



DISCOURS DE CLÔTURE DE M. CHRISTIAAN DECOSTER, DIRECTEUR GÉNÉRAL DGGG, SPF SANTÉ PUBLIQUE, PRONONCÉ À L'OCCASION DE LA JOURNÉE DE LANCEMENT DU MANUEL DES PRATIQUES INNOVANTES DANS LE CADRE DE LA RÉFORME DES SOINS EN SANTÉ MENTALE, ORGANISÉE À BRUXELLES LE JEUDI 23 JUIN 2016

Mesdames, Messieurs,

La journée d'étude d'aujourd'hui a été très inspirante. La Réforme des soins de santé mentale pour adultes, dénommée aussi "Réforme article 107", s'est opérée de manière bottom-up. Même si un cadre global ou "réseau à 5 fonctions" a été créé, une marge suffisante a été laissée à chaque partenaire pour mettre en œuvre, selon ses propres principes et pratiques, ce qu'il est convenu d'appeler la "socialisation des soins de santé mentale".

La Réforme a pour principe de proposer aux usagers un meilleur cadre de rétablissement et ce, le plus souvent possible, au sein de leur environnement. L'usager se sent en effet généralement mieux chez lui dans son milieu de vie. Pour de nombreux usagers, leur rétablissement n'est d'ailleurs possible que si l'on prend en considération son milieu. Souvent, il est aussi opportun d'impliquer leur entourage, parce que les proches peuvent être à l'origine de certains problèmes, et/ou parce que travailler avec les proches est nécessaire pour aider l'usager à se rétablir.

Cette vision part également du constat qu'un nombre important de d'usagers se sentent mal à l'aise dans le milieu clos d'un hôpital. Ils peuvent avoir un comportement de révolte et même réagir de manière opposée à leur hospitalisation, avec en lieu et place d'un rétablissement, un état qui s'aggrave plutôt que de s'améliorer.

La recherche scientifique menée par les universités nous a d'ailleurs appris que les usagers qui participent à leur rétablissement au sein de leur entourage et qui ont la possibilité de cohabiter avec d'autres personnes enregistrent, sur de nombreux items, de meilleurs résultats que les usagers hospitalisés. C'est ce qui ressort de la mesure de l'indice Ropi réalisée par l'institut de recherche Lucas. Cet indice, le *Recovery oriented Index*, mesure 8 dimensions de la participation de l'utilisateur, incluant les besoins de base, les divers services, les contacts sociaux, les aptitudes et le rétablissement de l'utilisateur. Dans tous les cas, la satisfaction est, pour un certain nombre d'utilisateurs plus grande au niveau des soins à domicile dans le cadre d'une socialisation des soins que dans les soins résidentiels. On constate également que les utilisateurs qui peuvent combiner les soins avec une intégration sociale, telles qu'un travail ou la pratique du sport ou d'activités culturelles, se montrent plus satisfaits. La socialisation des soins ne peut réussir que s'il y a une inclusion sociale suffisante. L'étude révèle que les réadmissions sont moins nombreuses et que la durée de séjour (médiane) est plus courte dans les hôpitaux qui ont réaffecté des lits au profit de soins dans la communauté que dans les hôpitaux qui ne le font pas. Un trait frappant est toutefois l'augmentation de l'hospitalisation de jour dans les hôpitaux ayant opéré une réaffectation.

Suite à l'enquête menée par notre département, nous voyons qu'un assez grand nombre d'utilisateurs sont pris en charge par les équipes mobiles : plus de 7.000 en équipes 2A et plus de 3.000 en équipes 2B. Ce sont des chiffres assez élevés en regard du nombre de lits réaffectés (à savoir plus de 10.000 usagers dans les équipes mobiles par rapport à moins de 1.000 usagers en lits hospitaliers). Il s'ensuit que l'afflux de d'utilisateurs est beaucoup plus grand (10 x supérieur) pour les équipes mobiles que pour les soins en santé mentale résidentiels. Dans les équipes 2A, plus de trois quarts des usagers sont inclus après un intake. Dans les équipes 2B, 61% sont admis après intake et inclusion. Dans les équipes 2A, le traitement est arrêté pour 93% des usagers après inclusion, dans les équipes 2B, ce chiffre est de près de 60%. Il est à noter qu'en ce qui concerne les équipes 2A, beaucoup d'utilisateurs sont orientés vers ces équipes par les médecins généralistes dans plus de 30% des cas, et par les SSM ambulatoires chez 27% des usagers. Dans les équipes 2B, plus de 40% des usagers sont dirigés vers ces équipes par les soins en santé mentale résidentiels, et seulement 8,3% par les médecins généralistes et 28,5% par les soins en santé mentale ambulatoires.

En termes de pathologies, dans les équipes 2A, près de 60% des usagers présentent un trouble affectif/émotionnel ou présentent une comorbidité ; dans les équipes 2B, ce chiffre est de 50%, avec plus de 30% d'usagers présentant une comorbidité. Dans les équipes 2B, on trouve nettement plus d'usagers présentant un trouble psychotique. Bref, des différences manifestes existent entre les deux équipes, tant en termes de pathologie que de prise en charge.

