

La Ville de Proximité comme levier des soins psychiatriques:  
*vision d'un médecin généraliste.*

De Buurtstad als hefboom voor psychiatrische zorg:  
*visie van een huisarts.*

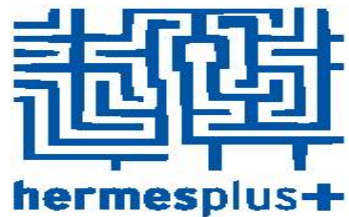
**HERMESplus – 6 juni 2019-DEBAT – DÉBAT-6 juin 2019 – HERMESplus**

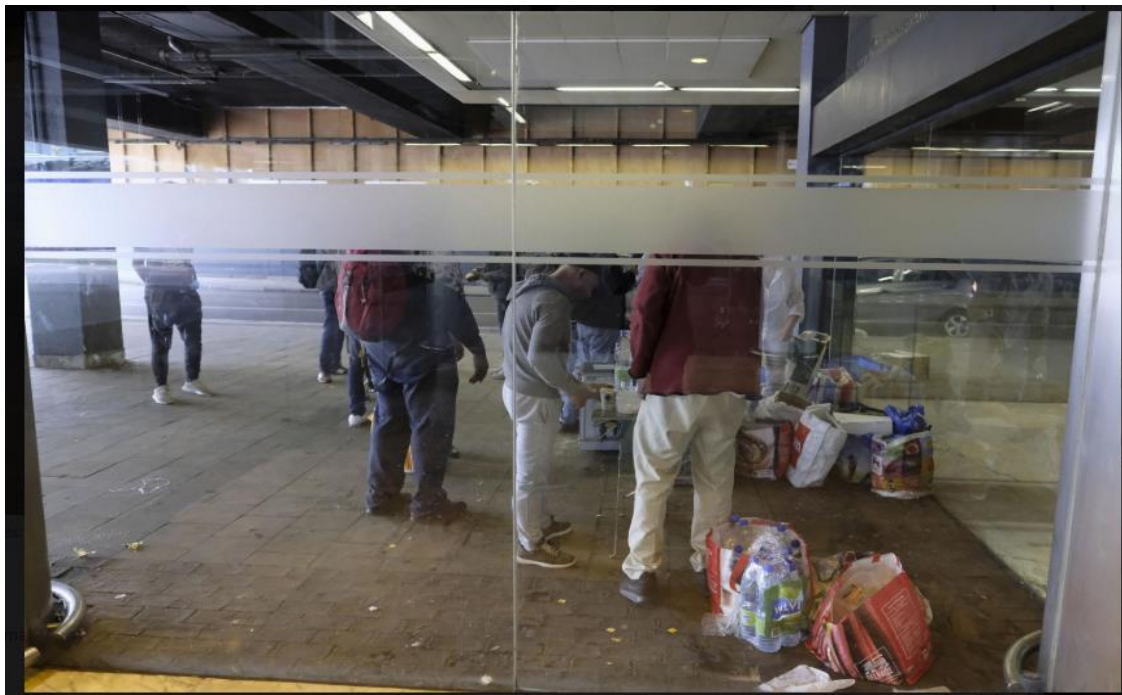


Dr. Didier PIQUARD, généraliste.

dpiquard@ulb.ac.be

- Quartier Nord de Bruxelles, Héliport, Musée Kanal-Pompidou (ex-Citroën), Kaaaitheater; mais aussi Gare du Nord, Parc Maximilien.
- Résultats Expo 1958, plan Manhattan. En voie de gentrification.
- Chargé de Cours & de séminaires et maître de stages DMG-ULB . Suivi des initiatives en santé mentale < bien avant l'an 2000. Ex-formateur pour personnes de confiance (harcèlement et burnout) au sein des entreprises .
- Membre de la Commission Santé Mentale de la FAMGB, délégué auprès de HERMÈS Plus pour Fn. 1 et 2 a et 2 b pour  $\Psi$ 107.





Ville de proximité: levier des soins psychiatriques Hermesplus



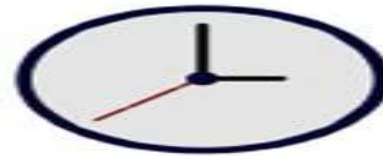
Ville de proximité: levier des soins psychiatriques Hermesplus



**TOO MANY PROBLEMS  
DISTRACT THE DOCTOR**



**DOCTOR MAY BE  
MORE LIKELY TO RUSH**



**TEN MINUTES IS  
NOT LONG AT ALL**

**ONE  
PROBLEM  
PER  
CONSULTATION  
PLEASE**



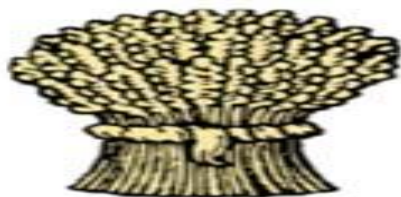
**OTHER PATIENTS WILL  
BE KEPT WAITING**



**SERIOUS ILLNESS  
MIGHT GET MISSED**



**DOCTOR NEEDS TIME  
TO WRITE UP NOTES**



**DOCTOR NEEDS TO FOCUS TO  
DETECT SERIOUS DISEASE EARLY**



**A LIMITED RESOURCE SHOULD  
BE USED WITH CARE**

# Ψ107: fondements cliniques

Diminuer l'hospitalisation et le nombre de lits ψ  
➔ réaffectation des moyens vers l'ambulatoire

## OBJECTIFS

- *Promotion Santé dont mentale*
- *Prévention*
- *Dépistage*
- *Diagnostic précoce*
- *Psychoéducation*
- *Prise en charge θ step by step*

## STRATÉGIES

- *Déstigmatisation de la SM,*
- *Approches micro et macro systémiques*
  - *Usagers (patients et proches aidants)*
  - *Réseau d'acteurs ψ,*
  - *Décloisonnement,*
  - *Mobilité professionnels de SM,*
- *Réinsertion socio-professionnelle,*



# La Santé mentale : le Projet 107

←XV°,...{2004,...2011,... 2019},...→20??...→

La réforme (article 107) « Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de réseaux et circuits de soins »

[https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/interministeriele\\_conferentie\\_volksgezondheid-fr/2011\\_06\\_06\\_-\\_article\\_107\\_fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/interministeriele_conferentie_volksgezondheid-fr/2011_06_06_-_article_107_fr.pdf)

Projet 107:  
5 fonctions:

[http://www.psy107.be  
/?tmpl=unsupported](http://www.psy107.be/?tmpl=unsupported)  
[http://www.psy107.be  
/files/Bruxelles.pdf](http://www.psy107.be/files/Bruxelles.pdf)  
[http://www.psy107.be  
/files/Wallonie.pdf](http://www.psy107.be/files/Wallonie.pdf)

Les fonctions 1° et 2°  
particulièrement de la  
compétence de la  
médecine générale

- **1° fonction** : prévention, promotion des soins, détection, dépistage, diagnostic précoce en SM; regroupe centres de SM, **médecins généralistes**, MM, CPAS, services de soins à domicile, service de Police ...
- **2° fonction** : équipes mobiles de traitement intensif, pour les problèmes psychiques aigus et chroniques; regroupe les équipes mobiles ainsi que celles dédiées au public des personnes internées. F2a: aigu F2b: longue durée
- 3° fonction : équipes de réhabilitation, réinsertion, inclusion psychosociale regroupe centres de réadaptation, entreprises de formation par le travail, clubs thérapeutiques, centres de jour, ...
- 4° fonction : soins résidentiels spécialisés pour les personnes en phase tellement sérieuse que aide dans environnement de vie ou au domicile n'est temporairement pas indiquée; regroupe hôpitaux  $\psi$  et généraux.
- 5° fonction : formules résidentielles spécifiques si soins à domicile ou en milieu substitutif impossible; regroupe acteurs du domaine du logement : logements sociaux, maisons d'accueil, services d'aide aux sans-abri, habitats protégés, les maisons de soins psychiatriques: Housing first





## SOINS PSYCHOLOGIQUES ET ORTHOPÉDAGOGIQUES DE PREMIÈRE LIGNE

### OBJECTIFS

- ✓ Renforcer l'accessibilité et l'offre de soins en santé mentale adulte ;
- ✓ Permettre à la population cible de se rendre plus rapidement chez un professionnel ;
- ✓ Éviter l'évolution des problèmes en trouble ;
- ✓ Améliorer la prévention et l'intervention précoce.

### PUBLIC CIBLE

Le remboursement sera applicable au patient :

- ✓ Adulte âgé de **18 à 64 ans inclus** ;
- ✓ Souffrant d'un **problème** psychique modérément grave d'anxiété, de dépression ou de consommation d'alcool ;
- ✓ Orienté vers ces soins sur base d'une **prescription de renvoi datée** par un médecin généraliste ou un psychiatre ;
- ✓ En ordre de **mutuelle**.

**\*Remarque:** cette mesure ne sera déployée que de manière limitée au cours de la phase de démarrage

### CONVENTION INAMI

Le Comité de l'assurance de l'INAMI a approuvé une convention en vertu de laquelle l'assurance obligatoire soins de santé interviendra pour la première fois dans le prix des séances ambulatoires des psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens.

Cette offre de soin et de remboursement se veut complémentaire à l'offre existante. Le remboursement sera en application au plus tard le **01 avril 2019\***.

Par année civile, le patient pourra bénéficier d'une série de **4 séances** (éventuellement 1x renouvelable) sur base d'une prescription de renvoi. Le nombre **maximum** est de **8 séances par année civile**.  
Coût de la séance pour le patient: **11 €** ou **4 €** si droit à une intervention majorée.

