
Avis d'initiative

La santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale

Avis traité par

Groupe de travail Affaires sociales et Santé

Avis traité les

6 décembre 2021, 24 janvier 2022, 28 février 2022 et
21 mars 2022

Avis adopté par l'Assemblée plénière du

19 mai 2022

BRUPARTNERS

Boulevard Bischoffsheim 26 – 1000 Bruxelles

Tél : 02 205 68 68 – brupartners@brupartners.brussels – www.brupartners.brussels

Contexte¹

La santé mentale est aujourd'hui au cœur des préoccupations. Cela est dû en partie à l'évolution du régime de l'incapacité de travail au sein de l'assurance maladie. Le nombre de personnes indemnisées dans le cadre de ce régime dépasse désormais le nombre de chômeurs indemnisés, situation qui ne s'était plus présentée depuis les années 1960. Ce nombre est par ailleurs sensiblement plus élevé que ce qui était l'habitude jusque, approximativement, le tournant du millénaire. Une bonne part de cette évolution est due aux maladies psychiques, qui sont désormais la première cause d'incapacité de travail, et même d'invalidité (maladie de plus d'une année), dans tous les groupes d'assurés (hommes, femmes, ouvriers, employés).

Cette donnée basée sur les décisions administratives est corroborée par les enquêtes auprès des personnes concernées, qui mentionnent très souvent des troubles psychiques, éventuellement associés à d'autres « lésions ou troubles fonctionnels » comme cause de leur incapacité de travail².

L'augmentation du nombre de travailleurs en incapacité de travail n'est sans doute pas uniquement un phénomène de santé publique. Elle est corrélée aussi à des restructurations au sein de la sécurité sociale, comme le relèvement de l'âge de la retraite des femmes, ou des modifications dans la réglementation du chômage³. Les chiffres de la sécurité sociale belge se rapprochent en fait de la situation des pays nordiques, où l'invalidité prend en charge des personnes qui, en Belgique, étaient naguère prises en charge par l'assurance chômage.

Quant à l'évolution des troubles mentaux, elle n'est pas liée à un phénomène inédit de prévalence accrue de névroses ou psychoses lourdes. Les diagnostics associés à la reconnaissance de l'incapacité de travail sont majoritairement la dépression, le burn-out et les phénomènes similaires. La part des autres affections psychiques a diminué au cours des dernières années, même si leur nombre absolu a augmenté.

¹ Principales sources consultées : P. Mistiaen et al., « *Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique* », KCE reports 318Bs (2019) ; Mommenrency et al. « *Organisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents* », KCE reports 170b (2011) ; D. Deboutte et al., « *L'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents* », KCE reports 135B (2010) ; Adriaens et al., « *Comment améliorer l'organisation des soins de santé mentale pour les personnes âgées ?* », KCE reports 301Bs (2018) ; O. Gillis, E. Mendes da Costa, « *Etat des lieux de la situation de la santé mentale aujourd'hui à Bruxelles* », Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, 2020 ; B. Jacob et al., « *La réforme de la santé mentale en Belgique : exposé d'un modèle* », L'information psychiatrique 2016/9 (Volume 92), pages 731 à 745.

² Voir par exemple l'étude sur l'incapacité de travail, basée sur une étude en ligne auprès d'affiliés des mutualités chrétiennes, dans *MC-Information* n°284, juin 2021, p. 14-15 ; ou l'étude des mutualités libres, « *Evolution des troubles psychosociaux durant l'incapacité de travail - impact du statut social, du sexe et de l'âge* » (2020).

³ On citera principalement le contrôle de la disponibilité pour le marché de l'emploi, qui entraîne le glissement vers l'assurance maladie de personnes dont l'état de santé ne permet pas d'assumer ces obligations. La limitation dans le temps des allocations d'insertion et le resserrement des conditions d'accès à ces allocations ont également entraîné un certain glissement vers l'assurance maladie.

Nombre d'invalides – 2016 – 2020⁴, avec part des affections psychiques et, au sein de celles-ci, la dépression et le burn-out.

	31.12.2016		31.12.2020		2020/2016
	Nombre	%	Nombre	%	(%)
Salariés (y compris chômeurs)					
Dépression	53.113	14.50	75.153	17.00	41.50
Burn-out	23.821	6.50	31.571	7.14	32.53
<i>Total D + B</i>	<i>76.934</i>	<i>21.00</i>	<i>106.724</i>	<i>24.14</i>	<i>38.72</i>
Autres psy	52.746	14.00	56.298	12.73	6.73
Total psy	129.680	35.40	163.022	36.87	25.71
Total	366.293	100	442.137	100	20.70
Indépendants					
Dépression	2.041	8.34	3.177	11.99	55.66
Burn-out	1.237	5.05	1.831	6.33	43.38
<i>Total D + B</i>	<i>3.318</i>	<i>13.56</i>	<i>5.008</i>	<i>17.32</i>	<i>50.93</i>
Autres psy	2.083	8.51	2.194	7.58	5.32
Total psy	5.401	22.07	7.202	24.90	33.35
Total	24.472	100	28.913	100	18.15
Total assurance maladie (salariés + indépendants)					
Dépression	55.154	14.11	78.330	16.63	42.02
Burn-out	25.098	6.42	33.402	7.09	33.09
<i>Total D + B</i>	<i>80.252</i>	<i>20.53</i>	<i>111.732</i>	<i>23.72</i>	<i>39.23</i>
Autres psy	54.829	14.06	58.492	12.42	6.68
Total psy	135.081	34.56	170.224	36.14	26.02
Total	390.765	100	471.040	100	20.54

Ces chiffres ne concernent pas l'incapacité primaire (moins d'un an d'incapacité) et les publics non-titulaires de l'assurance indemnités (régime des salariés ou des indépendants), comme les fonctionnaires nommés à titre définitif, les pensionnés, les bénéficiaires de régimes d'assistance (RIS, personnes handicapées, etc.), les jeunes encore aux études, etc. Il faudra d'autant plus être attentif que les statistiques disponibles à l'INAMI ne distinguent pas, actuellement, selon la Région de l'assuré social. Ces catégories non couvertes par les statistiques sont proportionnellement plus présentes en Région bruxelloise.

⁴ Source : INAMI.

Il est difficile, sur la base des données administratives, de déterminer les causes du phénomène, et en particulier de discerner s'il est, en tout ou en partie, d'origine professionnelle. Cette donnée n'influence en effet pas la reconnaissance de l'incapacité de travail par l'assurance maladie.

Les maladies mentales ne sont pas reconnues comme maladies professionnelles⁵. Il est rare qu'elles trouvent leur source dans un fait reconnu comme accident du travail, bien qu'elles interviennent parfois comme séquelle secondaire d'un tel fait.

A ce stade, il conviendra de dire que l'origine totalement ou partiellement professionnelle des troubles psychiques est relevée par les personnes elles-mêmes⁶. Peuvent être en cause, à cet égard, la nature même du travail, notamment dans les professions exposant par nature à du stress intense ou à des faits traumatisants, mais aussi, et en fait plus souvent, par l'organisation du travail, les relations avec la hiérarchie et les collègues, ou encore les tensions dans des entreprises en difficulté ou en restructuration. Il est à noter que l'absence involontaire d'emploi (chômage, bénéficiaire du RIS) est elle aussi souvent associée à des troubles psychiques, l'ordre des causalités jouant probablement à double sens.

