

DONNÉES PHARES
DANS LES SOINS DE SANTÉ

Édition 2021

**Soins en
santé
mentale**



Colophon

SUJET

Sur base de quelques chiffres clés, ce rapport donne **un aperçu du fonctionnement des hôpitaux psychiatriques (HP) et des services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG).**

COMITÉ DE RÉDACTION

Les membres de la Direction générale Soins de Santé ; notamment les services « Data et Informations stratégiques » et « Soins de santé psychosociaux ».

EDITEUR RESPONSABLE

Tom Auwers,
Avenue Galilée, 5/2 – 1210 Bruxelles

COORDONNÉES DE CONTACT



service public fédéral
**SANTÉ PUBLIQUE,
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

Direction générale Soins de Santé

Avenue Galilée, 5/2 – 1210 Bruxelles
T. +32 (0)2 524 97 97 (Service Center
Santé)

Toute reproduction partielle de ce document est permise avec citation adéquate.

Ce document est également disponible sur le site internet du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement :

www.health.belgium.be
et www.belgiqueenbonnesante.be

Dépôt légal: D/2021/2196/12

SOINS EN SANTÉ MENTALE POUR ADULTES

6

1. Organisation de l'offre de soins pour adultes 6
2. Activités hospitalières dans les HP et les SPHG pour adultes 16
3. Le diagnostic principal le plus courant dans les HP et les SPHG pour adultes 21
4. Flux des patients dans les HP et les SPHG 24

SOINS EN SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

26

1. Organisation de l'offre de soins pour les enfants et adolescents 26
2. Activités hospitalières dans les HP et les SPHG pour enfants et adolescents 31

INITIATIVES EN MATIÈRE D'ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION

35

1. Mise hors service ou gel de lits 35
2. Fonction psychologique de première ligne (PPL) 38

FINANCEMENT DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

40

PERSONNEL DANS LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

42

SOINS DE PSYCHIATRIE LÉGALE

44

1. Internement 44
2. Soins spécialisés sous contrainte judiciaire pour les adolescents présentant des problèmes psychiatriques (For K) 49

PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES

50

PRÉFACE

« Les chiffres permettent l'analyse. Place aujourd'hui à l'utilisation et à la valorisation de ces données, à leur interprétation et à la comparabilité. »

Annick Poncé

L'un des défis pour la Direction générale Soins de Santé (DGGS), comme pour de nombreuses autres institutions, est de définir une stratégie de données plus solide. Elle concerne de multiples facettes: à la fois la gestion technique des données ainsi que leur accessibilité et l'exploitation de ces données. Plusieurs initiatives ont été prises à cet égard au sein de la DGGS. Il y a deux ans, un exercice stratégique a été réalisé : la révision de la mission, la vision, la stratégie, la structure organisationnelle, le renforcement des compétences et la gestion de données actuelles dans une approche évolutive, en tenant compte des partenariats externes d'aujourd'hui et de demain. Cet exercice a non seulement conduit à développer un service « Data et Informations stratégiques » mais il a surtout eu le mérite de faire ressortir l'essentiel.

Nous disposons d'énormément de données, notamment dans les 4 secteurs dans lesquels la DGGS est active : 'hôpitaux', 'professionnels de santé', 'aide médicale urgente' et 'soins psychosociaux'. En 2019, nous avons donc décidé de publier un rapport de synthèse périodique pour chacun des 4 secteurs dans lesquels nous sommes principalement actifs. Nous avons choisi de vous présenter les données clés les plus importantes de chaque secteur de manière compréhensible.

Dans notre premier rapport intitulé « [données phares dans les soins de santé - hôpitaux généraux](#) », nous vous présentions :

- des données clés liées à l'organisation : nombre d'hôpitaux, types d'hôpitaux, etc.
- des données clés en matière de financement : par exemple, budget, parties du budget, etc.
- des données clés liées aux soins : par exemple types de soins, volumes de soins, etc.
- des données clés en matière de qualité : par exemple nombre d'indicateurs dont nous disposons dans le cadre des programmes qualité (programmes pluriannuels de qualité et de sécurité, bapcoc, belmip, collèges de médecins, plateforme pharmaceutique, IHAB, P4Q, etc.)