### QUELLES DEMARCHES POUR LE MÉDECIN ?

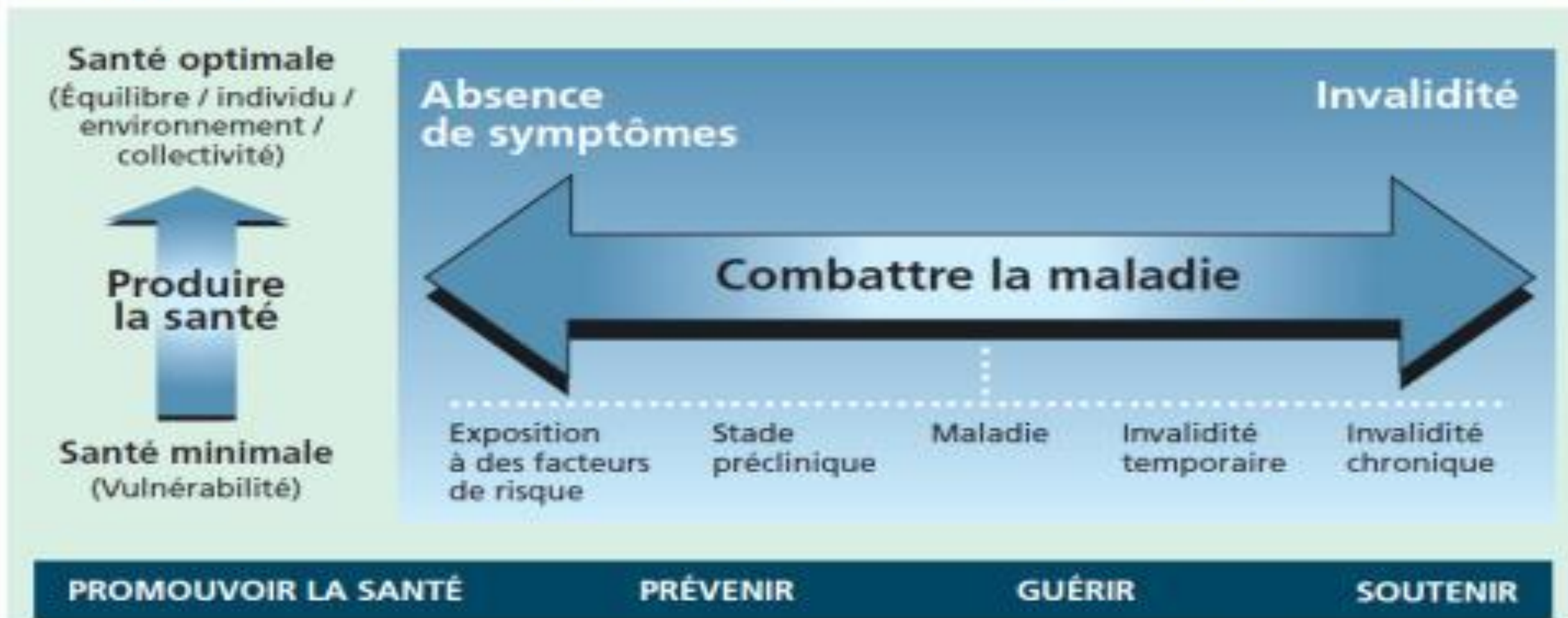
- 1) Examiner si le patient correspond au public cible ;
- 2) Vérifier sur MyCareNet l'assurabilité du patient ;
- 3) Remettre au patient une prescription de renvoi datée (modèle fourni par INAMI) ;
- 4) Fournir au patient la **liste** des psychologues et orthopédagogue de 1<sup>ère</sup> ligne établi dans le réseau où réside le patient (disponible sur le site web du réseau local et sur [www.psy107.be](http://www.psy107.be)),
- 5) Collaborer et communiquer avec le psychologue ou orthopédagogue de 1<sup>ère</sup> ligne sur l'évolution du patient.

### QUE SIGNIFIE « MODEREMENT GRAVE » ?

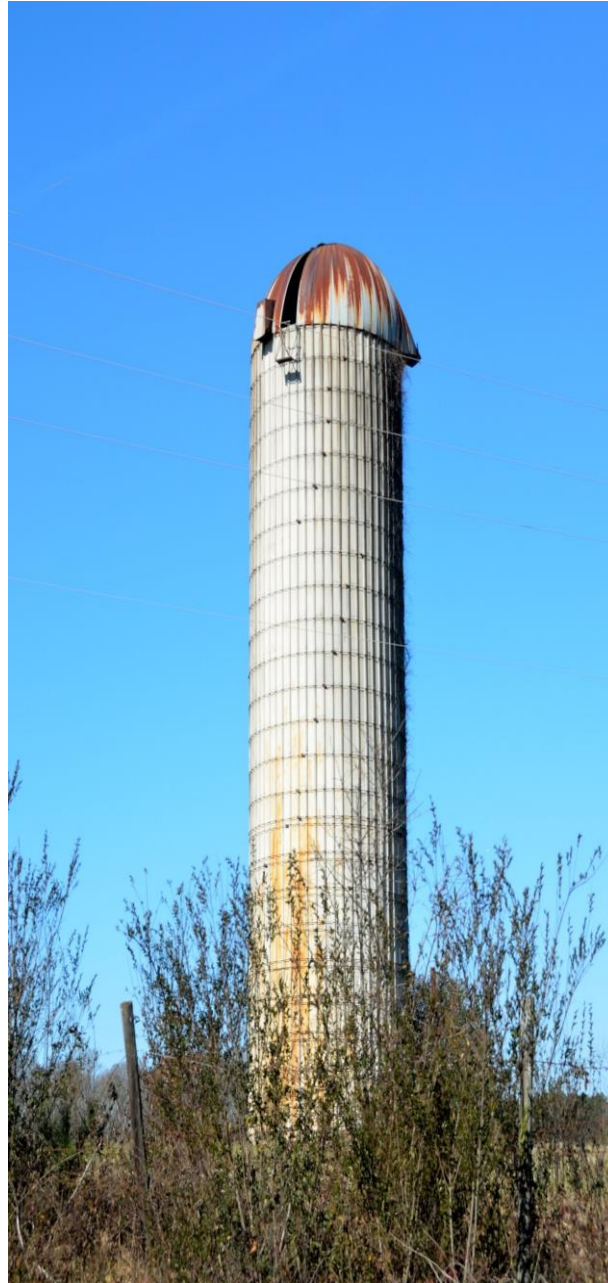
Indicateurs pour une orientation appropriée :

- ✓ Le patient éprouve un problème léger ou modéré lié à de l'anxiété, une humeur déprimée ou une consommation d'alcool (pas d'assuétude).
- ✓ Ce problème est limité dans le temps (apparu depuis quelques semaines ou mois) et est présent dans un domaine de fonctionnement (travail, familial, social ou émotionnel,...).
- ✓ Des interventions limitées semblent suffisantes pour améliorer le problème du patient.
- ✓ Le patient se trouve dans un contexte sécuritaire et supportable (pas de risque imminent de passage à l'acte).
- ✓ Le patient peut entrer dans une relation réciproque.
- ✓ Le patient est intéressé par cette offre de soins de première ligne.

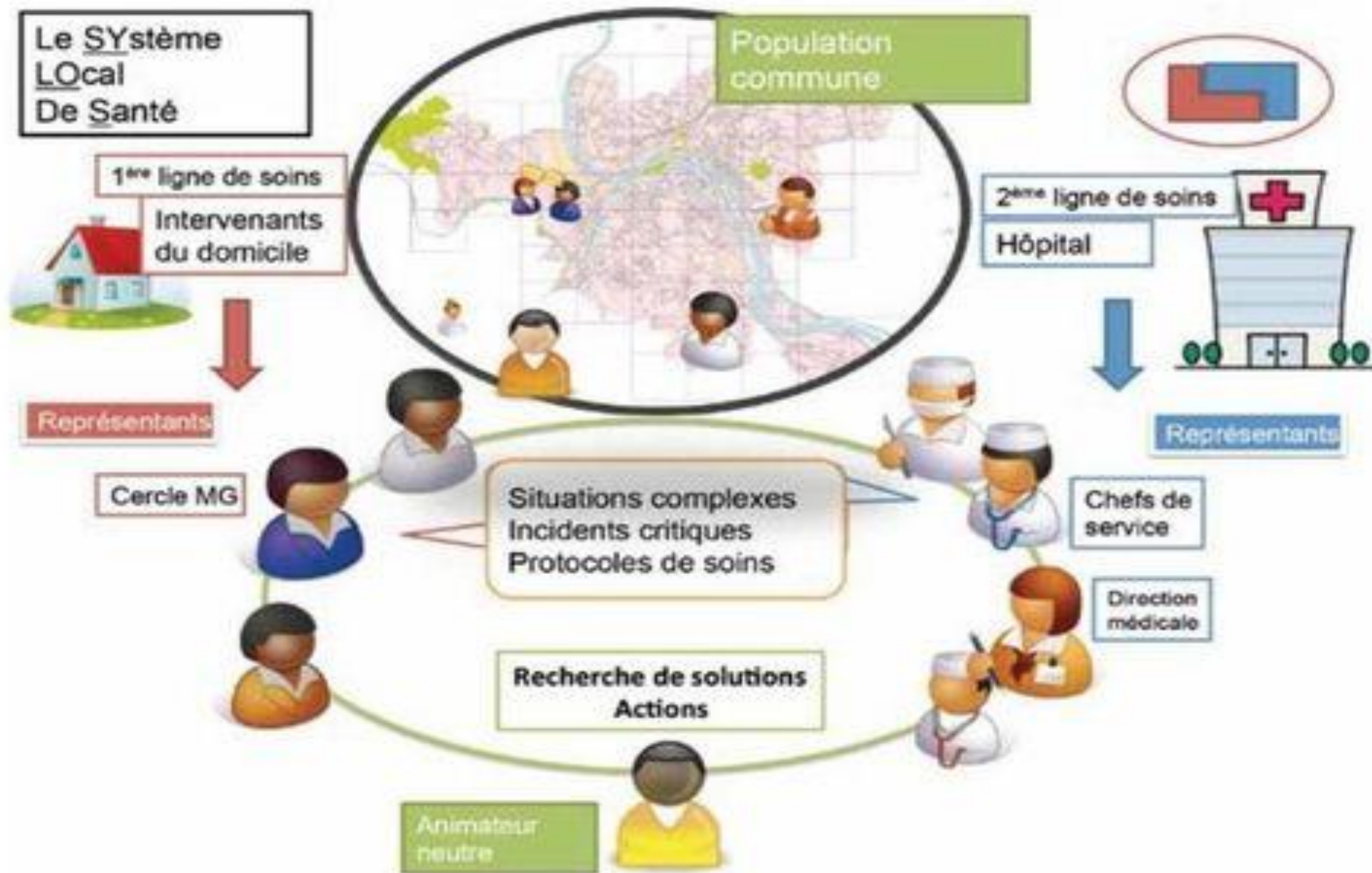
# Un continuum santé en amont du continuum santé-maladie