Contrairement à une perception assez répandue, la dépression n'est pas une « maladie de riches ». Au contraire, il y a une corrélation nette entre la prévalence de telles affections et un niveau d'instruction faible. Sur le plan géographique il y a une prévalence nettement plus élevée dans les quartiers du « croissant pauvre » de la Région. Les difficultés d'accéder au logement sont identifiées comme cause de saturation des structures de soins mentaux.

De nombreux spécialistes, ainsi que l'INAMI, ont attiré l'attention sur les souffrances psychiques associées à la pandémie COVID-19, en particulier chez les travailleurs de la santé, confrontés quotidiennement à des personnes contaminées, et chez les jeunes, liées moins à la maladie elle-même qu'aux restrictions dans la vie sociale et aux perturbations dans les rythmes scolaires. Au-delà de la pandémie, la prévalence des problèmes de santé mentale parmi les travailleurs de la santé, qui a justifié de prendre ce secteur comme principal groupe-cible du projet « burn-out » de Fedris, a de quoi interpeller.

Il y a aussi lieu de rappeler que la maladie mentale a un effet fortement stigmatisant qui inhibe de nombreuses personnes à recourir aux soins appropriés et contribue à biaiser les données.

A côté de cette évolution qui fait beaucoup parler d'elle, il y a évidemment la prévalence de troubles mentaux plus « traditionnels », ponctuels ou chroniques, qu'il ne convient pas d'oublier.

La schizophrénie et les troubles bipolaires sont des maladies mentales fréquentes, dont le coût social est très élevé et qui nécessitent des soins complexes au long cours.

Un environnement urbain, la précarité sociale et un contexte de migration, sont reconnus comme facteurs corrélés à de tels troubles. Etant plus présents à Bruxelles que dans d'autres Régions, et même que dans d'autres villes du pays, ces facteurs conduisent à prévoir que les besoins de la Région bruxelloise dans la prise en charge des patients psychiatriques seront plus élevés.

⁵ On mentionnera tout de même le projet-pilote de Fedris sur le burn-out. Limité à quelques centaines de travailleurs dans certains secteurs ou professions (les soins de santé, les services financiers) et à un accompagnement destiné au maintien à l'emploi, ce projet n'a pas encore été évalué.

⁶ Voir entre autres l'étude sur l'incapacité de travail, basée sur une étude en ligne auprès d'affiliés des mutualités chrétiennes, dans *MC-Informations* n°284, juin 2021, p. 16.

Les soins de ce type de patients comprennent des séjours hospitaliers, des passages dans différentes structures intermédiaires, ainsi que des consultations ambulatoires. Les patients, suivant leur état mental, circulent dans ce réseau de soins complexe. Celui-ci doit pouvoir s'articuler en trajets de soins. Des failles dans ce réseau de soins, notamment sa saturation à divers stades, se traduisent par des accumulations de patients en amont, ou par des ruptures de soins et des décompensations qui peuvent entraîner une augmentation de la précarité sociale de ces patients fragiles. L'augmentation à Bruxelles des hospitalisations sous contrainte ainsi que la recrudescence de patients sans domicile fixe sont ainsi des conséquences possibles de carences dans le réseau de soins.

Il importe de mettre en garde contre la tentation d'extrapoler à Bruxelles des constatations basées sur la moyenne belge. Les spécificités de la Région doivent être prises en compte, qu'il s'agisse de la prévalence des maladies dans la Région ou des soins prodigués par les institutions localisées dans la Région aux résidents des autres Régions.

Préoccupations de Brupartners

Brupartners n'a pas la prétention dans cet avis d'initiative de s'ériger en spécialiste de la matière, ni de se substituer aux instances de concertation compétentes, par exemple au sein des secteurs d'activité concernés, d'Iriscare, ou encore des conseils consultatifs de la COCOM ou de la COCOF.

Une première préoccupation est de savoir si l'offre de soins de santé mentale en place en Région bruxelloise répond aux besoins. Comme dans d'autres matières, il ne suffira pas de comparer l'offre de soins située en Région bruxelloise et la demande de soins par les résidents de la Région. Notoirement, la patientèle de plusieurs institutions bruxelloises n'est pas limitée à la Région, et cela contribue au rayonnement de la ville et à son tissu économique. Inversement, des patients bruxellois doivent pouvoir, s'ils le désirent, bénéficier de soins en dehors de la Région.

Dans cet avis d'initiative, Brupartners essaie de décrire cette offre, en précisant l'instance responsable et les caractéristiques essentielles du mode de financement. Une attention prioritaire se porte aux dispositifs dont les institutions bruxelloises sont responsables, mais sans oublier les dispositifs dépendant du Fédéral ou des Communautés française ou flamande.

Brupartners a cependant décidé de ne pas traiter dans le cadre de cet avis d'initiative la problématique spécifique de l'internement de défense sociale, ni des soins psychiatriques aux détenus dans les prisons, qui sont des sujets en soi, relevant pour l'essentiel du système pénal. Brupartners rappelle seulement que, selon les réactions recueillies dans le cadre de la préparation de cet avis d'initiative, le secteur est demandeur d'un rattachement au secteur de la santé en général. Et bien entendu cet avis d'initiative concerne les soins prodigués aux détenus ou internés dans les structures ordinaires.

Brupartners souhaite évaluer si le financement des dispositifs concernés est satisfaisant, en accordant une attention particulière aux perspectives financières des institutions bruxelloises, tenant compte des lois de financement en vigueur.

Cela amènera aussi à évaluer si le paysage institutionnel en la matière est satisfaisant. Par « paysage institutionnel », il est fait référence à la répartition et l'articulation des compétences entre institutions publiques.

Comme on le verra ci-après, le secteur se caractérise, indépendamment de la répartition des compétences, par une très grande diversité. Il faudra déterminer si cette diversité permet de répondre à toutes les situations et s'il n'y a pas de vides à combler dans l'offre.

Les institutions, notamment en matière de santé, doivent s'adapter à la complexité de la situation de terrain. Une trop grande complexité peut cependant compromettre la compréhension du système, et donc son efficacité, voire sa légitimité.

Cela ne veut pas dire que tout citoyen doit pouvoir décrire avec précision l'ensemble des dispositifs institutionnels, ni même que tout citoyen confronté à un problème doit lui-même savoir d'emblée à qui s'adresser. Il serait par contre problématique que les professionnels eux-mêmes n'aient pas une vision complète de l'offre en santé mentale et ne puissent orienter les personnes qui font appel à eux que vers les services qu'ils connaissent eux-mêmes.

Brupartners accordera une attention particulière à la prévention, particulièrement des risques évitables dans le contexte professionnel. La prévention des risques au travail dépend dans une large mesure de la législation fédérale du travail, mais les Communautés et les Régions ont également des responsabilités en la matière.

Dans l'élaboration de cet avis d'initiative, Brupartners a pu compter sur l'appui précieux de plusieurs institutions publiques et de plusieurs acteurs de terrain, qui ont participé activement à ses travaux. Brupartners tient à les remercier pour leur implication, étant entendu que Brupartners est seul responsable du contenu de cet avis d'initiative.

Ces spécialistes sont :

- Thomas Cotman – Directeur du Centre de revalidation psychosociale de Jour & de Nuit Woluwe psycho social asbl ;
- Florence Crochelet – Directrice du Centre d'Aide pour la Santé Mentale en Milieu Urbain (CASSMU) ;
- Caroline Depuydt – Psychiatre – Administratrice de l'asbl Epsilon – Membre du Conseil supérieur des professions de soins en santé mentale ;
- Stéphane Leclercq – Directeur de la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes (Fedito) ;
- Yahyâ Hachem Samii – Directeur de la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale ;
- Julien Talent – Psychiatre – Chef de Service à la Clinique La Ramée ;
- François Wyngarden – Directeur du Réseau de santé mentale Bruxelles-Sud (Rézone).

