



Philosophie du projet de soins psychologiques de première ligne

Le but de ce document est de décrire la vision commune aux partenaires dans le cadre du projet de remboursement des soins psychologiques de première ligne. Il s'inspire de la convention INAMI, de la littérature scientifique et des expériences du terrain.

Introduction :

Conformément d'une part, aux recommandations de l'OMS de réaliser un transfert structurel des ressources des soins résidentiels aux soins communautaires et d'autre part, à la philosophie de la réforme des soins en santé mentale adulte, le *projet fédéral de remboursement des soins psychologiques de première ligne* est créé début 2019 pour renforcer l'offre et l'accessibilité aux soins de santé mentale en première ligne. En effet, stimuler les soins à bas seuil destinés à la prévention, au dépistage et à l'intervention précoce peut empêcher les problèmes psychologiques légers ou modérés d'évoluer en troubles psychiatriques complexes et chroniques, ce qui se traduira par des gains socio-économiques dans le secteur de la santé mentale.

L'organisation optimale des soins selon l'OMS (2007 figure 1 : pyramide des soins) est constituée de différents niveaux en accord avec les besoins de la population, selon le principe « des soins minimaux autant que possible mais intensifs quand nécessaires » (stepped care). Toutefois, jusqu'à l'apparition des réformes, l'offre de soins en santé mentale en *Belgique* ressemblait davantage à une pyramide inversée. On observait ainsi une offre surreprésentée de soins spécialisés et un recours important aux hospitalisations psychiatriques au détriment de services de première ligne, peu ou pas développés. Cette situation et cette culture historique, ont pour conséquence que les usagers avec des problèmes psychiques « d'intensité légère à modérée » (i) font l'impasse sur les soins psychologiques (sur 10 personnes, 4 consultent, 4 reportent, 2 n'iront jamais), (ii) se dirigent vers les autres services de première ligne (ex : services bien-être, coach de vie et autres thérapeutes,...) ; (iii) s'adressent à des services de santé mentale de deuxième ligne (ex : psychologues indépendantes, SSM ou psychiatres,...) ou (iv) restent chez leur MG avec parfois pour résultat des prescriptions de psychotropes. L'

offre de soins psychologiques de première ligne vient donc renforcer la partie centrale de la pyramide de soins de l’OMS. Elle se veut complémentaire de l’offre existante.

Dans ce paysage de soins fragmentés, une autre observation est qu’il y a un manque de collaboration interdisciplinaire en première ligne en comparaison avec l’Europe.

Les soins psychologiques de première ligne : pour quel bénéficiaire ?

Les soins psychologiques de première ligne (SPPL) offrent une possibilité d’aide quand les soins informels (*la ligne 0*) ne suffisent pas. Il s’agit d’une aide accessible et multidisciplinaire visant à stimuler/ renforcer les capacités propres à l’usager. Le but est de prévenir, détecter et intervenir sur des problèmes simples, d’intensité légère à modérée afin qu’ils n’évoluent pas en des problèmes chroniques et complexes. Les personnes (indépendamment du statut socio-économique) qui peuvent en profiter éprouvent un problème léger ou modéré de santé mentale qui se présente dans un domaine de fonctionnement depuis quelques semaines à quelques mois. Il s’agit donc d’une souffrance qui n’a pas (encore) coloré les différents domaines de vie de l’usager. Celui-ci est encore capable de fonctionner mais avec un sentiment de mal-être. Il vit dans un environnement sécurisant, il n’a pas d’idéation suicidaire avec un risque imminent de passage à l’acte. Il est capable d’entrer dans une relation réciproque avec le professionnel de soins (Figure 2 : arbre décisionnel). Une distinction importante doit être faite entre ces problèmes « modérément graves » (la terminologie fait référence à des sentiments, de l’humeur et de l’usage) et des troubles psychiatriques. Ces derniers sont définis (CIM ; DSM) par une souffrance et une limitation significative du fonctionnement dans les sphères sociales, professionnelles, ou dans d’autres domaines de fonctionnement et ce, pendant une période suffisamment longue. La prise en charge nécessite souvent des soins/structures spécialisés (2^{ème} ou 3^{ème} ligne), à moyen et long terme qui se situent donc dans le haut de la pyramide de l’OMS.