# Travail en “silo”



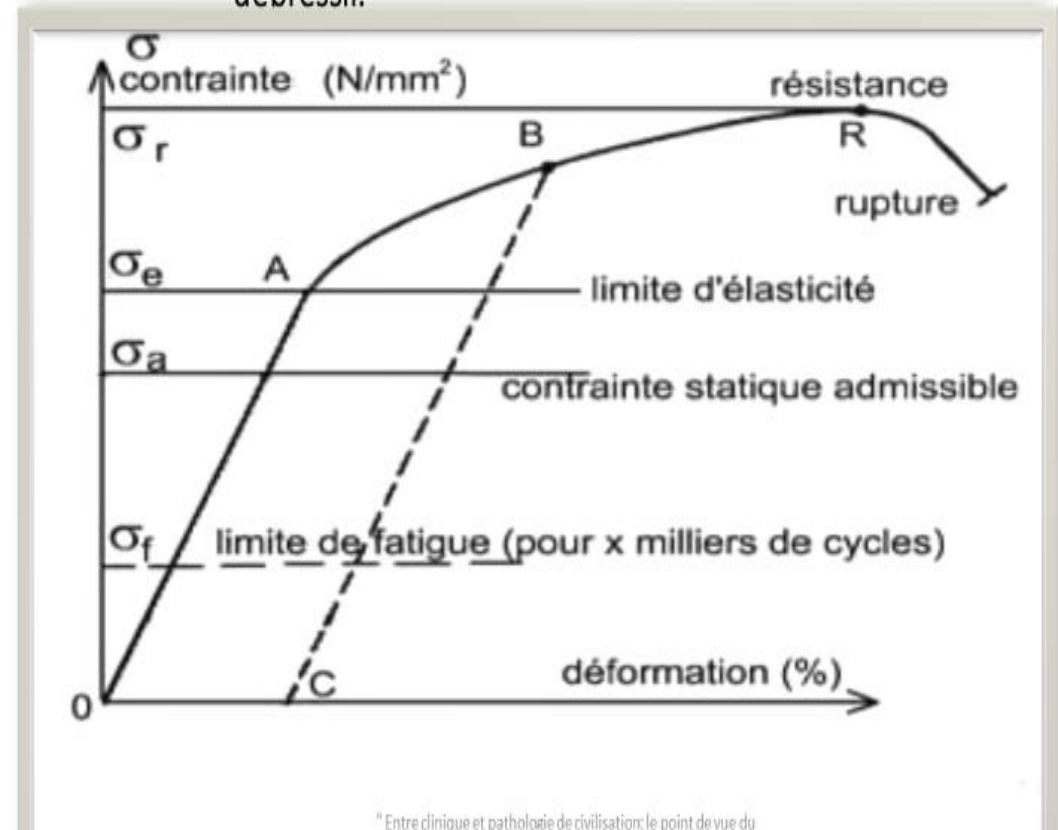
Ville de proximité: levier des soins psychiatriques Hermesplus

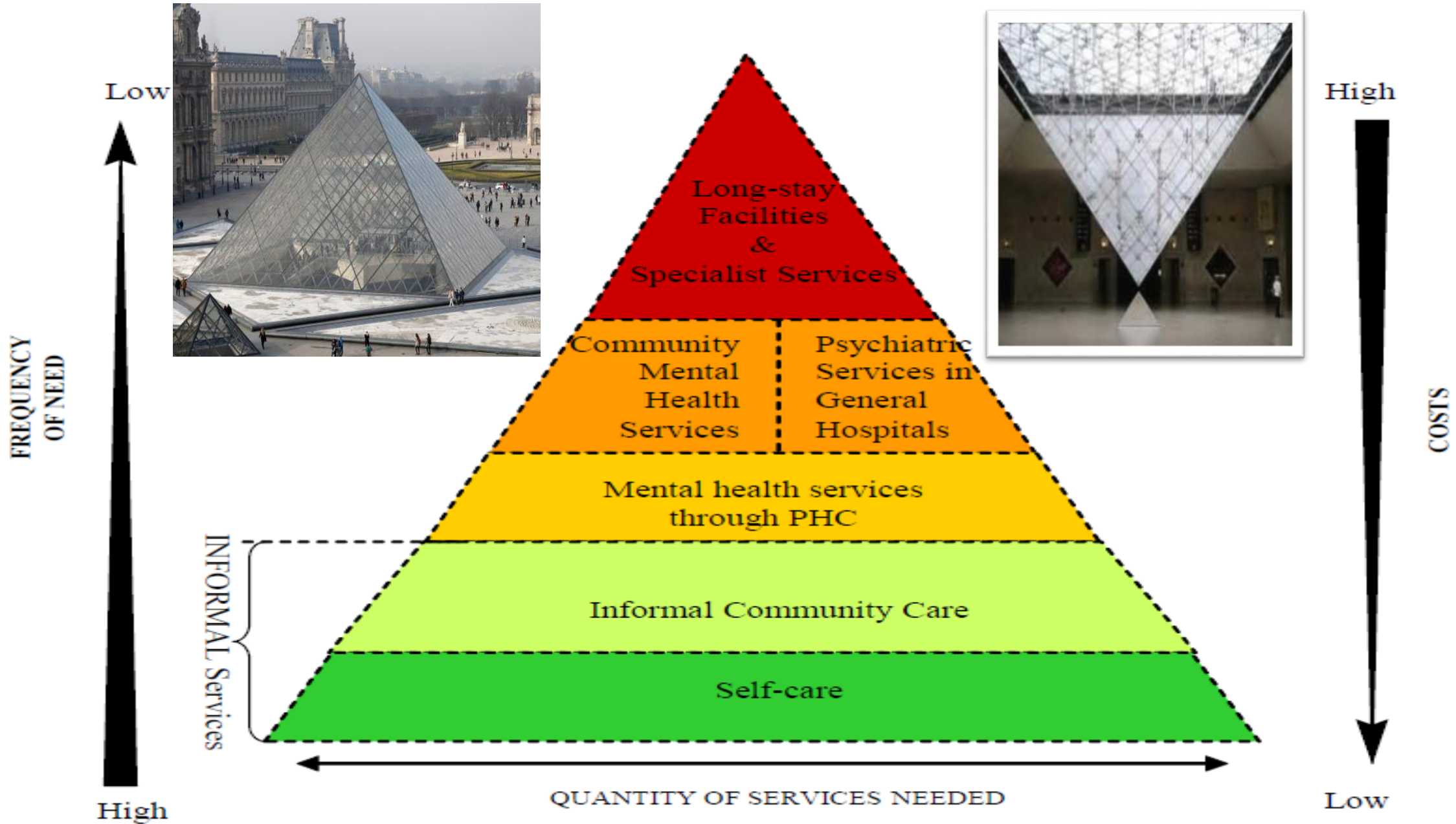


◀ Figure 1:  
Le SYLOS CHR-cerdes MG  
(GLAMO-FLAMG).



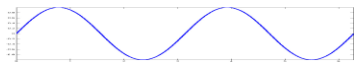
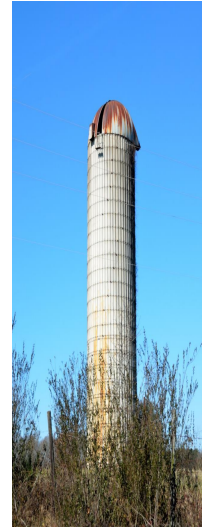
Le modèle de résistance des matériaux appliqué à un épisode dépressif.



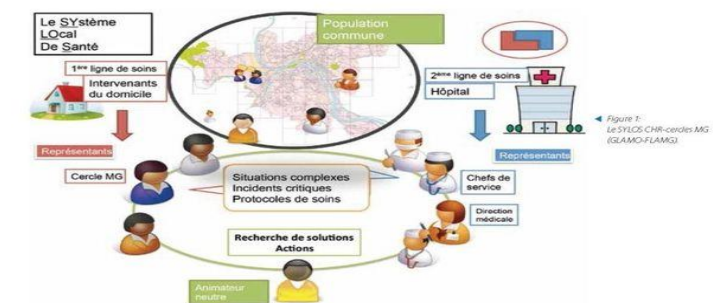
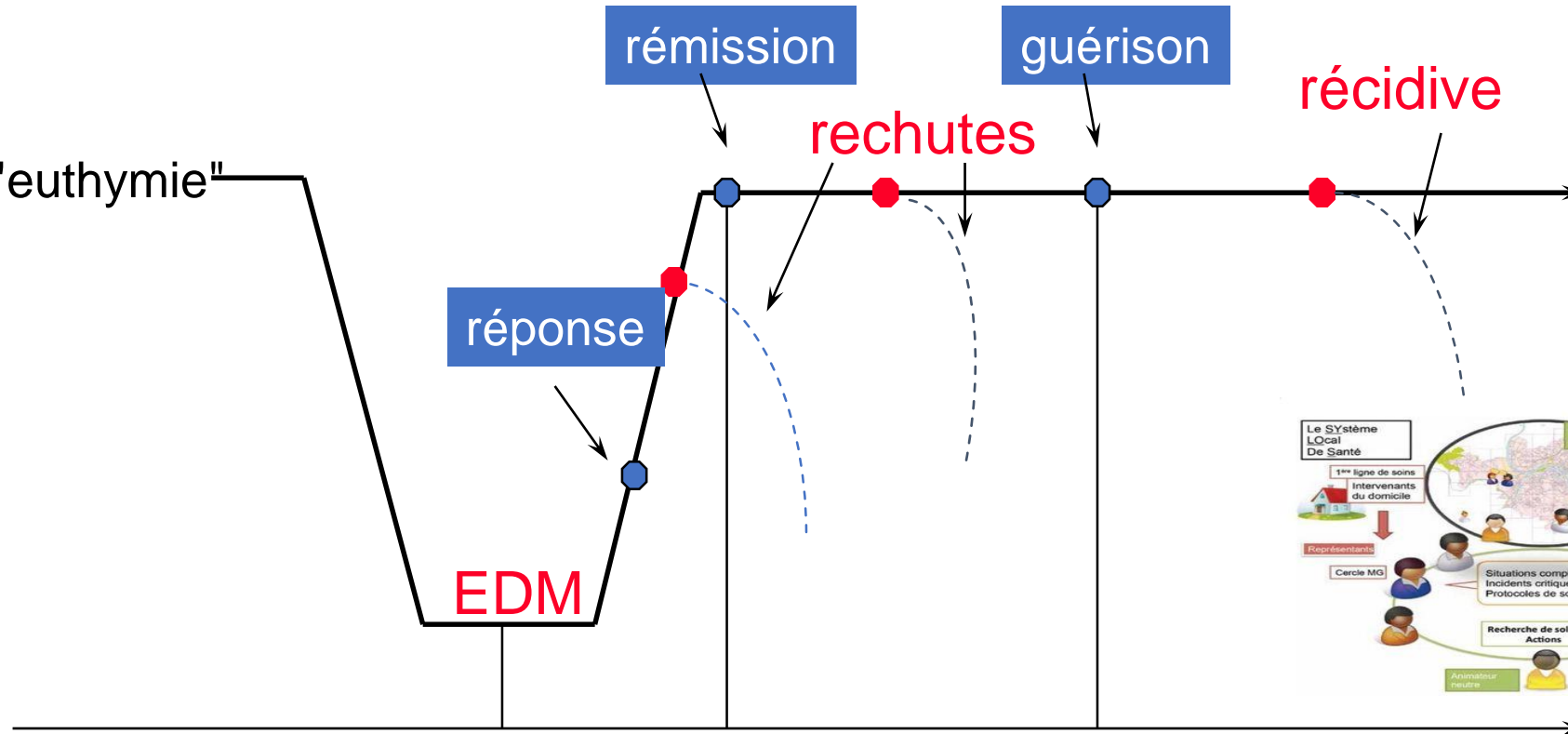
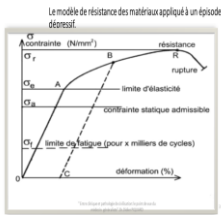