Les études que nous avons fait réaliser aboutissent aux conclusions suivantes. Il faut notamment :

1. implémenter des plans de prise en charge et de traitement;
2. utiliser des instruments de mesure standardisés;
3. dispenser une formation systématique sur la vision du rétablissement aux membres des équipes mobiles et à l'ensemble des partenaires du réseau;
4. apprendre à travailler avec des médiateurs de terrain et des personnes ayant le même vécu (experts d'expérience);

Avec le manuel des pratiques innovantes, nous avons voulu apporter à l'ensemble des partenaires et concernant des domaines importants pour les soins dans la communauté, tels que le logement, la liaison avec la première ligne, l'insertion socio-professionnelle, la participation et l'empowerment des usagers et des proches et bien-sûr, les équipes mobiles des idées pour approfondir et renforcer leurs actions. Il est bon que les réseaux collaborent et continuent à partager leurs expériences et leurs pratiques.

Au sein de la Conférence interministérielle des ministres de la Santé, il a été convenu de créer un organe de concertation qui mènera une concertation sur la poursuite de l'approfondissement et de l'élargissement de la Réforme. L'objectif doit être d'étendre la Réforme à toutes les régions du pays, de façon à couvrir l'entièreté du territoire et à offrir à tous les usagers l'opportunité d'une socialisation des soins. Par ailleurs, une certaine harmonisation des soins est nécessaire, pour laquelle nous souhaitons avant tout un encadrement minimal avec une différenciation suffisante des qualifications.

Suite aux entretiens que nous avons pu avoir avec divers acteurs, nous adressons les suggestions suivantes à l'organe de concertation pour une réflexion plus poussée :

1. les prestataires de soins collaborent de manière multidisciplinaire, si possible dans le cadre de trajets de soins qui sont élaborés de façon *evidenced based*, avec une responsabilisation forte vis-à-vis des usagers;
2. les établissements de soins et les services partenaires d'un réseau interviennent ensemble en tant qu'organisation de soins unique et y coordonnent leurs activités ; il faut pour cela une régie univoque, basée sur une assise forte; c'est la base de la pratique de travail en réseau ;
3. les associations d'usagers et de proches sont représentées au sein des réseaux et interviennent en faveur des intérêts des usagers et du réseau;
4. un comité médical permettant une politique médicale intégrée est constitué au sein du réseau;
5. idéalement, le réseau travaille avec un portail d'accès, où sont prévus et appliqués des critères d'inclusion au sein des services respectifs, permettant ainsi aux usagers d'être dirigés vers l'établissement ou le service adéquat qui répondra à leurs besoins;
6. au sein des équipes 2A, en tenant compte du caseload d'usagers, il est idéal de pouvoir bénéficier d'un psychiatre à temps plein pour assurer un suivi plus intensif des usagers;
7. au sein des équipes 2B sont traités des usagers dont les soins sont plus lourds et complexes, pour lesquels le psychiatre de l'équipe peut intervenir à titre de psychiatre traitant en fonction de la lourdeur de ces soins, un psychiatre permanent pouvant être prévu pour les autres usagers;
8. outre les équipes 2A et 2B qui garantissent un groupe cliniquement hétérogène, il paraît souhaitable, pour certains groupes cibles, de créer ou au moins de tester certaines équipes spécialisées, par exemple pour le groupe cible double diagnostic avec déficience mentale ou pour les usagers présentant une assuétude lourde, pour autant que l'on garde la vision d'une approche intégrée de ces différentes ressources;
9. au sein des hôpitaux, il faut une prise en charge de courte durée pour des situations de crise. Là où cela est possible, cela doit se faire avec moins de lits, mais avec un accompagnement plus intensif;
10. les services psychiatriques des hôpitaux généraux occupent dans le réseau une place à part entière;
11. il faudrait revoir sérieusement le financement des psychiatres, de sorte qu'il soit moins avantageux pour les usagers « faciles et lucratifs », et

meilleur pour les usagers présentant des problématiques plus complexes. Dans le cadre de ce financement, on pourrait également envisager un ensemble différencié de tâches, qui tiendrait compte d'une politique autour de l'usager, de contacts cliniques avec les usagers, de collaboration multidisciplinaire et de qualité des soins;

12. il serait également préférable que le financement des hôpitaux psychiatriques soit revu, afin que la socialisation des soins ne soit pas pénalisée ou entravée par ce financement;
13. pour garantir une coordination et une meilleure continuité des soins, l'utilisation d'un dossier médical centralisé et d'une communication électronique entre les prestataires de soins dans le réseau est indispensable;
14. il convient d'œuvrer concrètement à un enregistrement minimal commun des soins, sur la base du dossier médical centralisé, de sorte que des données y soient disponibles à des fins de bonne pratique médicale et pour que la politique au sein du réseau soit délimitée;
15. l'enregistrement des données est également nécessaire pour que la politique menée par les différentes autorités puisse être alimentée, régulièrement évaluée et corrigée;

C'étaient quelques suggestions afin d'alimenter le processus de réflexion.

Il serait utile d'intensifier l'échange de bonnes pratiques sur la "gouvernance des réseaux" et d'autres aspects. Il faudra bien sûr renforcer également les "fonctions adjacentes" qui favorisent l'intégration. Je pense, dans ce cadre, aux soins résidentiels et à une insertion professionnelle judicieuse des usagers.

J'espère que l'organe de concertation pourra déposer ses conclusions relativement rapidement et que celles-ci offriront une base suffisante pour un approfondissement et un élargissement. Bien entendu, nous devons continuer à surveiller et mesurer les résultats si nous voulons maintenir la Réforme sur les rails.

-----