review of mental health promotion interventions in schools. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2018;53(7):647-62.
- OECD. Hospital beds (indicator) [Web page].2019. Available from: <https://data.oecd.org/chart/5A1j>
- Oldehinkel AJ, Ormel J. A longitudinal perspective on childhood adversities and onset risk of various psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2015;24(6):641-50.
- Online-Hulpverlening.be. E-Mental health [Web page].2018 [cited 02]. Available from: <https://www.online-hulpverlening.be/ementalhealth.html>
- Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. Geneve; 2013.



- Organisation Mondiale de la Santé Comité régional de l'Europe. Le Plan d'action européen sur la santé mentale. Copenhague: Organisation Mondiale de la Santé; 2013.
- Overlegorgaan Volwassenen Psy 107. Memorandum Overlegorgaan Volwassenen (incl. Ouderen). Brussel; 2019.
- RIZIV Dienst Geneeskundige verzorging. GGZ - Overleg rond de patiënt en de rol van de referentiepersoon. Brussel; 2011.
- Santé Mentale et Exclusion Sociale – Belgique / Geestelijke Gezondheid en Sociale Uitsluiting – België. Mémoire 2019. Brussel: SMES-B VZW; 2019.
- Santhea. MEMORANDUM 2019. Pour des soins de santé de qualité accessibles à tous. Loyers/Bruxelles; 2019.
- Schmitz O, Props A, De Jaegere V, Antoine C, Leys M. Mental health care reforms: evaluation research of therapeutic projects - second intermediate report. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010. KCE reports 123
- Schnyder N, Panczak R, Groth N, Schultze-Lutter F. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(4):261-8.
- Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg. Noodprogramma. Eisen geestelijke gezondheidszorg aan politieke partijen en volgende regeringen. Antwerpen; 2019.
- Thorncroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, *et al*. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016;387(10023):1123-32.
- United Nations. Global health and foreign policy. 2010.
- United Nations High Level Political Forum. Pathways to sustainable development: first Belgian national voluntary review on the implementation of the 2030 agenda. New York: 2017. Available from: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15721Belgium_Rev.pdf
- Van Herck P, Van de Cloot I. Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen. Brussels: ITINERA; 2013. 9 Available from: http://www.itinerainstitute.org/wp-content/uploads/2016/10/pdfs/20120701_soins_de_sante_mentale_pvh.pdf
- Vandenbroeck P, Dechenne R, Becher K, Van den Heede K, Eyssen M, Geeraerts G, *et al*. The organisation of mental health services for children and adolescents in Belgium : development of a policy scenario. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 175C (D/2012/10.273/14) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_175C_mental_health_services_for_children_and_adolescents.pdf
- Gezondheidsdoelstelling "preventie van zelfdoding" en Vlaams actieplan 2006-2010, 2006.
- Voorstel voor de gezondheidsdoelstelling "preventie van zelfdoding" en een Vlaams actieplan voor de preventie van zelfdoding 2012-2020, 2012.
- Vlaamse Overheid. Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid. Strategisch plan 2017 – 2019. Brussel; 2016.
- Walker C, Nicaise P, Thunus S. Parcours.Bruxelles, évaluation qualitative du système de la santé mental et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy107 en Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles; 2019.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jonsson B, *et al*. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21(9):655-79.
- World Health Organisation. The optimal mix of services for mental health Geneva: World Health Organisation (WHO); 2007. Available from: http://www.who.int/mental_health/policy/services/2_Optimal%20Mix%20of%20Services_Infosheet.pdf
- World Health Organisation. Mental health action plan 2013 - 2020. Geneva: World Health Organisation (WHO); 2013. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
- World Health Organisation. Mental Health ATLAS 2017 Member State Profile: Belgium. 2017. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/BEL.pdf?ua=1
- Zorgnet-Icuro. Speerpunten ZORGNET-ICURO voor de legislatuur 2019-2024. Brussel; 2019.



COLOPHON

Titre :	Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique – Synthèse
Auteurs :	Patriek Mistiaen (KCE), Justien Cornelis (KCE), Jens Detollenaere (KCE), Stephan Devriese (KCE), Céline Ricour (KCE)
Facilitateur de projet :	Els Van Bruystegem (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Gudrun Briat (KCE); Karin Rondia (KCE)
Relecture :	Vicky Jaspers (KCE), Roos Leroy (KCE)
Experts externes :	Gaëtan Absil (UCLouvain - Université catholique de Louvain), Sibyl Anthierens (UAntwerpen – Universiteit Antwerpen), Johan Bilsen (VUB - Vrije Universiteit Brussel), Piet Bracke (UGent - Universiteit Gent), Paul De Bock (Adviseur-generaal FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Philippe Delespaul (UM - Maastricht University), Guy Deleu (CHU Charleroi - Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi), Stefaan Demarest (Sciensano), Koen Demyttenaere (KU Leuven - Katholieke Universiteit Leuven), Martin Deseilles (UNamur - Université de Namur), Ignaas Devisch (UGent), Peter Dierinck (Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge), Geert Dom (UAntwerpen - Universiteit Antwerpen), Benoît Gillain (CSPO - Clinique Saint-Pierre Ottignies), Lydia Gisle (Sciensano), Bernard Jacob (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Harmen Lecok (Adviseur Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid – Conseiller Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique), Céline Mahieu (ULB - Université libre de Bruxelles), Inez Myin-Germeys (KU Leuven), Bernard Sabbe (UZA - Universitair Ziekenhuis Antwerpen)
Validateurs externes :	Liesbeth Borgermans (UGent), Magali Coldefy (IRDES - Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, France), Hans Kroon (Trimbos-Instituut / Universiteit Tilburg, Nederland)
Remerciements :	Nous remercions toutes les personnes qui ont participé aux enquêtes et aux groupes de discussion ou que nous avons pu rencontrer lors d'une visite avec le terrain; Nous remercions aussi tous les auteurs des chapitres dans le rapport scientifique: Christiane Bontemps (Crésam), Ronny Bruffaerts (KU Leuven), Marlien De Coen (Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid), Lydia Gisle (Sciensano), Kirsten Hermans (KU Leuven), Renaud Laguesse (Crésam), Marie Lambert (Crésam), Vincent Lorant (Université catholique de Louvain), Inge Neyens (KU Leuven), Pablo Nicaise (Université catholique de Louvain), Pierre Smith (Université catholique de Louvain), Sophie Thunus (Université catholique de Louvain), Chantal Van Audenhove (KU Leuven), Rik Van Nuffel (Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid), Jan Van Speybroeck (Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid), Carole Walker (Université catholique de Louvain)
Intérêts déclarés :	Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine 'Organisation de soins de santé mentale' A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.



Layout : Ine Verhulst, Joyce Grijseels

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

22 octobre 2019

Domaine :

Health Services Research (HSR)

MeSH :

Mental Health Services, Psychiatry

Classification NLM :

WM 30 (Mental health services)

Langue :

Français

Format :

Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal :

D/2019/10.273/49

ISSN :

2466-6440

Copyright :

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Ricour C. Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 318Bs. D/2019/10.273/49.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.