Description du système

1. Les soins hospitaliers

L'hôpital reste la principale structure de soins de santé mentale, malgré le mouvement de désinstitutionalisation engagé principalement à partir des années 1990. En fait, de tous les pays de l'OCDE, la Belgique comporte la plus forte proportion de patients psychiatriques hospitalisés.

Cette constatation globale au niveau de la Belgique ne correspond pas nécessairement à la réalité régionale bruxelloise. De l'avis unanime des acteurs consultés, l'offre d'hospitalisation psychiatrique hospitalière à Bruxelles, loin d'être hypertrophiée, est en fait insuffisante. Cela provient à la fois de ce que les hôpitaux bruxellois accueillent une forte proportion de patients non-résidents de la Région, et aussi d'une plus forte prévalence des besoins.

L'offre hospitalière comprend des hôpitaux psychiatriques spécialisés et des services psychiatriques d'hôpitaux généraux. La Région bruxelloise compte 8 hôpitaux psychiatriques ; la plupart des hôpitaux généraux comprennent un service psychiatrique.

On dénombre annuellement environ 11.000 séjours hospitaliers psychiatriques de résidents bruxellois, dans des institutions bruxelloises ou en dehors de Bruxelles. Réciproquement, les hôpitaux bruxellois accueillent en moyenne 30% de résidents extérieurs à la Région.

La majorité des patients sont soignés dans des lits A (prise en charge pour une intervention urgente, une observation ou un traitement actif) ou T (axés sur la réadaptation sociale) ou K (pédopsychiatrie).

Il existe diverses catégories de lits spécialisés :

- IB (patients ayant un comportement fortement perturbé) ;
- Sp (troubles psycho-gériatriques) ;
- K (enfants) ;
- TFB (soins en famille d'accueil avec accompagnement thérapeutique d'une équipe multidisciplinaire – ce type de lit n'existe pas à Bruxelles).

Les hôpitaux ont développé de nombreux autres services hautement spécialisés, que le rapport du KCE renonce à détailler.

Le financement des hôpitaux est principalement d'origine fédérale.

Le « prix de journée », déterminé par le SPF Santé publique mais payé par l'INAMI pour le compte de l'Etat⁷, couvre d'une façon générale le séjour (« hôtellerie ») et les soins, à l'exception cependant des honoraires des médecins, des médicaments et des prestations techniques.

Dans le cadre de la 6^{ème} Réforme de l'Etat, les sous-parties dites « A1 » et « A3 » du prix de journée ont été communautarisées⁸. A Bruxelles, la matière a échoué à la COCOM.

Les services du Collège réuni (SCR) sont chargés de la détermination et du paiement des sommes concernées directement aux hôpitaux.

En dehors du prix de journée, les Communautés (à Bruxelles, la COCOM) interviennent dans les frais de construction et de reconditionnement des hôpitaux ou des services hospitaliers, à condition que le maître d'ouvrage soit une administration publique, une ASBL ou un établissement d'utilité publique (par exemple un CPAS)⁹.

⁷ A noter que cette dépense ne trouve plus sa contrepartie dans une dotation spécifique de l'Etat. Bien qu'elle soit distincte des rubriques classiques de l'assurance maladie, elle est à charge de la gestion globale de la sécurité sociale.

⁸ La sous-partie A1 couvre les charges d'investissements, à savoir l'amortissement : des charges de construction, de reconditionnement, d'équipement et d'appareillage, des charges de gros travaux d'entretien, plus précisément les travaux importants de réparation et d'entretien, périodiques ou non ; des charges de transformations qui ne modifient pas la structure du bâtiment ; des charges de l'achat de matériel roulant ; des charges de première installation. Elle comprend également les charges financières, c'est-à-dire les charges d'intérêt des emprunts contractés pour le financement des investissements précités ; les charges de loyer sont assimilées aux charges d'amortissements. La sous-partie A3 couvre les charges d'investissement de certains services médico-techniques, tant pour l'équipement que pour les immeubles où ils sont installés : tomographe à résonance magnétique avec ordinateur électronique intégré, service de radiothérapie, scanners à émission de positrons.

⁹ Lois coordonnées du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux, art. 63.

Les prestations non couvertes par le prix de journée sont remboursées par l'assurance maladie selon la réglementation applicable aux rubriques concernées (médecins, spécialités pharmaceutiques, etc.)

L'article 107 de la loi sur les hôpitaux, introduit en 2002, prévoit que « *le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes* ». Une vaste réforme de la psychiatrie a été initiée sur cette base au cours des dernières années, pilotée par une conférence interministérielle réunissant l'autorité fédérale et les entités fédérées. Plusieurs références à cette réforme dite « 107 » sont reprises ci-dessous. A ce stade, il est important de rappeler ce qui a été dit ci-dessus : cette réforme suppose d'avoir une bonne appréciation des besoins rencontrés par les hôpitaux bruxellois, au profit des résidents de la Région ou de ceux qui résident ailleurs. Ceux-ci ne peuvent pas nécessairement être extrapolés à partir d'analyses basées sur la moyenne belge, et encore moins sur la situation spécifique d'une autre Région.

2. Les structures complémentaires ou alternatives à l'hôpital

Les maisons de soins psychiatriques

Les Maisons de soins psychiatriques (MSP) 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. Pour de nombreux patients, elles sont une étape dans le processus de rétablissement, un lieu de transition vers une initiative d'habitation protégée ou un logement autonome.

Ces structures ont été créées en 1990 dans le cadre d'une politique de conversion de lits hospitaliers. Elles ont été communautarisées dans le cadre de la 6^{ème} Réforme de l'Etat. A Bruxelles, elles ont toutes un caractère bicommunautaire et relèvent de la COCOM. Elles sont au nombre de 5, offrant 321 places (2022). Lors de la création de ces structures, la programmation prévoyait le double de cette offre.

Comme dans d'autres structures de soins (MR, MRS...) la protection sociale couvre les soins prodigués sur une base forfaitaire. A Bruxelles, cette intervention dépend d'Iriscare, par l'intermédiaire des Sociétés mutualistes régionales (SMR, mutualités).

Le séjour proprement dit est à charge du patient, le cas échéant bénéficiaire de revenus de remplacement ou de compléments spécifiques d'aide de tierces personnes.

Les initiatives d'habitation protégée

Les initiatives d'habitations protégées (IHP) sont des structures résidentielles destinées à des personnes souffrant d'une maladie psychiatrique qui ne nécessitent pas un traitement continu à l'hôpital et qui éprouvent des difficultés à vivre de manière entièrement autonome. Elles y bénéficient d'un logement, d'un accompagnement et d'une aide à la réinsertion sociale.

Comme les MSP, ces structures sont nées en 1990 et ont été communautarisées dans le cadre de la 6^{ème} Réforme de l'Etat.

Il existe à Bruxelles 18 IHP, dont 16 dépendent de la COCOM (Iriscare), une de la Communauté flamande et une dépendant de la COCOF, proposant 622 places (2022). Les soins en IHP dépendant de la COCOM sont remboursés par Iriscare par le biais des SMR. Ceux prestés par les IHP de la COCOF ou de la Communauté flamande sont financés par l'Administration.