L'engouement suscité par la première édition des « données phares en matière de santé » renforce notre conviction. Nous possédons une mine de données. Cette connaissance est à tout le monde. Cette profusion de connaissance ne vaut que si elle est partagée. Et c'est bien ça qui est important : partager, assimiler les données et prendre le temps d'en retirer quelque chose pour l'appliquer dans nos prochaines décisions avec utilité et sagesse.

Le rapport que nous vous offrons aujourd'hui se consacre aux soins de la santé mentale. Nous passons sous la loupe le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques (HP) et des services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG). Présenter les chiffres constitue la première et modeste étape de l'analyse pour donner une image globale de la structure et du fonctionnement d'un secteur.

Nous avons l'intention de répéter périodiquement ces « données phares », afin de pouvoir indiquer les évolutions et les tendances. Notre ambition est de partager avec vous ces analyses et de les développer dans le futur.

Bonne lecture à tous,

Annick Poncé

Directrice générale par intérim

INTRODUCTION

La politique en matière de soins en santé mentale en Belgique relève en partie de la compétence des communautés et des régions et en partie de la compétence des autorités fédérales. Afin de promouvoir la cohésion, la Conférence interministérielle santé publique (CIM Santé publique) a été mise en place. Les protocoles de cette CIM constituent la base des différentes réformes dans le secteur des soins en santé mentale en Belgique.

Ces réformes se concentrent sur des groupes cibles en fonction de l'âge. Par exemple, les réformes pour « Adultes » et « Enfants et adolescents » ont déjà été traduites en projets pilotes dans lesquels cette nouvelle politique est mise en pratique étape par étape et sur une base volontaire. À terme, ces projets devraient déboucher sur de nouvelles réglementations et de nouveaux financements. Des mesures sont actuellement prises pour développer une nouvelle politique de soins en santé mentale pour le groupe cible « Personnes âgées ».

Deux thèmes constituent le fil conducteur de toutes ces réformes, à savoir la « **communautarisation de la santé mentale** » et la « **collaboration en réseaux** ».

La communautarisation signifie que même pour les troubles psychiatriques graves, un maximum de soins est proposé dans l'environnement de vie immédiat du patient. Si une admission à l'hôpital s'avère inévitable, il est préférable qu'elle soit la plus courte possible. Les suivis sont transférés à des prestataires de soins extra muros le plus rapidement possible. Ce principe implique d'intensifier les soins hospitaliers.

La collaboration en réseaux signifie que les prestataires de soins et les acteurs réalisent ensemble des trajets de soins personnalisés, basés sur les besoins individuels des patients.

Dans ces données phares, nous ne discuterons pas de l'éventail des prestataires de soins qui font partie de ces réseaux de soins en santé mentale, mais nous nous concentrerons sur l'impact que cette façon de travailler peut avoir sur le paysage hospitalier et le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques (HP) et des services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG).