La présente offre de soins psychologiques de première ligne s’adresse à l’ensemble de la population (enfants, adolescents, adultes et seniors).

Des soins psychologiques « généraux »:

Conformément à la littérature scientifique internationale et aux conclusions du projet pilote flamand, le contenu des interventions de première ligne devrait permettre d’ (i) inventorier les problèmes et ressources et d’évaluer le fonctionnement de la personne dans son environnement,

(ii) de réaliser des interventions à court terme comme la psychoéducation, la promotion de l'autonomie, le renforcement des compétences émotionnelles, sociales ou personnelles, la résolution de problème, (iii) mais aussi la réorientation adéquate et pertinente, si nécessaire, aux services d'aide et de soins. En résumé, il s'agit donc de *détecter, prévenir et intervenir de manière précoce*.

Afin de rendre la distinction très claire entre les interventions de première et deuxième ligne : il est préférable d'éviter le terme de « psychothérapie » pour parler des interventions de première ligne (bien que dans la littérature des concepts de « psychothérapie brève » ou « psychothérapie orientée solution » sont utilisés). Afin d'assurer une qualité et une pertinence des soins, il est nécessaire que le psychologue/orthopédagogue clinicien de première ligne développe une expertise spécifique au travail de première ligne, qui peut être potentiellement différente de son expertise et de son apprentissage en clinique psychothérapeutique. Cela peut notamment être soutenu par les interventions proposées dans son réseau de soins en santé mentale.

Un nombre de séances limité

La convention permet un remboursement de 4 séances, éventuellement renouvelable une fois, soit un maximum de 8 séances par année civile.. Ce nombre limité de séance est issu de plusieurs données scientifiques nationales (ex : projet pilote flamand, rapport des mutuelles) et internationales (modèle IAPT au Royaume Uni, modèle BAU en Australie, modèle de soins en santé mentale primaire en Zélande, KOP Model aux Pays-Bas). Les données issues démontrent qu'avec un nombre limité de séances), les bénéficiaires témoignent déjà d'une amélioration satisfaisante de leur état de santé mentale.

Une issue possible à l'offre de soins engorgée ou absente:

Au sein de l'offre de soins en santé mentale, un problème persiste, certains besoins ne sont pas rencontrés (« unmet need », Bruffaerts, R). Environ 6,2% de la population générale n'est pas traitée et pour 60% de la population atteinte de troubles psychiques, les soins et traitements sont arrivés très tardivement. Il n'est effectivement pas rare d'entendre que des services ambulatoires sont saturés et ont des listes d'attente de plusieurs mois. Mais le phénomène inverse existe aussi. Les traitements et services psychiatriques, (trop) rapidement et de (trop) longues durées sont proposés dans environ 11%des situations (« overmet need », Bruffaerts, R) alors que d'autres alternatives auraient pu suffire. Le psychologue/orthopédagogue de

première ligne apparaît donc comme un acteur essentiel dans le traitement d'un bénéficiaire qui présente des problèmes psychiques légers mais aussi comme un acteur qui permettrait de diminuer le seuil d'accès aux soins et de filtrer de manière plus adaptée l'orientation de celui-ci si nécessaire.

Ce travail de repérage, triage, intervention et orientation -si correctement effectué- devrait à terme permettre un désengorgement des services spécialisés.

Dans les régions plus rurales du pays où de telles structures sont inexistantes, l'accessibilité (tant financière que géographique) à un psychologue/orthopédagogue clinicien de première ligne prend encore plus tout son sens.

Une collaboration nécessaire :

Beaucoup de médecins généralistes font le constat que les patients font appels à eux, non plus seulement pour des problèmes de santé physique mais pour des plaintes psychosomatiques en augmentation. Or, tous n'ont pas toujours les ressources nécessaires et suffisantes pour prendre en charge ces patients. Certaines situations méritent toutefois une expertise qui implique un psychologue ou orthopédagogue clinicien. Or, l'offre dans les services de santé mentale est trop souvent saturée. Dans les régions rurales, l'aide psychologique est inexistante ou inaccessible financièrement pour une partie de la population.