Le rapport du KCE mentionne l'existence d'initiatives d'accueil de jour, qui dépendent parfois d'IHP (parfois aussi d'hôpitaux ou de communautés thérapeutiques). Il relève toutefois qu'il manque de données précises sur le nombre de patients qui les fréquentent et les interventions qu'elles proposent.

Les conventions de revalidation psychosociothérapeutiques

Dans le cadre de la rubrique « rééducation fonctionnelle » (dite aussi revalidation) de l'assurance maladie, se sont développées à partir des années 1970 des initiatives de soins psychiatriques, alternatives à l'hôpital. Bruxelles a largement participé à ce mouvement : au total, 16 centres (sur 34) sont localisés à Bruxelles.

Par ailleurs, l'assurance maladie a hérité dans les années 1990 des centres de rééducation du Fonds national de reclassement des handicapés (FNRS), parmi lesquels se trouvaient des centres « PSY ».

Ont été, enfin, intégrés à cette rubrique des centres spécialisés dans le traitement de la dépendance (alcool, drogues), dont les Maisons d'accueil socio-sanitaires (MASS).

L'assurance maladie remboursait dans ce cadre un prix de journée « all in » qui couvrait les soins et, le cas échéant, le séjour, calculé selon les coûts réels du projet thérapeutique décrit dans une convention approuvée par le collège des médecins directeurs et signée par le comité de l'assurance.

Ce système a le mérite, d'une part de permettre le développement de projets thérapeutiques originaux, et d'autre part de couvrir en toute transparence et en théorie la réalité des coûts. Il subit cependant deux critiques. D'une part, le collège des médecins directeurs et le service concerné de l'INAMI, en charge de cette rubrique, n'avaient pas nécessairement les compétences pour déterminer et actualiser en connaissance de cause tous les éléments de détermination d'un prix de journée, ni les moyens de surveiller la bonne application de la convention. D'autre part, le développement de ces conventions résulte principalement de l'initiative privée, sans réelle programmation ni homogénéité dans la couverture géographique.

Ces centres ont été communautarisés dans le cadre de la 6^{ème} Réforme de l'Etat. A Bruxelles, toutes les institutions concernées, sauf une, sont bicommunautaires, et relèvent d'Iriscare (sauf une qui dépend de la COCOF). Les soins sont remboursés par Iriscare via les SMR. Il s'agit au total de 16 conventions psychosociothérapeutiques. Plus d'un quart des patients soignés dans ces structures n'est pas domicilié à Bruxelles¹⁰.

Iriscare s'est fixé pour objectif de revoir le financement des conventions, pour assurer l'adéquation entre le financement et le projet thérapeutique. En attendant, plusieurs de ces centres bénéficient de financements complémentaires sous forme de « subventions discrétionnaires ».

3. Les soins ambulatoires de santé mentale

Les soins de psychothérapie et de psychologie clinique

L'assurance maladie rembourse selon les modalités habituelles de la rubrique « médecins » les psychothérapies par les psychiatres.

Depuis peu, elle rembourse des soins prestés par des psychologues cliniciens :

- Soins psychologiques de 1^{ère} ligne et soins psychologiques spécialisés via un réseau local de soins en santé mentale. Le remboursement se fait via une convention conclue entre l'INAMI

¹⁰ Source : Iriscare, 2016.

et les réseaux de soins en santé mentale, auprès duquel le prestataire s'engage pour faire bénéficier ses patients de ce remboursement ;

- Séances de thérapie cognitivo-comportementale pour des patients souffrant du syndrome de fatigue chronique renvoyés par un centre de diagnostic multidisciplinaire pour ce syndrome.

Il apparait de cette description que les interventions de l'assurance maladie ne couvrent pas la totalité des besoins en la matière. Plusieurs mutualités proposent des interventions dans le cadre de leur assurance complémentaire.

Les services de santé mentale

Les services de santé mentale (SSM) (Centra voor geestelijke gezondheidszorg), constitués d'équipes multidisciplinaires (au minimum 1 psychiatre, 1 psychologue, 1 travailleur social et 1 secrétaire-accueillant), offrent des soins ambulatoires spécialisés de santé mentale (dépistage, détection précoce, traitement). La majorité d'entre eux s'adressent aux enfants et adolescents comme aux adultes, soit dans une même équipe, soit dans des équipes distinctes. Quelques SSM ne s'adressent qu'aux adultes.

Ces centres relèvent des Communautés.

A Bruxelles, il y en a 28, dont 22 relèvent de la COCOF, 5 de la COCOM et 1 de la Communauté flamande.

L'essentiel de leur financement provient de l'autorité qui les agréé. Toutefois, les médecins ne sont pas subventionnés à 100%. Leurs prestations sont remboursées par l'assurance-maladie selon la nomenclature de celle-ci. Cette situation place les médecins concernés dans une situation difficile. Ils sont amenés à privilégier les prestations figurant dans la nomenclature (essentiellement les consultations individuelles) au détriment d'autres formes d'intervention, le cas échéant plus appropriées.

Comme d'autres services en santé mentale, les SSM sont saturés. Les acteurs concernés estiment que 40% des demandes ne peuvent être satisfaites dans un délai raisonnable, et que 75% des demandes réorientées le sont pour cause de saturation, alors qu'elles avaient été adéquatement adressées.

Les équipes mobiles

1. Les services psychiatriques d'aide à domicile (SPAD) (en néerlandais Psychiatrische zorg in de thuissituatie – PZT) ont été lancés en 2002 par le SPF Santé Publique dans le cadre d'un appel à projet à destination des Initiatives d'Habitation Protégée, auxquelles ils sont structurellement couplés. Ils dépendent donc actuellement des Communautés.

Ils ont pour missions principales :

- le coaching des prestataires de première ligne ;
- la coordination des acteurs autour des patients ;
- le soutien au patient.

Il y a 13 SPAD à Bruxelles.

2. Des équipes mobiles sont également prévues dans le cadre de la « Réforme 107 » :

- équipes 2a : équipes de crise ;
- équipes 2b : problèmes graves et chroniques.

Pour les adultes, ce secteur est en développement : le cadre prévu par le SPF Santé publique n'est pas encore atteint, étant conditionné à un gel de lits psychiatriques hospitaliers impossible à réaliser à Bruxelles. Certains SPAD/PZT ont été incorporés à ces équipes mobiles « 107 ». Ces équipes sont financées par le budget des moyens financiers des hôpitaux opérateurs.

Le secteur pour les enfants s'est bien développé car il n'est pas conditionné à un gel de lits hospitaliers.

3. Il existe des équipes mobiles pour les anciens internés, ainsi que d'autres initiatives spécifiques (double diagnostic...).

Le répertoire complet de ces initiatives peut être trouvé sur le site de la Plateforme bruxelloise pour la santé mentale¹¹.

Les lieux de liens

Les lieux de liens sont une initiative de la COCOM dans le cadre du Plan de relance et de redéploiement COVID (juillet 2020) du Gouvernement bruxellois. Ils sont définis comme des lieux où l'on peut s'entretenir et se confier avec des thérapeutes, des assistants sociaux, des éducateurs et des pairs-aidants.

Il est également possible d'être informé et accompagné vers l'offre d'aide et de soins plus spécifiques au niveau local. Des activités – culturelles, sociales, sportives et d'actions en santé communautaire – peuvent y être initiées par les usagers et soutenues par les intervenants.

Il s'agit de créer du lien sur une échelle territoriale de proximité en réseau et d'offrir la possibilité aux usagers de renforcer leur tissu social¹².