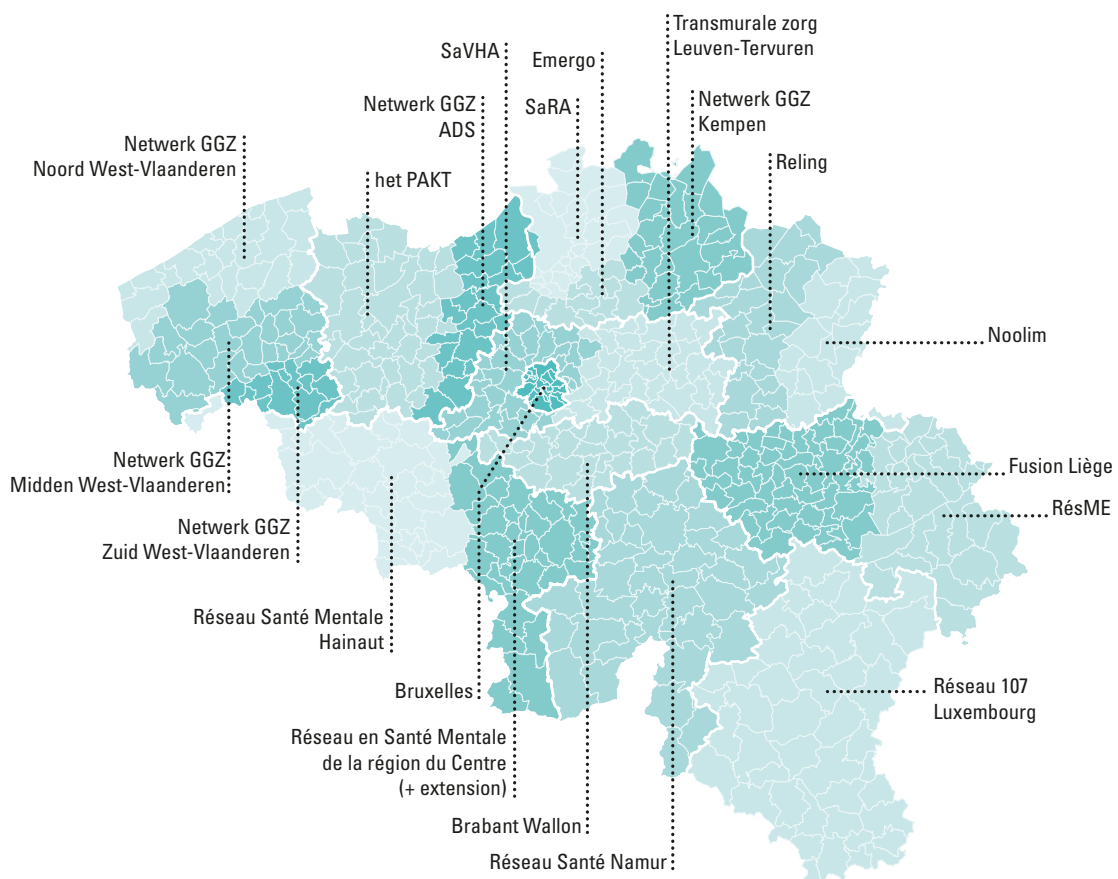
L'éventail de l'offre de soins pour les « Adultes » et les « Enfants et adolescents » est très différent et d'importance différente et il a donc été choisi de ventiler les données en fonction de ces groupes cibles.

SOINS EN SANTÉ MENTALE POUR ADULTES

1. Organisation de l'offre de soins pour adultes

1.1. Réseaux de soins en santé mentale pour adultes

Il y a dix ans, la Conférence interministérielle (CIM) santé publique a lancé la réforme des soins en santé mentale pour les adultes. Plusieurs projets pilotes ont été lancés pour créer et étendre systématiquement les réseaux de soins en santé mentale. En 2017, une évaluation a eu lieu et un certain nombre de réseaux ont été repensés, laissant **20 réseaux de soins de santé mentale pour adultes**. Actuellement, toutes les communes belges font partie de l'un des 20 réseaux de soins en santé mentale



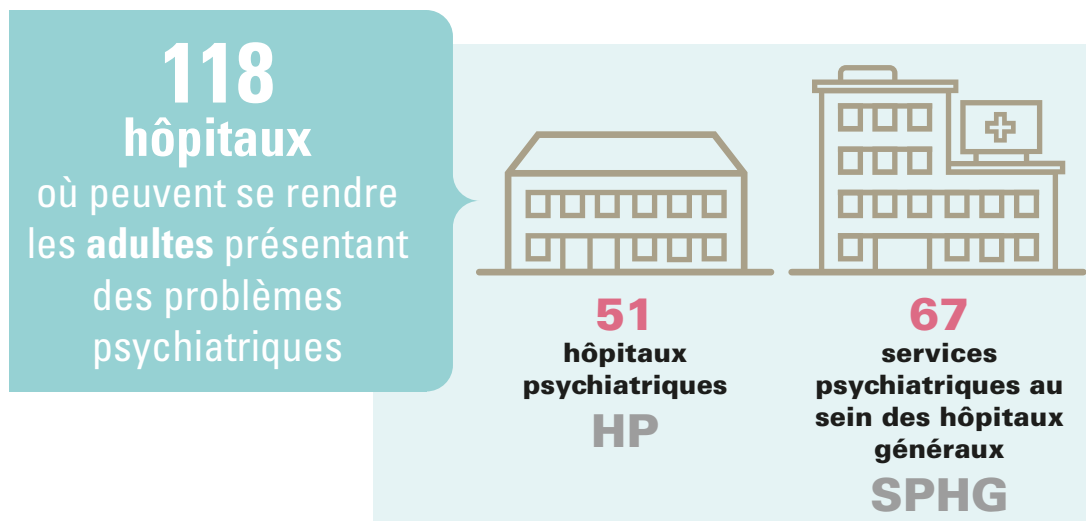
En savoir plus sur les différentes initiatives en matière de soins de santé mentale :