Dans la culture actuelle, le médecin est souvent le premier professionnel contacté lorsqu'une personne cherche de l'aide en dehors de son cercle habituel. Le médecin traitant bénéficie d'un capital confiance, suit le patient (et souvent ses proches) tout au long de sa vie. Il a une vision globale de son état de santé. Tandis que, le psychologue, lui, est rencontré bien plus tard, lorsque le problème est suffisamment grave et que les autres aides (ex : médicamenteuses, coaching, thérapies parallèles) ne suffisent pas/plus ou que des conséquences importantes apparaissent (ex : dépendance, arrêt de travail, rupture, maladie, ...). Pour la population, il est difficile de trouver de l'aide psychologique adaptée. Souvent, elle ne connaît pas l'offre de soins en santé mentale de sa région. Les patients rencontrés par le psychologue clinicien indépendant le sont rarement pour des plaintes légères. D'ailleurs, ces consultations chez un professionnel indépendant sont souvent accessibles à une minorité. En outre, bien qu'en évolution, consulter un psychologue reste connoté de préjugés et d'une représentation sociale « tabou ». Penser que des bénéficiaires avec une plainte plus légère s'orienteront d'eux-mêmes vers lui est certainement un idéal qui nécessite un réel changement de représentation et

d'habitude en matière de santé. Le médecin apparaît donc comme un acteur clé pour permettre ce repérage précoce et faciliter l'orientation vers un psychologue/orthopédagogue clinicien. Il n'est donc nullement question d'une relation hiérarchique à travers ce référencement. Celle-ci est par ailleurs pratiquée dans d'autres pays proches du nôtre.

Par ailleurs, médecins et psychologues, alors que souvent interpellés par le même patient, sont trop peu en contact. Le partage d'information est plus souvent l'exception que la règle. Or, une collaboration et une coordination entre les professionnels autour de l'utilisateur est essentielle afin de garantir une bonne prise en charge de celui-ci et un décloisonnement de la santé physique et de la santé mentale.

Ce projet promeut la collaboration interdisciplinaire dans le domaine de la santé et dans l'intérêt du patient ; en respect du secret professionnel partagé (i.e. partager les info nécessaires dans le réseau professionnel autour de l'utilisateur après son approbation) et dans le respect du code de déontologie du psychologue (articles 14, 28 et 29). Le rapport réalisé par le psychologue/orthopédagogue au médecin prescripteur poursuit donc cette même philosophie de concertation autour d'un même patient, de partage des informations utiles et nécessaires pour permettre une bonne compréhension de sa situation et améliorer la prise en charge de celui-ci si besoin.

Les médecins autorisés à prescrire les séances de soins psychologiques sont les médecins généralistes, les (pédo)psychiatres, pédiatres, médecins des services PSE/CPMS et de l'ONE, les gériatres et les médecins du travail (uniquement pendant la crise sanitaire COVID-19).

Une adaptation nécessaire qui mérite du temps :

Ce changement de structure doit être accompagné par *un changement dans la culture* de tous les partenaires. En effet, il s'agit d'une manière distincte (voir nouvelle) de travailler pour des psychologues, souvent habitués à la prise en charge psychothérapeutique et en solitaire. Pour les médecins, il s'agit de rencontrer d'autres professionnels de soins avec lesquels ils sont trop peu en contact et également d'adresser plus rapidement un usager pour obtenir un avis psychologique. La formation sur le fonctionnement du réseau, la rencontre des autres partenaires et professionnels conventionnés dans ce projet, l'organisation des intervisions sont des moments particulièrement utiles pour amorcer cette transition.

Comme dit précédemment, l'ensemble des partenaires du monde médical et social sont de plus en plus invités à travailler ensemble, en réseau. Une relation plus personnelle et de confiance interdisciplinaire peut avoir un impact facilitateur. Mais elle demande du temps.