4. Les intervenants non spécialisés en santé mentale

Le rapport du KCE rappelle le rôle du médecin généraliste, consulté par la majorité des patients souffrant de troubles psychiques, en combinaison ou non avec des intervenants spécialisés.

Les maisons médicales proposent souvent une offre psychologique en complément du service de médecine générale. On sera cependant attentif au fait que cette offre caractérise les structures reconnues par les Communautés (à Bruxelles la COCOF ou la Communauté flamande), qui sont en nombre limité, et ne concernent pas l'ensemble des structures, généralement connues sous le même nom, qui pratiquent le forfait dans le cadre d'une déclaration à l'INAMI, dont le contenu se limite à la pratique de la médecine « à l'abonnement ».

Les centres de planning familial offrent une aide psychologique dans leur cadre d'intervention. La majorité des centres fonctionnant à Bruxelles sont agréés par la COCOF. Quelques-uns le sont par la COCOM. Il n'existe pas de telles structures au niveau néerlandophone « pur ».

¹¹ <https://pfcsm-opgg.be/sites/default/files/2021-10/Repertoire-Equipes-Mobiles-2021%20FR.pdf>

¹² Voir le rapport : S. Lasserre et A. Misson « *Lieux de liens : Maillons essentiels dans les parcours de soins Recensement, analyse et recommandations* », 2021, ainsi que de Guide des lieux de liens en Région de Bruxelles-Capitale, LBSM-La Trace – WOPS – l'Orée, 2022 (sur le site de la LBSM).

La Communauté flamande organise des Centres d'aide sociale (**Centra voor Algemeen Welzijnswerk**), dont 1 à Bruxelles (avec 3 antennes d'accueil). L'équipe d'un CAW est multidisciplinaire et comporte entre autres des psychologues. On peut s'y adresser pour une large gamme de problèmes.

En Communauté française (y compris COCOF), des services analogues sont offerts par un grand nombre de **structures diverses**, que le rapport du KCE ne détaille pas. Ce rapport note par ailleurs : « *Il existe 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 d'aide aux personnes avec handicap, aux justiciables, aux victimes, ou encore aux personnes en recherche de logement* ».

Résumé statistique

Nombre de séjours psychiatriques des Bruxellois (y compris hors Bruxelles) par type d'institutions (2018)¹³

	Nombre (2018)	%
Hôpitaux psychiatriques (HP)	3.626	29.80
Services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG)	7.501	61.67
IHP	753	6.20
MSP	284	2.33
TOTAL	12.164	100

Diagnostiques les plus fréquents (% - 2018)

	HP	SPHG	IHP	MSP	TOTAL
Schizophrénie et autres pathologies psychotiques	41,8	24,5	68,7	80,9	33,6
Alcool, drogue, médicaments	17,6	24,9			20,9
Dépression	10,1	19,9	9,5	6,7	16,2
Troubles de la personnalité				8,0	
Troubles enfance / ado					3,6
Total diagnostics fréquents	69,5	69,3	78,2	95,6	74,3
Total général	100= 3.225	100 = 7.248	100 = 740	100 = 282	100=11.495

5. Focus sur quelques groupes spécifiques

Enfants et adolescents

Le rapport du KCE sur l'organisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents rappelle que de nombreux services proposent des soins de santé mentale de première ligne : les médecins généralistes, l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) et son homologue flamand Kind&Gezin, les centres psycho médicaux sociaux (CPMS) / Centra voor leerlingenbegeleiding (CLB).

¹³ Source des données : RPM, Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire, et environnement, et Commission communautaire commune ; Calculs : Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles – analyses préliminaires.

En ce qui concerne les services de santé mentale spécialisés pour enfants et adolescents, l'offre est variée et les services proposés reposent sur différents mécanismes de financement. Il n'est cependant pas clairement établi dans quelle mesure certaines formes de service ne se chevauchent pas ou dans quelle mesure le système ne présente pas certaines lacunes.

Selon le rapport du KCE, le système permet différents modes structurels de promotion de la collaboration au sein du secteur ou avec d'autres secteurs. Un financement spécifique existe par exemple pour le pédopsychiatre lorsqu'il se concerta avec d'autres prestataires de soins. Les collaborateurs des Services de santé mentale / Centra voor geestelijke gezondheidszorg (SSM/CGG) peuvent également soutenir des prestataires de soins d'autres secteurs.

Une série de projets axés sur certains groupes cibles ont été lancés au cours de la dernière décennie pour garantir une offre en soins plus spécifiques, par exemple pour les jeunes présentant des besoins en santé mentale dans un contexte judiciaire (FOR-K).

Une harmonisation entre les différentes formes de soins à la disposition de ces patients (résidentiel, soins d'urgence, soutien ambulatoire) est généralement prévue dans ces projets. Le SPF Santé publique s'apprête à rendre structurel le financement de ces projets FOR-K.

Depuis quelques années, la Flandre travaille à la mise en place d'un système d'aide intégrale à la jeunesse (Integrale Jeugdhulp). Ce projet implique une politique commune de tous les secteurs impliqués dans l'aide aux enfants et aux adolescents dans le domaine de l'action sociale, de la santé publique et de la famille. Cela concerne l'action sociale, les services aux personnes porteuses de handicap, l'enseignement, les services de soins préventifs et les centres de santé mentale ambulatoires. Cette politique commune implique un seul management central, la création de réseaux locaux mais aussi l'organisation d'un portail d'accès central aux services intensifs d'aide à la jeunesse¹⁴. L'objectif est ainsi de mieux intégrer les soins et de proposer une aide plus efficace. Les traitements SSM résidentiels, sous la responsabilité des autorités fédérales, ne tombent pas dans le champ d'application de ce décret.

Il convient aussi de souligner le rôle que peuvent jouer les dispositifs dans le cadre de la protection de la jeunesse. Pour rappel, cette matière est communautarisée. A Bruxelles, les services auxquels les jeunes ou leur famille s'adressent librement sont de la compétence de la COCOF ou de la Communauté flamande. Les dispositifs qui sont imposés aux familles dans l'intérêt du jeune ou aux jeunes ayant commis des faits qualifiés d'infraction, sont de la compétence de la COCOM.

Les acteurs du terrain relèvent le manque d'offre de soins pour les jeunes en difficulté, notamment à Bruxelles. Cela conduit à des mesures dont les acteurs savent à l'avance le caractère inadéquat, comme laisser en famille des jeunes qui ont besoin d'une aide spécifique, placer en IPPJ des jeunes qui ont besoin d'un suivi psychiatrique, confier des cas lourds à des structures non adaptées¹⁵.

Personnes âgées

Les personnes âgées qui ont des problèmes de santé mentale forment un groupe très hétérogène. Leurs besoins spécifiques varient en fonction de leur fragilité et de leur profil de pathologies plutôt

¹⁴ Algemeen WelzijnsWerk (AWW), Bijzondere JeugdBijstand (BJB), Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), Centra Leerlingenbegeleiding (CLB), Kind & Gezin (K&G), Centra Integrale Gezinszorg (CIG) et Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH).

¹⁵ Voir notamment le dossier « Les juges de la jeunesse de plus en plus sur le fil » dans la revue « Ensemble », n° 106, 2021.

que de leur âge chronologique. En Belgique, il n'existe pas de titre professionnel particulier pour la psychiatrie de la personne âgée. Les médecins spécialistes en (neuro)psychiatrie peuvent se spécialiser en psychiatrie pour adultes ou en psychiatrie pour enfants et adolescents. Ils peuvent également acquérir le titre professionnel particulier en gériatrie, menant au titre de « spécialiste en psychiatrie et en gériatrie ». Certains « géronto-psychiatres » ou « psycho-géiatres » ont obtenu ces titres après des formations à l'étranger mais ils ne correspondent pas à une reconnaissance officielle en Belgique.