# DÉCOURS DES ÉTATS DÉPRESSIFS ET PHASES DE TRAITEMENT

Un continuum santé en amont du continuum santé-maladie



"euthymie"



Phases du traitement.

Aigü  
2-8 sem

Continuation  
6 mois

Maintenance

## SCREENING

« Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous été dérangé par l'un des problèmes suivants : »

	Pas du tout (score=0)	Plusieurs jours (score=1)	Plus d'un jour sur 2 (score=2)	Presque tous les jours (score=3)
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire certaines choses.				
Avoir le moral à zéro, se sentir déprimé ou désespéré				

Score de 0 à 3 par item (score total maximal de 6). À partir d'un score total de 3, il y a un risque de dépression.

## VÉRIFIER LE DEUIL AU SENS LARGE

Perte ou rupture au sens large (être proche, bien, vie professionnelle, objet cher, objet du désir).

Durée normale de tristesse : 2 à 6 mois (parfois différences culturelles).

## VÉRIFIER LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DIRECTS D'UNE AFFECTION MÉDICALE GÉNÉRALE

2 aspects :

1. **Maladies pouvant provoquer la dépression :**

Maladies de la thyroïde, cardiopathies, arthrite, cancer, AVC, syndrome de Cushing, fibromyalgie, sclérose en plaques, carence en vit B12, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, autres démences.

Rem : La prise de sang peut être proposée et rassure pas mal de patients, surtout les jeunes, avant d'annoncer une dépression.

2. **Plaintes somatiques qui peuvent occulter une dépression :**

Lombalgies, maux de tête, céphalées, plaintes gastro-intestinales,...

## VÉRIFIER LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DIRECTS D'UNE SUBSTANCE

« Avez-vous déjà été dépendant à une substance (médicaments inclus) ? »

Alcool, amphétamines, caféine, cannabis, cocaïne, hallucinogènes, nicotine, opiacés, phéncyclidine, sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, solvants volatils.

## CONFIRMER LE DIAGNOSTIC DE DÉPRESSION

Étape qui consiste à faire parler le patient des signes et symptômes responsables de sa souffrance. Les symptômes sont soit signalés par le sujet, soit par les autres.

## VÉRIFIER LA DURÉE DES SYMPTÔMES : PLUS DE 2 ANS : DYSTHYMIE

Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur 2 pendant au moins 2 ans, signalée par le sujet ou observée par les autres.

Trouble de l'humeur le plus fréquent mais diagnostic le moins posé. Quand le sujet est déprimé, il présente au moins 2 symptômes (nr 3, 4 et 6 à 9). Plus difficile à traiter (se traite comme une dépression mais à des posologies plus importantes et à plus longue durée).

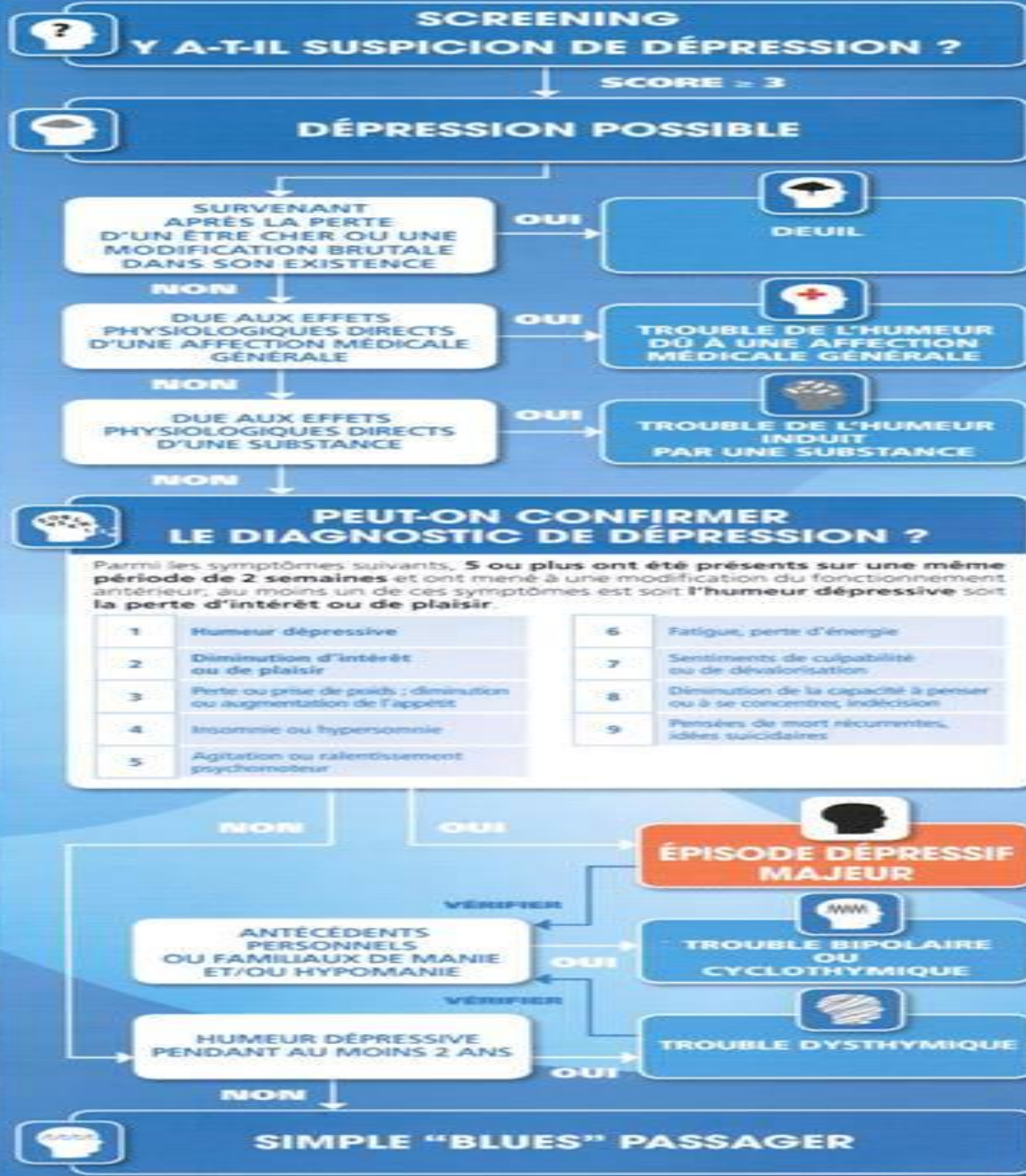
## VÉRIFIER LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MANIE ET/OU HYPOMANIE

Humeur anormalement élevée, exubérante, plus d'une semaine. Présence d'au moins 3 des symptômes suivants :

1	Idées de grandeur, estime de soi	5	Fuite des idées
2	Diminution du besoin de sommeil	6	Distractibilité
3	Activité ++ : agitation psychomotrice	7	Engagement excessif (dans les activités à risque)
4	Désir de parler constamment		

LE TROUBLE BIPOLAIRE SÉRA PLUS DIFFICILE À TRAITER ET INDIQUE LA NÉCESSITÉ DE RÉFÉRER LE PATIENT AU PSYCHIATRE

# POINTS D'ATTENTION DANS LE DIAGNOSTIC DE LA DÉPRESSION





# Évaluation de la gravité d'un syndrome dépressif

- Souffrance psychologique dont risque suicidaire
- Impact sur la vie quotidienne, le fonctionnement du patient
- Histoire et antécédents du patient
- Soutien ou non de l'entourage
- Ressources dans le réseau
- Capacité de résilience
- Évaluation clinique dont  $\Delta\Delta$  et contexte médical global