Une évaluation scientifique déterminante :

Ce projet pilote d'une durée de 4 années fait l'objet d'une étude scientifique, coordonnée par la KULeuven et l'ULiège. Usagers, médecins prescripteurs, psychologues/orthopédagogues cliniciens conventionnés, coordinateurs,... seront interrogés sur leur satisfaction quant à cette offre et à sa pertinence pour la santé publique. Les conclusions et recommandations de cette étude participeront à l'avenir de cette offre de soins remboursés.

Conclusion :

L'offre de soins psychologiques de première ligne, intégrée dans la réforme de soins en santé mentale en Belgique, amorce donc une réflexion profonde sur le rôle des professionnels de première ligne) avec la volonté de répondre davantage aux besoins des usagers (« Unmet need » et « overmet need »). Elle renforce une offre préventive trop peu présente à l'échelle nationale. Elle s'adresse à des patients qui étaient jusqu'à présent très peu rencontrés par les psychologues/orthopédagogues. Bien plus que des soins remboursés, elle poursuit une philosophie d'accessibilité financière et locale, d'un contact facilité avec un professionnel disponible rapidement et qui soutient le médecin prescripteur dans le travail d'accompagnement entamé avec le patient. C'est une offre historique dans le secteur belge et d'ailleurs saluée à l'étranger.

Contact :

- STEFFEN Morgane (Fr), expert SPF Santé publique
- MORSINK Sarah, (NI), expert SPF Santé publique

Info-psy@health.fgov.be

Figure 1 : Le structure optimale des soins santé mentales selon l'OMS

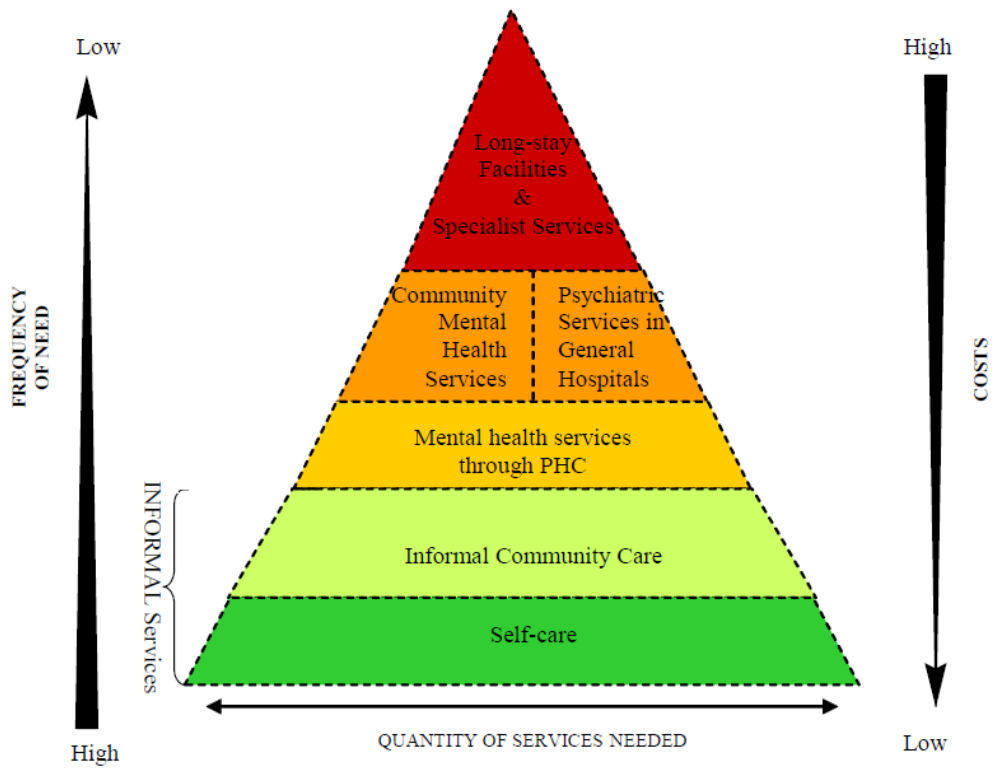


Figure 2 : Arbre décisionnel