Ce secteur est, selon le rapport du KCE sur les soins de santé mentale pour les personnes âgées, confronté à trois défis majeurs :

- la pénurie de professionnels formés à la psychiatrie et à la gériatrie ;
- le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques ;
- le manque de lits en structures alternatives non hospitalières pour accueillir les patients qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers mais qui ne peuvent pas retourner chez eux.

Ce secteur, en prenant en compte l'utilisation qui en est faite par les patients âgés, est subdivisé en 5 sous-secteurs :

- les services de santé mentale (SSM, voir plus haut). Globalement, la fréquentation des SSM par les personnes âgées est faible, même si certains services ont développé une clinique spécifique. Une coordination thématique de la LBSM travaille à définir une stratégie de renforcement des soins de santé mentale ambulatoires pour ce public ;
- les équipes psychiatriques à domicile ou SPAD (*voir ci-dessus*) ;
- les soins ambulatoires (médecins spécialistes (psychiatres), psychologues / psychothérapeutes, médecins généralistes, services de soins à domicile ;
- les projets spécifiques pour les personnes âgées : tels que les projets « Protocole3 » (financement fédéral) situés en dehors du secteur des soins de santé mentale et dont l'objectif est de retarder l'institutionnalisation en améliorant le soutien à domicile. La Région wallonne et la Flandre financent des interventions en santé mentale dans l'environnement naturel du patient, qui n'existent pas à Bruxelles ;
- les programmes de réadaptation psychosociale (*voir ci-dessus, revalidation*). Ces conventions ciblent généralement les groupes d'âge plus jeunes car l'un de leurs principaux objectifs est de réintégrer les personnes dans la communauté et de leur rendre l'accès au marché du travail.

Il y a lieu de souligner aussi que la « désorientation dans le temps et dans l'espace » est un des facteurs pris en compte pour l'établissement des forfaits de soins dans les MR et MRS. Selon les définitions généralement acceptées, de tels troubles ne sont cependant pas considérés comme des troubles mentaux, il n'en sera plus question dans la suite de cet avis.

Personnes porteuses de handicap

La problématique dite « du double diagnostic », où un handicap intellectuel coexiste avec une maladie mentale¹⁶ est particulièrement visée dans cette section.

Le handicap intellectuel touche entre 2 et 3% de la population générale. Environ 1/3 de ces personnes souffre d'une maladie mentale surajoutée qui va décompenser dans un 1/3 des cas (au moins une fois au cours de leur vie) et dans 10% des cas en donnant lieu à de graves troubles du comportement.

¹⁶ L'expression est parfois utilisée aussi pour la combinaison entre psychose et addiction.

La moyenne d'âge est passée de 40 à 60 ans ces dernières décennies avec pour conséquence une prévalence des cas de démence en augmentation.

Lorsque les personnes adultes souffrant d'un handicap intellectuel développent les symptômes d'une maladie psychiatrique, elles peuvent bénéficier du suivi par une Cellule Mobile d'Intervention (CMI Maya à Bruxelles), une équipe mobile spécialisée dans l'accompagnement et les soins spécifiques pour personnes « double diagnostic ».

Néanmoins, lorsque cette maladie se manifeste de manière trop importante sur le plan clinique et que la personne est en phase de rechute de la maladie, la CMI doit réorienter la prise en charge en milieu hospitalier dans 50% des cas.

Dans le meilleur des cas, une place est trouvée en hôpital psychiatrique dans une des rares unités spécialisées à Bruxelles. Sinon, ils sont hospitalisés soit en unité psychiatrique court séjour (lits index A) où ils constituent 10% des admissions, soit en unité psychiatrique long séjour (lits index T) où, selon une étude du KCE¹⁷, ils constituent 20% des séjours de plus d'un an.

A défaut d'un encadrement suffisant et d'un projet thérapeutique spécifique dans ces types d'unités, ils n'y reçoivent pas de soins adéquats. Le rapport du KCE indique d'ailleurs que pour presque la moitié d'entre eux, leur durée de séjour dépasse les 6 ans en unité index T !

Il est donc indispensable de pouvoir développer cette offre à Bruxelles, y compris ouvrir des lieux d'hébergement adapté après une hospitalisation.

Assuétudes

Le secteur assuétudes bruxellois comprend des services complémentaires (28 sont membres de la FEDITO BXL) et aux approches variées en fonction des lieux d'intervention (milieux festifs, écoles, centres de soins, rue, en ligne, équipes mobiles...), des publics cibles ou d'axes de travail et propose un plan [\(més\)usages de drogues et conduites addictives 2021-2023](#) composé d'une centaine de mesures en vue d'améliorer la santé des citoyens, la prise en charge des bénéficiaires des services spécialisés ou de secteurs connexes.

Ce plan s'articule autour de sept axes de travail que sont : 1. la prévention ; 2. la réduction des risques ; 3. les soins et l'accompagnement psycho-médico-social ; 4. l'accompagnement social et l'insertion socioprofessionnelle ; 5. la recherche et le développement de dispositifs novateurs ; 6. le cadre législatif et politique et enfin, l'appui aux professionnels 7. la formation ainsi que le renforcement de la concertation aux niveaux local, fédéral et international. Ce document constitue un outil dont la vocation est d'orienter le travail de terrain, notamment en renforçant les synergies internes au secteur, mais également à l'attention du politique. En effet, dans la perspective d'une « approche intégrée » promue par l'actuel Gouvernement bruxellois, il constitue également l'apport du secteur « drogues » au futur Plan Social-Santé Intégré (PSSI) au travers de ses objectifs et de ses actions touchant les citoyens bruxellois, les bénéficiaires, mais aussi les pratiques et les travailleurs des secteurs du social et de la santé.

Ce plan constitue également un rappel supplémentaire de l'attente de nécessaires réformes législatives, notamment de la « loi drogues » de 1921 pour enfin permettre l'accès à certains

¹⁷ « [Les séjours psychiatriques de longue durée en lit T](#) », KCE reports 84B, tableau 4.6 p. 26, 2008.

traitements médicaux et la mise en place de dispositifs sociosanitaires innovants, de lutter contre la stigmatisation des personnes toxicodépendantes et favoriser leur accès aux soins, bref mieux équilibrer les différents « piliers » de la politique drogue menée en Belgique et à fortiori en Région bruxelloise.

6. Le projet pilote IPS (Individual Placement and Support)

La méthode IPS, expérimentée avec succès dans certains pays étrangers, vise la réinsertion des personnes souffrant de troubles psychiques en les accompagnant le plus tôt possible vers la recherche d'emploi, et en continuant à leur offrir un accompagnement individualisé et soutenu après qu'elles ont trouvé un emploi. En 2017, le Service des indemnités de l'INAMI a lancé une étude pour déterminer si cette méthode pouvait être implémentée en Belgique¹⁸.

Le projet pilote IPS belge concerne 1.200 parcours de réinsertion, dont 600 bénéficient d'un soutien par des accompagnateurs spécialisés IPS (340 en Flandre, 200 en Wallonie, 60 à Bruxelles). Les 600 autres bénéficient du modèle déjà en place, basé sur une formation professionnelle.