**S**  
**O**  
**Assessment**  
**P**

## Symptômes dépressifs

Symptômes pouvant évoquer une dépression

## Dépression légère à modérée

Symptômes dépressifs persistants

## Dépression modérée à sévère

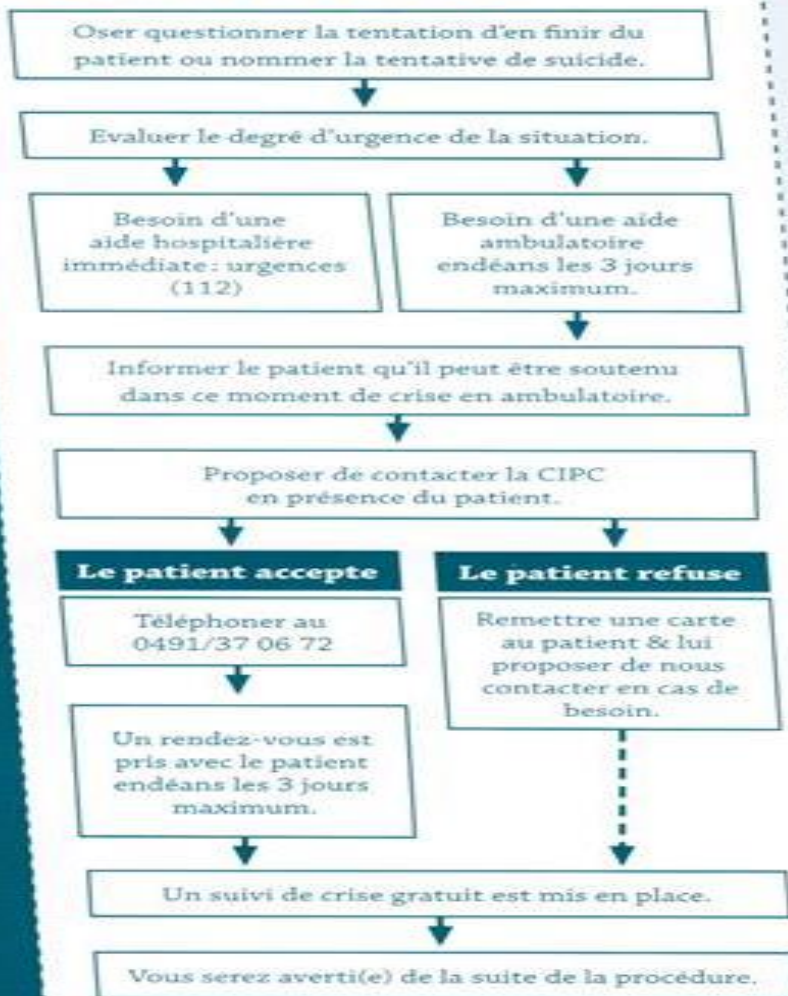
Symptômes dépressifs persistants

Dépression légère à modérée répondant insuffisamment aux étapes précédentes

## Dépression sévère

Risque suicidaire élevé

## Face à un patient suicidaire ou ayant fait une TS ?



**Nous sommes également disponibles pour accompagner la famille et les proches de la personne en crise suicidaire.**

**Plus d'informations ?**

[www.prevention-suicide.be](http://www.prevention-suicide.be)

### Comment identifier une personne suicidaire ?

Message direct (ex : « Je veux en finir »).

Message indirect (ex : « C'est trop dur, je n'en peux plus »).

Allusion (ex : « J'ai fait mon testament »).

Isolement, retrait.

Consommation abusive d'alcool, de médicaments.

Anxiété ou angoisse.

Troubles du sommeil, de l'appétit.

Suicide ou tentative de suicide dans la famille ou dans l'entourage.

Haine de soi, culpabilité, auto-dépréciation, honte.

Irritabilité, pessimisme, tristesse, découragement.

Apathie.

Manque d'énergie, de plaisir, de désir, d'intérêt.

Pertes, ruptures : deuil, divorce, séparation, emploi.

Indécision ou décision majeure soudaine.

Vécu de solitude, d'abandon.

Modification du rapport au corps (hygiène, tenue vestimentaire).

Plaintes, douleurs somatiques répétées.

Désir de mettre de l'ordre dans ses affaires, ses relations.

Conduites à risque, accidents répétés.

Hyperactivité ou extrême lenteur.

Difficulté d'attention, de concentration, ...

### Attitudes à privilégier :

Prendre au sérieux la souffrance.

Favoriser son expression.

Inviter à préciser des propos vagues ou allusifs.

Aborder la question du suicide sans équivoque.

Encourager la personne à se faire soutenir.

L'associer autant que possible au traitement.

### Attitudes à éviter :

Mettre en doute son intention.

Comparer sa situation à une autre pour dédramatiser.

Recourir à la morale pour la responsabiliser.

Invoyer ses proches comme obligation à vivre.

Positiver à tout prix.

Inventorier toutes les « bonnes » raisons de ne pas se suicider.

Se laisser gagner par le fatalisme.

# Soins $\psi$ sous contrainte dans cette culture de *l'urgence* $\Psi$

## Conditions :

Affection psychiatrique

Danger pour autrui et/ou pour la personne

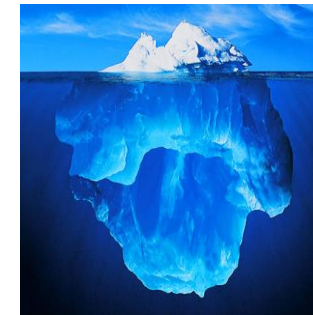
Refus de soins et pas d'alternative de soins

(Possibilité d'amélioration par l'obligation de soin)

# “Économie de la santé” vs “Santé à l’économie”

- Définir les conditions optimales d’utilisation des ressources en vue de l’atteinte des objectifs de santé publique.
- Coordonner les activités des professionnels de la santé avec différents partenaires qui contribuent au financement des soins de santé.
- Obtenir l’assentiment et l’adhésion de tous ces partenaires.
- Concilier liberté  $\Delta$  et  $\vartheta$ , individuelle, solidarité et équité.
- Planification de la santé publique selon besoins *épidémiologiques*, priorités, choix de programmation et politique de soins.
- Évaluer balance offre/demande selon besoins objectivés.
- Contrôler bilan dépenses et coûts / bénéfices.

# Constats sur le terrain KCE et étude AIM



- Prévalence/incidence/incrément de la **mortalité par suicide** ←

<https://www.preventionsuicide.be/media/static/files/plaquette-medecin-b-def-.pdf>

- **Descendre l'échelle sociale → dégradation de la santé, physique et mentale.** Étude 2019 de l'AIM Agence Inter Mutualiste ←

[https://aim-ima.be/IMG/pdf/inegalites\\_en\\_sante\\_-\\_rapport\\_ima\\_-\\_final\\_-\\_fr\\_-\\_20190508.pdf](https://aim-ima.be/IMG/pdf/inegalites_en_sante_-_rapport_ima_-_final_-_fr_-_20190508.pdf)

→→ **Poids des déterminants de santé** Certificat d'Université en Santé et précarité

→→ **latrogénèse des ITT de LD (et des décrochages scolaires)**



→→ **Psychiatisation inappropriée du social et de l'économique.**

→→→ **Urgences  $\psi$  ou  $\psi$  dans l'urgence ?**

Encombrement aux urgences de patients  $\psi$  : procédures "Nixon" en augmentation. Difficultés d'obtenir des hospitalisations  $\psi$  dans des délais raisonnables

→→→ **Nombre total des lits  $\Psi$ /100.000 habitants** (WHO, 2008)

Belgique: 150 lits par 100.000 habitants, 2° ou 3° place en Europe (Italie 10/100.000)

Ville de proximité: levier des soins psychiatriques Hermesplus



# Estimation du nombre de titulaires invalides pour cause de burn-out et dépression

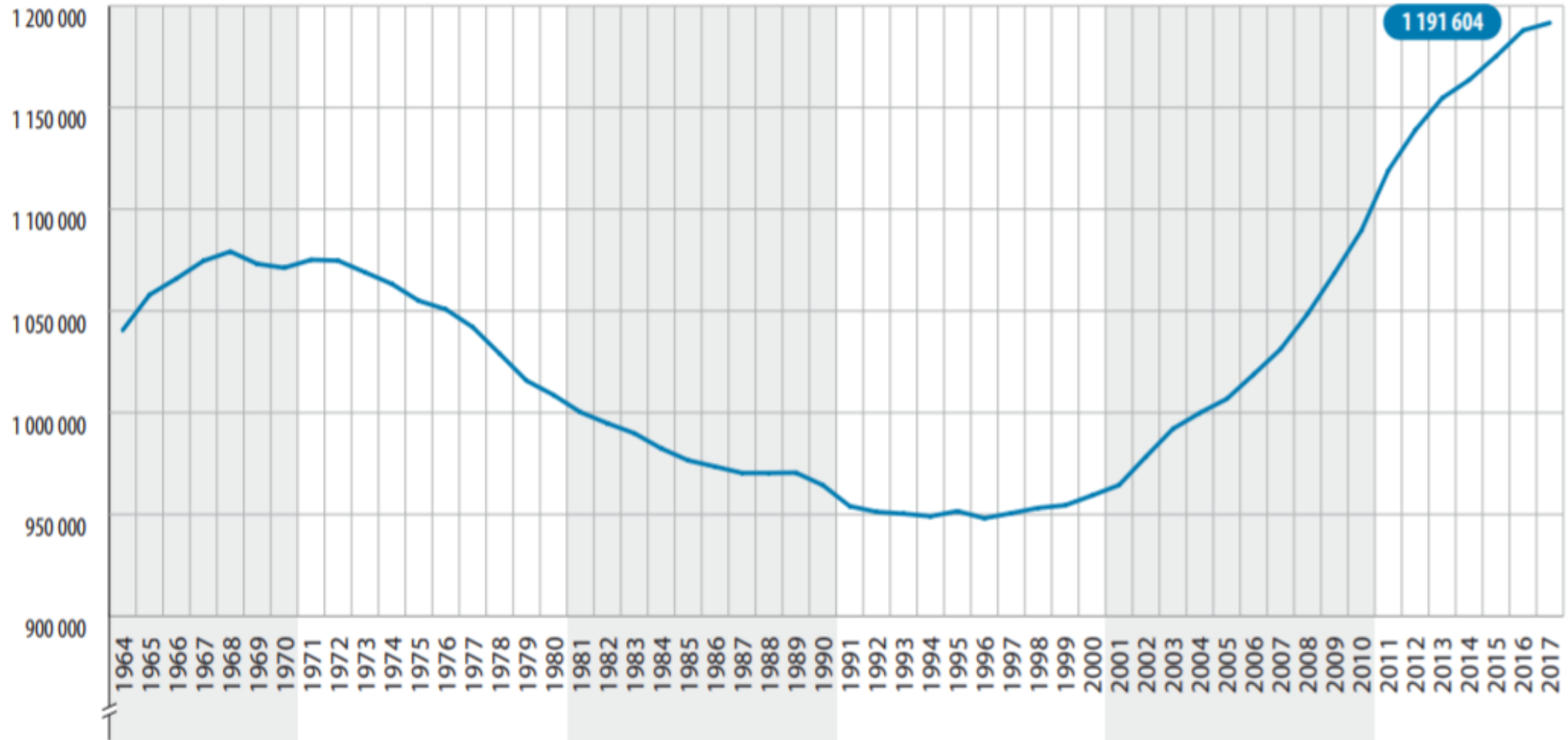
Salariés	31-12-2014	31-12-2015	31-12-2016	31-12-2017	31-12-2018
Dépression	46.460	49.028	53.113	60.894	66.030
Burn-out	20.877	25.884	23.821	23.177	25.408
<b>Total (Dépression + Burn-out)</b>	<b>67.337</b>	<b>74.912</b>	<b>76.934</b>	<b>84.071</b>	<b>91.438</b>
<i>Groupe de maladie "troubles mentaux"</i>	<i>112.648</i>	<i>122.825</i>	<i>129.680</i>	<i>136.343</i>	<i>145.180</i>
<u>Tot. Invalides</u>	<u>321.573</u>	<u>346.971</u>	<u>366.293</u>	<u>379.908</u>	<u>400.745</u>

Source : INAMI, Service des indemnités

Indépendants	31-12-2014	31-12-2015	31-12-2016	31-12-2017	31-12-2018
Dépression	1.863	1.944	2.041	2.317	2.565
Burn-out	1.130	1.302	1.277	1.266	1.427
<u>Tot. (Dépression + Burn-out)</u>	<u>2.993</u>	<u>3.246</u>	<u>3.318</u>	<u>3.583</u>	<u>3.992</u>
<i>Groupe de maladie "troubles mentaux"</i>	<i>4.655</i>	<i>5.035</i>	<i>5.401</i>	<i>5.620</i>	<i>6.005</i>
<u>Total. Invalides</u>	<u>22.353</u>	<u>23.437</u>	<u>24.472</u>	<u>24.749</u>	<u>25.862</u>

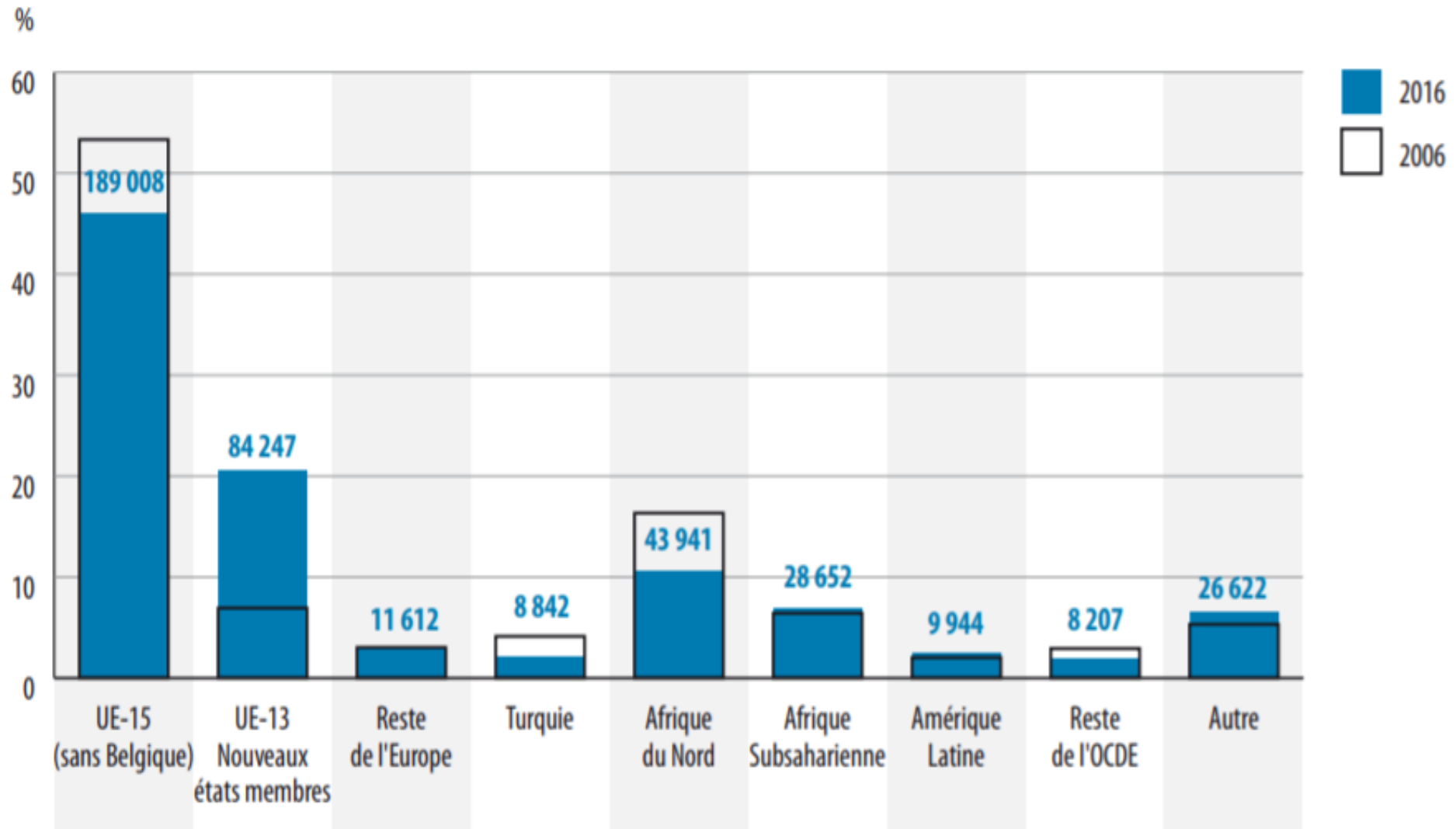
Figure 2-1 : Évolution de la population officielle en Région bruxelloise, 1<sup>er</sup> janvier 1964-2017

Nombre d'habitants au 1<sup>er</sup> janvier



Source : SPF Economie - Statistics Belgium

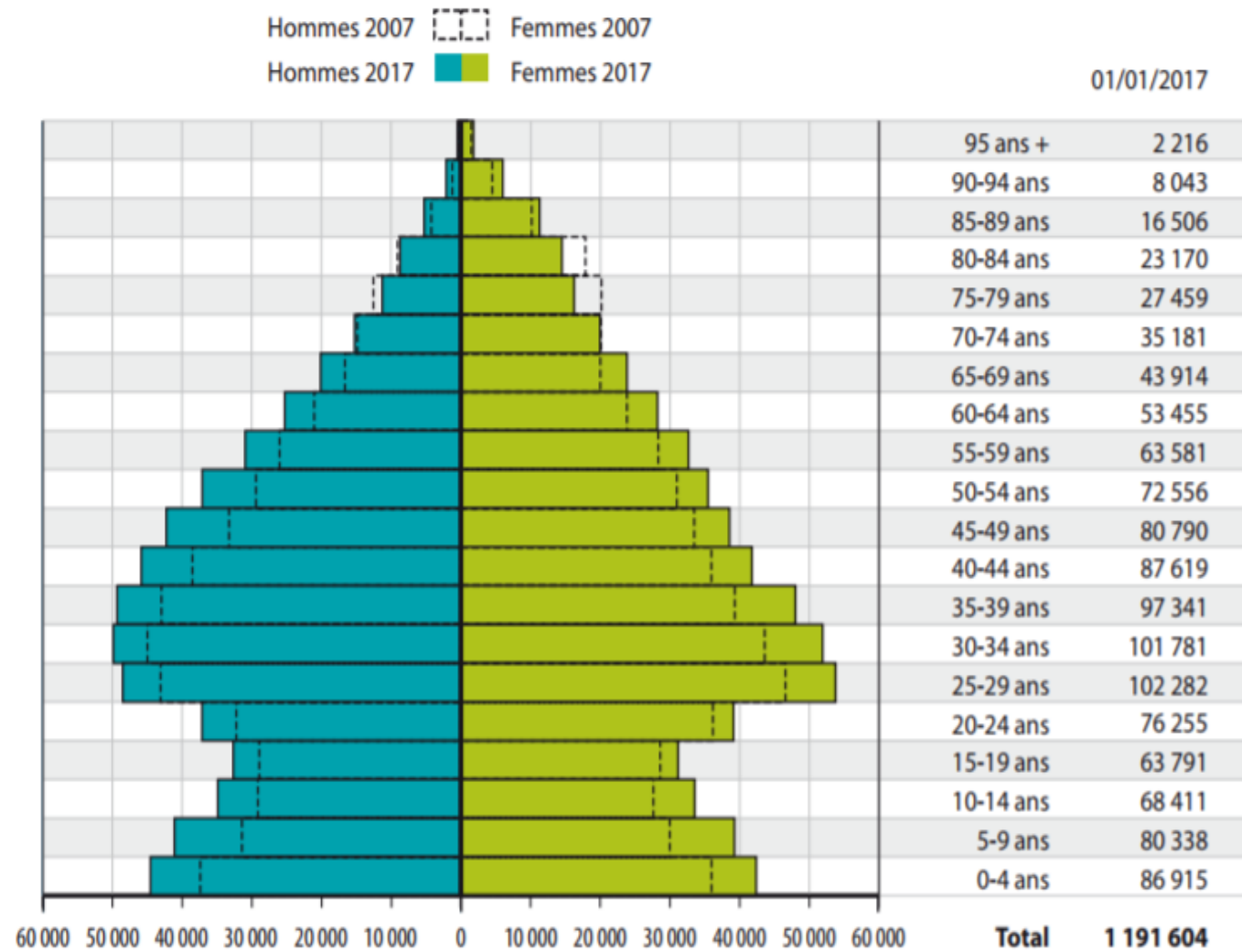
Figure 2-4 : Répartition de la population non-belge en Région bruxelloise par nationalité, 1<sup>er</sup> janvier 2006 et 2016



Sources : IBSA & SFP Economie - Statistics Belgium ; calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