¹⁸ Colloque du 15/12/2017 organisé par l'INAMI avec la collaboration de "European Union of Supported « De l'incapacité à la capacité : initiatives et évaluations de projets de réinsertion professionnelle ».

Avis

1. Considérations générales

1.1 Complexité du système – nécessité d’une articulation

Il résulte de la description qui précède que le système est particulièrement complexe. Il met en œuvre des dispositifs organisés par différents niveaux de pouvoirs qui ne sont pas nécessairement coordonnés entre eux. Comme indiqué dans l’introduction, **Brupartners** pointe le fait que la complexité n’est pas une critique en soi. Les patients, et particulièrement les patients les plus lourds, sont appelés au cours de leur trajet de soins à faire appel à différents dispositifs.

De nombreux efforts sont accomplis pour mettre ces dispositifs en réseau, afin d’offrir aux patients des trajets cohérents. **Brupartners** ne peut que relayer le constat selon lequel cette coordination n’est pas encore au point actuellement, et que ces efforts doivent être poursuivis. La coordination avec le réseau requiert du temps et des moyens humains, qui doivent être reconnus et pris en compte dans le financement.

1.2 Adéquation Compétences-Moyens

Les phases successives de Réforme de l’Etat ont attribué aux Communautés des compétences importantes en matière de santé mentale. Les moyens financiers n’ont pas toujours suivi.

Ainsi, les dotations attribuées aux Communautés pour les matières transférées dans le cadre de la 6^{ème} Réforme de l’Etat sont basées sur les dépenses constatées à la veille de la Réforme. Ces dépenses ne reflètent pas la réalité des besoins, car certains des dispositifs concernés (par exemple les Maisons de soins psychiatriques) ne s’étaient pas encore développés selon la programmation prévue au départ, sans parler de l’évolution des besoins.

Ces dotations sont basées sur la population. Or, la prévalence des maladies mentales dans une Région comme Bruxelles était nécessairement plus élevée qu’ailleurs.

Enfin, selon les dispositions transitoires de l’accord de coopération en vigueur, les institutions bruxelloises sont compétentes pour les institutions situées sur le territoire de la Région¹⁹. Beaucoup de ces institutions accueillent une part plus ou moins importante de patients résidents des autres Régions. Il convient de passer aussi vite que possible à l’application du principe posé par l’accord, et conforme à la logique de répartition des dotations, de compétence liée au domicile du patient, sans compromettre l’accès des patients aux dispositifs des autres Régions, ni la faculté pour les institutions bruxelloises de soigner des patients d’autres Régions, en se faisant rembourser par celles-ci.

Brupartners rappelle que les compétences communautaires à Bruxelles sont en réalité exercées par quatre entités : la Communauté française, la Communauté flamande, la COCOM et la COCOF, en plus de la VGC qui exerce certaines mesures d’exécution sous la tutelle de la Communauté flamande.

Les institutions communautaires bruxelloises, en tout cas la COCOM et la COCOF, ne peuvent que dans une mesure limitée arbitrer leurs missions avec celles d’autres missions publiques.

¹⁹ Voir accord de coopération du 31 décembre 2018 concernant le financement des soins en cas de recours à des institutions de soins en dehors des limites de l’entité fédérée.

Outre les transferts formels de compétences, des modifications du paysage institutionnel résultent de décisions prises au niveau de la politique hospitalière, décidée au niveau fédéral. La volonté, par ailleurs justifiée, de réduire l'importance de l'hospitalisation dans les soins de santé mentale, implique la création de dispositifs alternatifs, qui puissent prendre le relais. Certains de ces dispositifs relèvent désormais des Communautés, sans que les dotations soient adaptées à ces nouvelles missions. D'autres dispositifs fédéraux peuvent générer des doublons avec les dispositifs communautaires, ce qui constitue une perte regrettable de temps, d'énergie et de moyens. Les services communautaires sont parfois invités à intégrer des dispositifs fédéraux, ce qui implique de faire coexister en leur sein des modalités de travail différentes et des contraintes administratives différentes, ce qui ajoute à la complexité du système au lieu de la diminuer.

1.3 Articulation des compétences entre entités du pays

Brupartners souligne que le fédéral étant toujours compétent en ce qui concerne une grande partie de la santé et se pose la question de l'application des règles prises par l'autorité fédérale dans le contexte bruxellois. L'exemple le plus frappant est l'absence de projets HIC (high intensive care) en Région de Bruxelles-Capitale due notamment à l'impossibilité de respecter à Bruxelles les conditions imposées pour un tel projet. Neuf projets-pilotes de ce type existent en Flandre, aucun à Bruxelles et en Wallonie, alors que plusieurs hôpitaux bruxellois se sont portés candidats. Ces projets sont pourtant indispensables pour améliorer la qualité des soins aux patients hospitalisés mis en observation, nombreux à Bruxelles.

2. Considérations particulières

2.1 Pénurie des travailleurs

Démographie bruxelloise

Le Bureau fédéral du Plan prévoit une augmentation de la population bruxelloise de 150.000 habitants en 2040. Toutefois, l'offre de soins ne semble pas évoluer pour prendre en compte cette augmentation. On pointe ces dernières années un décrochage du nombre d'emplois en santé mentale par rapport à la population bruxelloise.

Brupartners précise que ce décrochage est aggravé par l'accentuation des problèmes de santé mentale (voir plus haut), ce qui augmente mécaniquement le nombre de demandes adressées aux services.

Traitement des médecins spécialistes

Dans l'ambulance, les professionnels sont subsidiés à 70% et les 30% restants sont facturés à l'INAMI. **Brupartners** relève que cette structure des coûts n'est pas toujours adaptée à la situation des établissements et est peu concurrentielle par rapport aux honoraires des médecins hospitaliers. Des structures telles que les centres de planning familial ne peuvent se permettre d'engager des spécialistes dans ces conditions sinon à les forcer à être en consultation en permanence (ce qui est le cas en SSM).

2.2 Offre de soins à Bruxelles

Prise en compte des besoins des patients non-bruxellois

L'offre de soins bruxelloise a cela de particulier qu'elle se doit de permettre la prise en charge de patients non bruxellois usant des services de soins à Bruxelles pour plusieurs raisons (grande ville la plus proche, expertise spécialisée, réputation du système bruxellois, public réfugié, public sans-abri, étudiants, navetteurs, etc.). **Brupartners** pointe qu'une réflexion sur l'offre de soins en Région de Bruxelles-Capitale se doit de pouvoir prendre en compte et rendre visible ces publics externes ou précarisés.

Territorialisation de l'offre

Brupartners demande qu'une réflexion soit menée sur le type de dispositif à mettre en place sur les territoires déterminés. Un grand réseau (Brumenta), subdivisé en quatre antennes, a été mis en place, mais il y a pour l'heure trop peu de dispositifs qui soutiennent une dynamique de réseau au niveau des individus et ces dispositifs sont souvent financés à court terme, ce qui ne permet pas à la dynamique implémentée de perdurer. Il y a lieu de penser à renforcer les liens entre les maisons médicales, les services de santé mentale, les centres de planning familial, etc.

Elargir la fonction SPAD aux structures de revalidation résidentielles

Afin de mieux répondre à ces demandes toujours plus nombreuses, et d'améliorer la qualité du lien, **Brupartners** relève qu'il peut être intéressant que le dispositif SPAD soit accessible aux autres structures que les hôpitaux, par exemple avec les centres de revalidation semi-résidentiels.