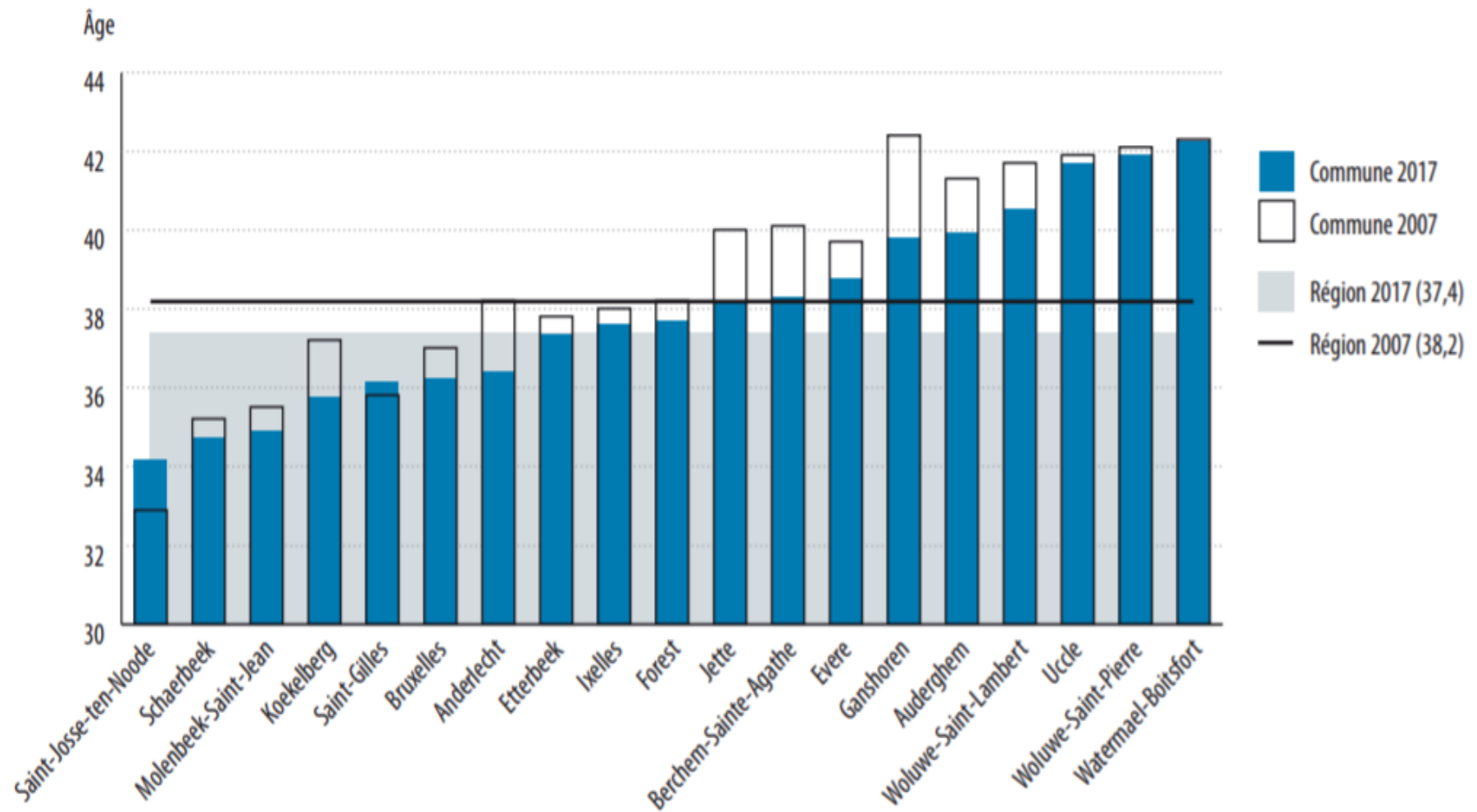


Figure 2-6 : Pyramide des âges de la population en Région bruxelloise, 1<sup>er</sup> janvier 2007 et 2017



Source : SPF Economie - Statistics Belgium

Figure 2-8 : Âge moyen par commune, Région bruxelloise, 1<sup>er</sup> janvier 2007 et 2017



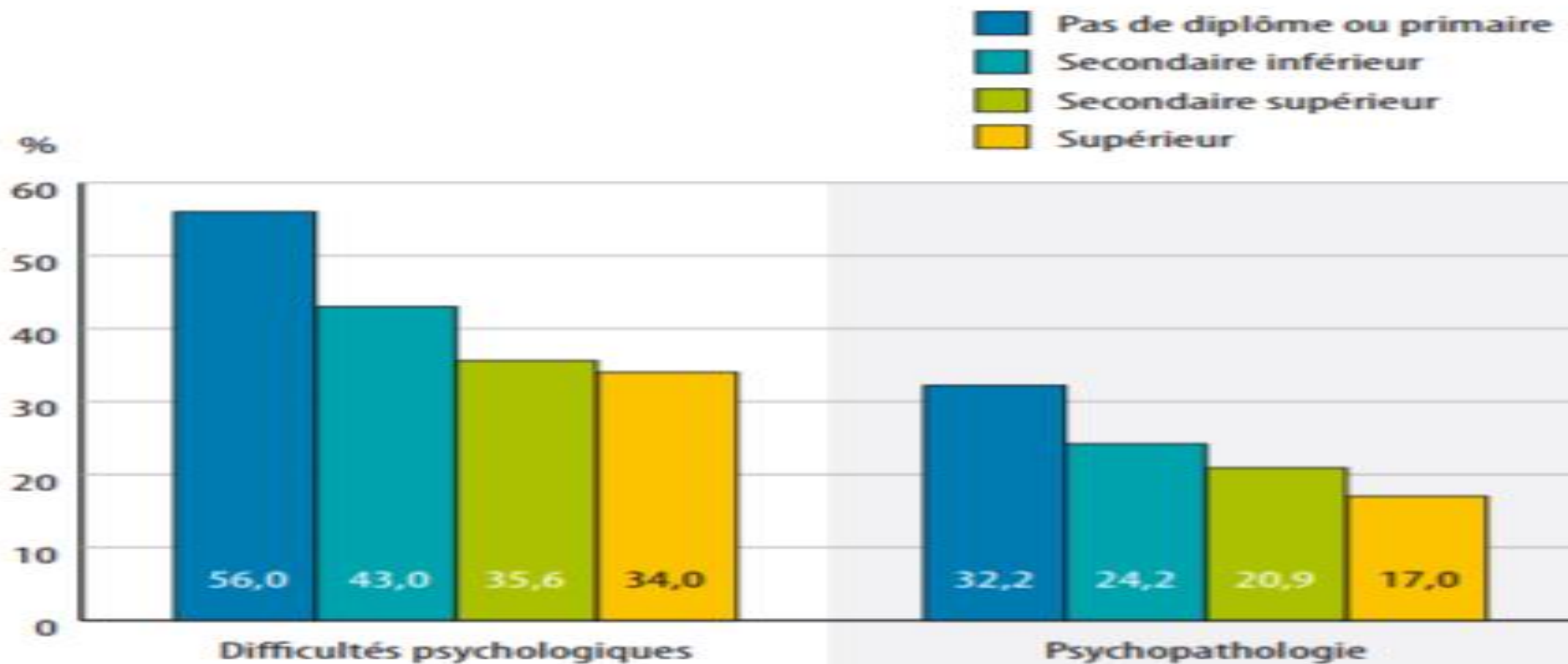
Source : IBSA & SPF Economie - Statistics Belgium

## Inégalités socio-économiques devant certaines maladies non-transmissibles (proportion de la population de 15 ans ou plus), Belgique, 2013

Source: Calcul des auteurs à partir des Enquêtes de Santé, Sciensano 2001-2013

	Niveau instr. bas	Niveau instr. élevé	Différence absolue	Différence relative	PAF
<i>Santé mentale</i>					
Troubles dépressifs	26,6%	9,8%	16,8%	2,71	31,5%
Troubles anxieux	21,3%	6,7%	14,6%	3,18	29,5%
Problèmes de sommeil	40,8%	25,7%	15,1%	1,59	12,0%
Consommation de tranquillisants	20,0%	10,1%	10,0%	1,99	24,9%
Idées suicidaires, 12 derniers mois	5,5%	3,9%	1,6%	1,41	17,0%

**Figure 6-4 : Prévalence des difficultés psychologiques et des psychopathologies parmi la population de 15 ans et plus selon le niveau de diplôme\*, Région bruxelloise, 2013**

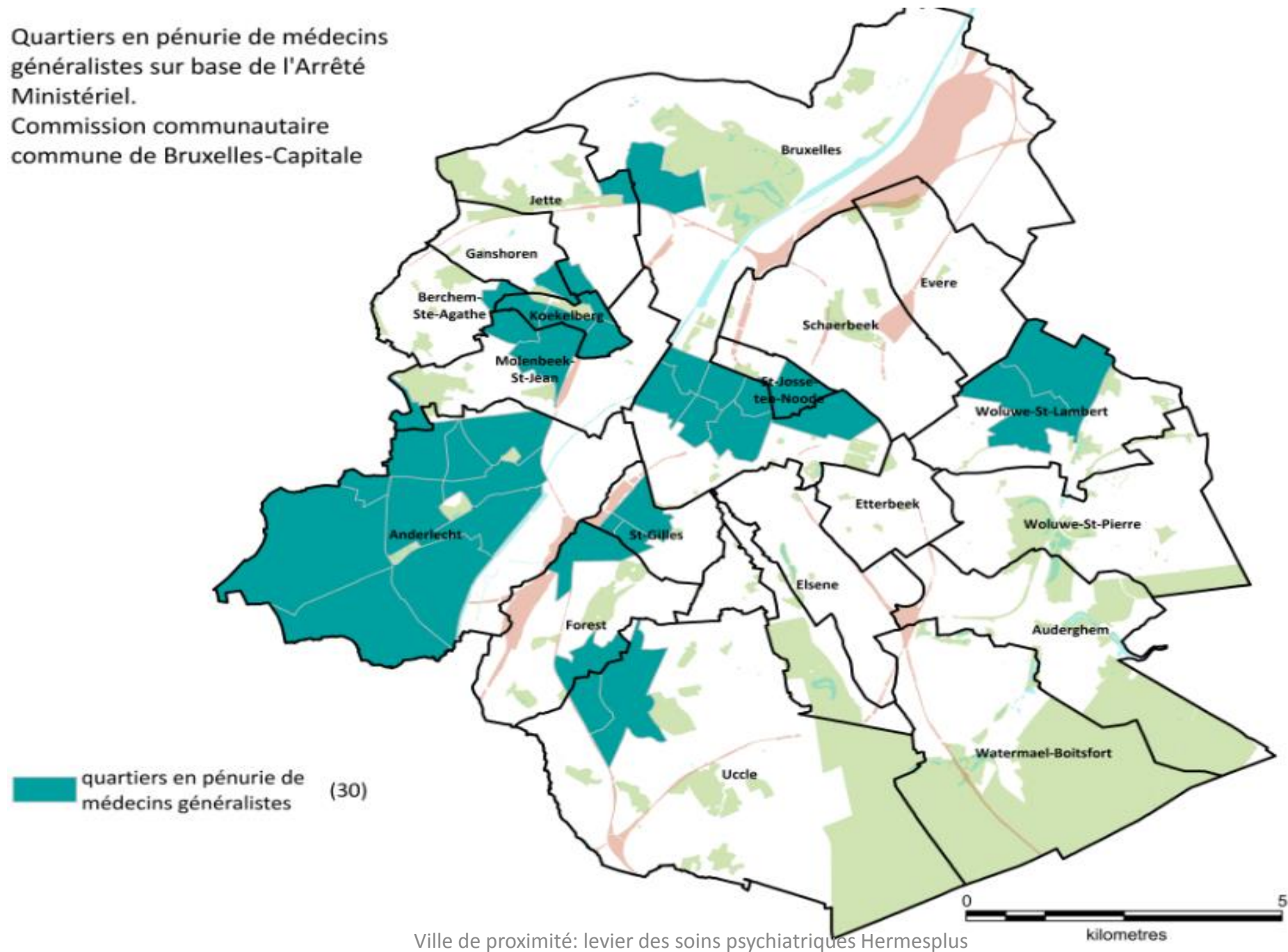


Source : Institut Scientifique de Santé Publique, Enquête de Santé 2013 ; calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