Problématique de la mobilité au sein de la ville

Le secteur est fortement impacté par certaines mesures qui régulent la circulation automobile à Bruxelles, par exemple la ZBE (LEZ) et la systématisation du stationnement payant. Les moyens permettant de s'adapter à ces mesures sont inexistants. **Brupartners** renvoie à ce sujet aux avis rendus sur ces questions.

La première ligne de soins

Il semblerait que les diverses entités du pays aient tendance à orienter les patients vers la première ligne et les services généralistes. Cette tendance peut se justifier : il est important de prendre en compte les problématiques sociales en même temps que les problématiques de santé. Mais elle risque de faire perdre une expertise. Elle augmente en outre la pression sur certains acteurs et méconnaît les possibilités pour le public d'activer d'autres portes d'entrée dans le système d'aide et de soins.

Le classement des services entre 1^e, 2^e et 3^e ligne n'est pas toujours adéquat ni opportun. Si on prend l'exemple des SSM, la moitié de leurs suivis sont initiés par les patients eux-mêmes ou leurs proches, l'autre moitié par des professionnels. Ces proportions peuvent varier selon les secteurs mais démontrent une diversité dans la façon dont les personnes identifient leur problème et les professionnels vers qui se tourner. **Brupartners** indique que c'est une réalité à prendre en compte, complémentairement à d'autres initiatives qui visent à toucher les publics plus éloignés de l'aide et du soin qui méconnaissent l'offre existante, s'en méfient ou vivent d'autres réalités (comme l'errance en rue et le sans-abrisme), les troubles de santé mentale pouvant accentuer ces phénomènes.

2.3 Publics spécifiques

Les enfants et adolescents

Le secteur de la jeunesse illustre particulièrement la constatation, plusieurs fois répétée dans cet avis, qu'une offre psychiatrique plus importante se justifie en Région bruxelloise, eu égard à la présence de patients résidant à Bruxelles sans y être domiciliés (élèves et étudiants, MENA, sans-papiers, SDF, etc.), aux caractéristiques socio-sanitaires de la population.

Le double diagnostic

Brupartners renvoie aux constats repris dans la partie descriptive avec la conclusion : il est indispensable de développer cette offre à Bruxelles, y compris ouvrir des lieux d'hébergement adaptés après une hospitalisation.

Les projets HIC (High intensive Care)

Concernant ce type de projet, **Brupartners** renvoie aux constats repris dans la partie descriptive avec la conclusion. Toutefois, il indique qu'il est indispensable de développer cette offre en Région de Bruxelles-Capitale.

Les assuétudes

Brupartners rappelle que le phénomène des usages et mésusages de substances psychoactives (alcool, tabac et autres drogues) et des conduites addictives (avec ou sans produits) est évolutif, complexe, et appelle une réponse spécifique et spécialisée.

De l'avis des acteurs de terrain qui ont participé aux travaux de Brupartners, les stratégies et modalités de financement qui émergent de la réforme de la santé mentale ne semblent pas toujours adaptées aux besoins. Par exemple, la réforme « réforme 107 » ne prévoit pas, à Bruxelles, d'équipe mobile « assuétudes ». Le nouveau système de financement des fonctions psychologiques dans la première ligne (PPL) par le biais de réseaux et de partenariats locaux multidisciplinaires n'est pas adapté aux réalités de nombreux services assuétudes qui ne pourront dès lors pas y avoir accès.

À l'intensification des problématiques, doit répondre en écho l'intensité des mesures, selon les principes plusieurs fois énoncés dans cet avis d'initiative, tels que :

- prévenir l'engorgement des différentes lignes de soins, faciliter l'articulation entre l'ambulatoire et le résidentiel, culture de la concertation entre services, institutions et niveaux de pouvoirs ;
- renforcer les services ambulatoires et les équipes mobiles, qui doivent intervenir tant dans les hébergements collectifs, les domiciles ou les espaces communautaires ;
- renforcer et créer des plateformes d'aide en ligne sécurisées et professionnelles.

2.4 Le logement et l'intégration sociale

Brupartners relève que les problèmes de santé mentale génèrent énormément de problèmes dans de nombreux aspects de la vie et rendent parfois difficile l'intégration sociale. À l'inverse, une série de difficultés sociales pèsent sur les individus et peuvent impacter d'autant plus lourdement leur santé mentale que le recours aux soins est souvent relégué au plus bas des priorités pour des questions de survie financière. Les problèmes mentaux liés à l'emploi ou à l'absence d'emploi sont bien spécifiques et Bruxelles dispose de peu de ressources pour les traiter.

D'une manière plus générale, parler d'intégration sociale implique de parler des liens sociaux. Ces liens sociaux sont mis à mal par le manque d'emploi. Il y a dans ce domaine énormément d'efforts à faire. Il y a des choses intéressantes en développement à Bruxelles mais qui méritent plus d'appui.

La situation du logement impacte également la situation de la santé mentale à Bruxelles, et ce de plusieurs façons. Par exemple, lors d'une sortie d'établissements de soins, il est parfois extrêmement difficile de trouver un logement pour les personnes soignées.

D'une façon plus générale, les professionnels de la santé mentale remarquent depuis plusieurs années une augmentation de ces besoins en santé mentale par le personnel d'autres secteurs. Des problèmes de santé mentale peuvent empêcher par exemple la résidence paisible dans des logements sociaux. Il est donc possible que la personne atteinte de troubles ne puisse répondre aux obligations normales d'un locataire social et donc se retrouve dans une situation où elle serait privée d'un logement.

2.5 Modalités de gouvernance

Un certain nombre d'acteurs pointent la difficulté à s'impliquer dans des réformes dont la gouvernance s'avère en décalage avec ce qui est annoncé. Les arbitrages sont à leurs yeux souvent pris en dehors des espaces établis, en fonction de paramètres parfois inadaptés.

Ainsi, comme déjà relevé dans cet avis d'initiative, les politiques fédérales sont trop souvent construites sur la base de constats dans une Région ou sous-région du pays et généralisés de façon uniforme à l'ensemble du territoire belge. Brupartners a souligné les spécificités de la ville-Région bruxelloise, tant sur le plan socio-économique que dans son rôle de Capitale ou de région multilingue. Les politiques menées à Bruxelles s'avèrent souvent inadaptées aux réalités locales et génèrent davantage de difficultés que de solutions.

Les acteurs de terrain bénéficient d'une connaissance et d'une expertise qui leur permet d'être associés aux processus d'analyse des besoins et de définition des politiques à mener, pour peu que cette concertation soit réelle, approfondie et suivie d'effets.

Un autre élément réside dans la participation du public lui-même (experts du vécu, pair-aidance, groupes et associations d'usagers ou consultations citoyennes). Là encore, la consultation de ces publics ne peut se contenter d'être symbolique. Les recommandations issues de ces personnes et groupes doivent être entendues et intégrées au processus réflexif et décisionnel.

À cet effet, **Brupartners** pointe que des outils supplémentaires existent, insuffisamment exploités. Ainsi, la médiation en matière de santé, implémentée suite à la loi sur les droits du patient de 2002, reste fort éclatée : les services de médiation attachés aux structures hospitalières comme les services régionaux de médiation ne partagent leurs constats ni avec le public, ni entre eux. **Brupartners** n'a par ailleurs pas connaissance de rapports issus de tels services qui viendraient pourtant éclairer utilement les difficultés auxquelles le public est confronté et qui pourraient donner lieu à des améliorations dans l'offre de soins. Une mise en commun des constats des différents services de médiation serait pourtant une ressource précieuse à mettre en place.

*

*

*