\* Standardisé pour le sexe et l'âge (population de référence européenne, 2013)

Quartiers en pénurie de médecins généralistes sur base de l'Arrêté Ministériel.

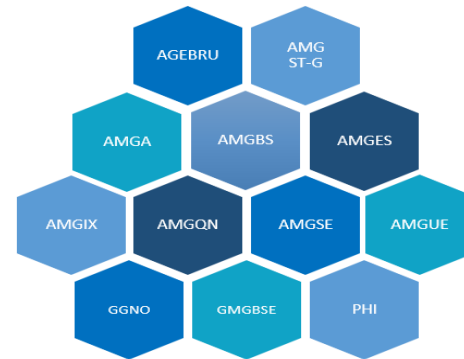
Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale



# Le $\psi$ 107 et la FAMGB-FBHAV (commission santé mentale)



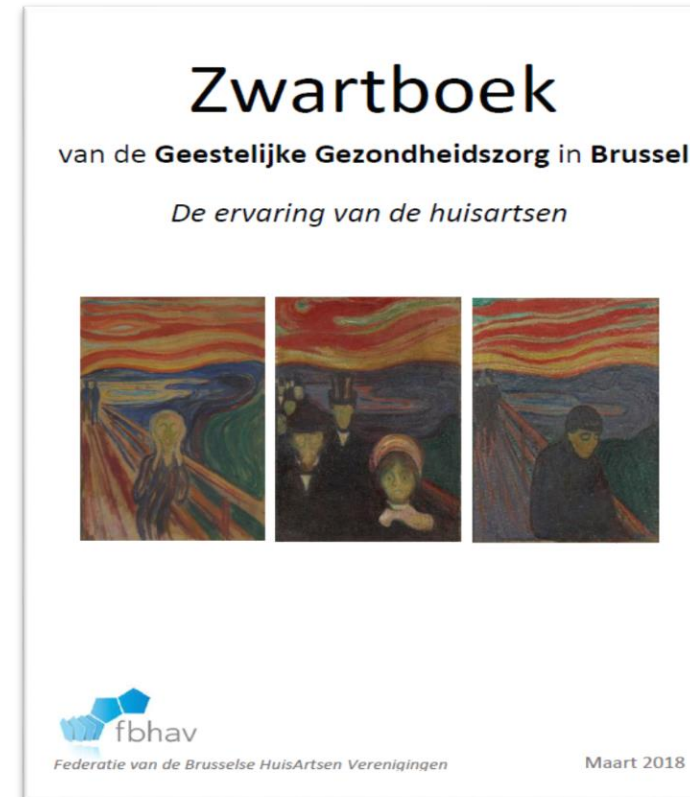
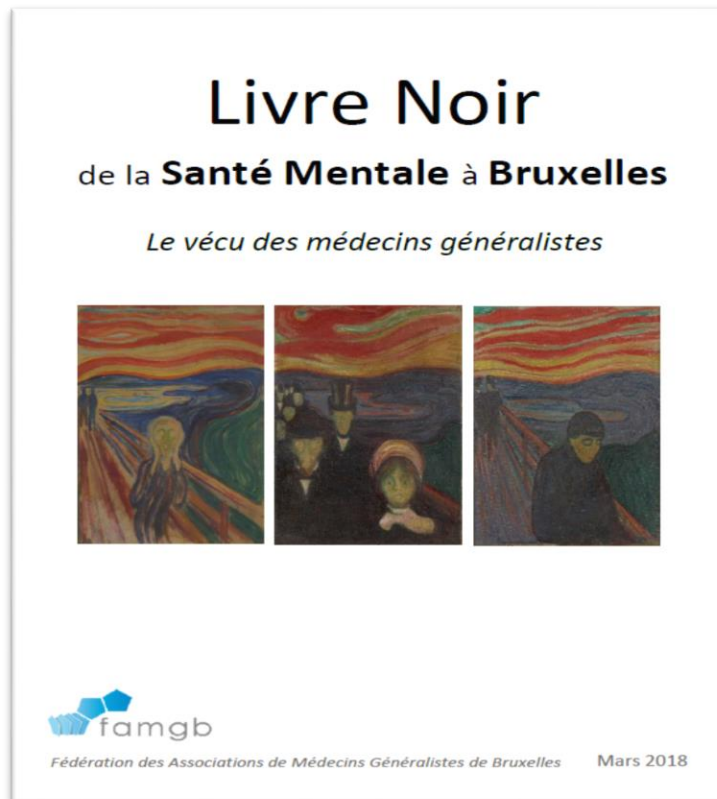
famgb | fbhav



FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE BRUXELLES  
FEDERATIE VAN DE BRUSSELE HUISARTSEN VERENIGINGEN

# LA COMMISSION SANTÉ MENTALE DE LA FAMGB

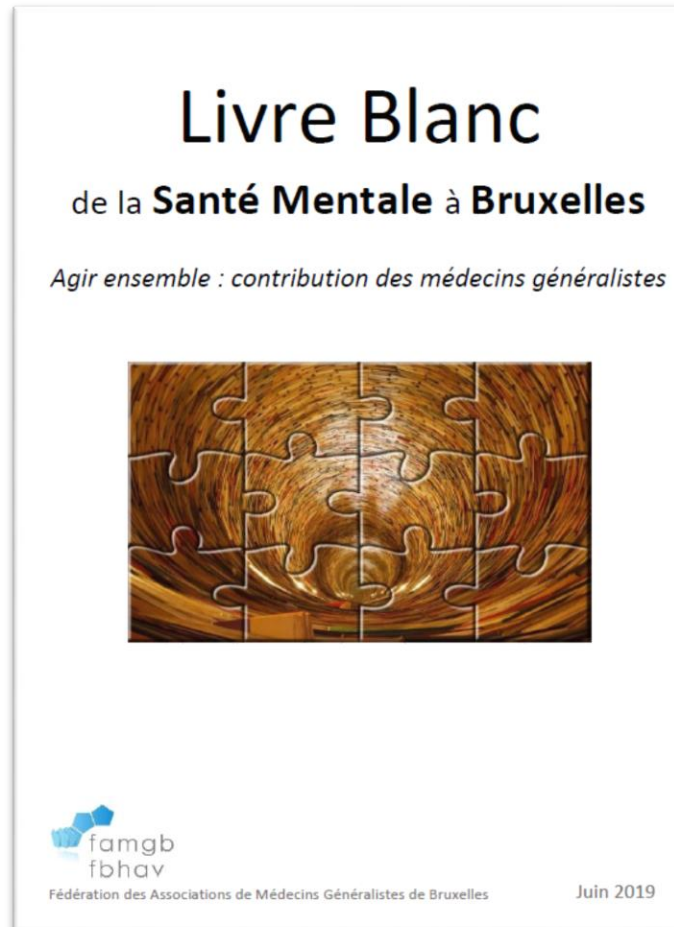
- Le cri des médecins généralistes en 12 REVENDICATIONS



[Lire le Livre Noir en ligne : cliquez ici!](#)

# LE LIVRE BLANC DE LA SANTÉ MENTALE

- Des pistes d'actions possibles pour favoriser une prise en charge collaborative.
- Une liste des services et des organisations en santé mentale (*non exhaustive*).
- Trois recommandations à prendre en considération.

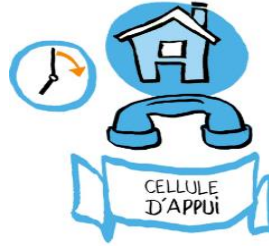




# 3 RECOMMANDATIONS de la FAMGB

## • 1. Créer une Cellule d'appui

- Numéro unique
- Horaire adapté
- Actif sur tout le territoire bruxellois
- Interlocuteur expérimenté



## • 2. Faire réseau

Collaborations multidisciplinaires dirigées et organisées par un référent, appelé **CASE MANAGER**.



## • 3. Améliorer la collaboration entre généralistes et hôpitaux

- L'infirmier de liaison hospitalier qui exerce par définition une fonction interligne
- L'accompagnateur psycho-social = le référent social du patient dans le réseau, son soutien.



# Conclusions (?)

- Réforme non encore aboutie. Processus évolutif.
- Et pendant ce temps... → → → → → → → → →
- **Ψ107 suppose un profond changement des modes de fonctionnement et des mentalités.**
- **Ψ107 sera ce que nous en ferons.**
- **Nous sommes condamnés à la liberté (et à l'optimisme).** JP. Sartre
- Un grand merci à Mmes. et Mrs. **Cécile Avril et Caroline de Sauvage, FAMGB, Ilse Wauters, Patrick Janssens, Hermesplus, Christophe Herman, Youri Caels, ψ107Bru, Pr. Pierre FOSSION** Chef Service Ψ Saint Pierre  
pour leur aide conceptuelle et documentaire précieuse pour l'élaboration de cette présentation

Ville de proximité: levier des soins psychiatriques Hermesplus





*There are no stupid questions, but questions to be easily misunderstood.*