www.psy107.be

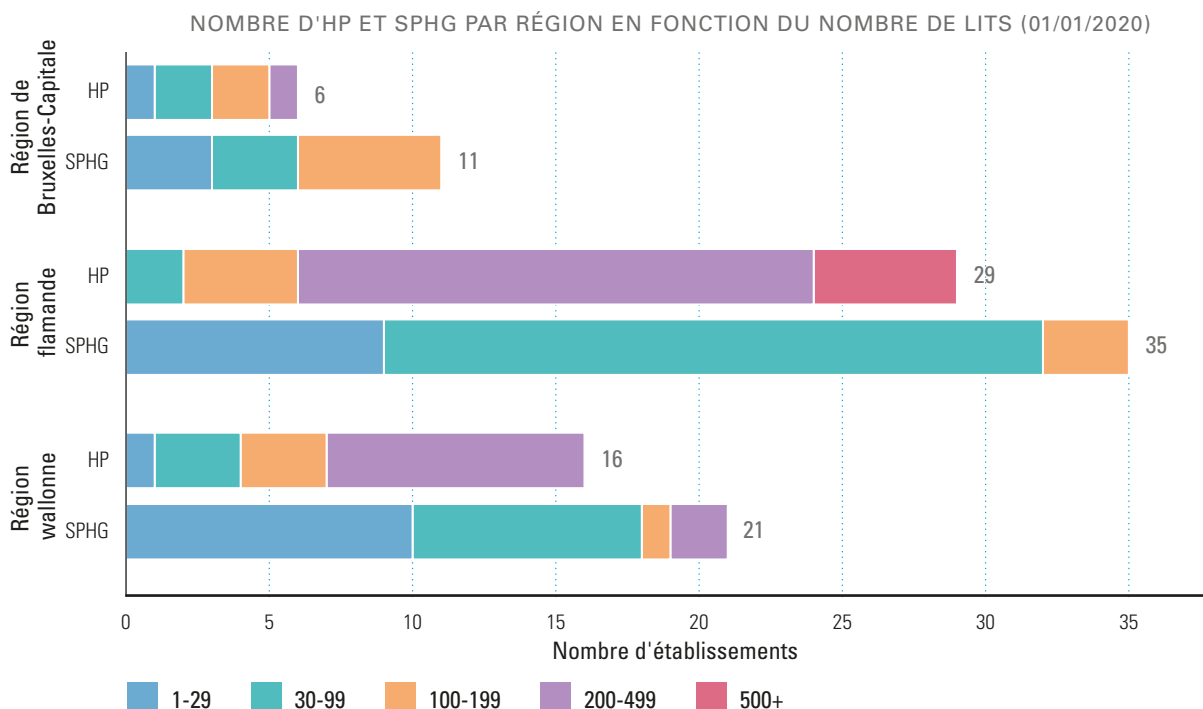


1.2. Hôpitaux

La Belgique compte **51 hôpitaux psychiatriques (HP)** et **67 services psychiatriques au sein des hôpitaux généraux (SPHG)** où peuvent se rendre les adultes présentant des problèmes psychiatriques¹.



Un tiers des SPHG ont une offre limitée en termes de soins psychiatriques pour adultes et ne disposent que de 1 à 30 lits à cet effet. Néanmoins, il existe 11 hôpitaux généraux en Belgique qui disposent de 100 lits psychiatriques ou plus pour adultes. De plus, il existe un nombre limité d'hôpitaux psychiatriques avec un très petit nombre de lits, qui proposent souvent principalement des hospitalisations de jour.



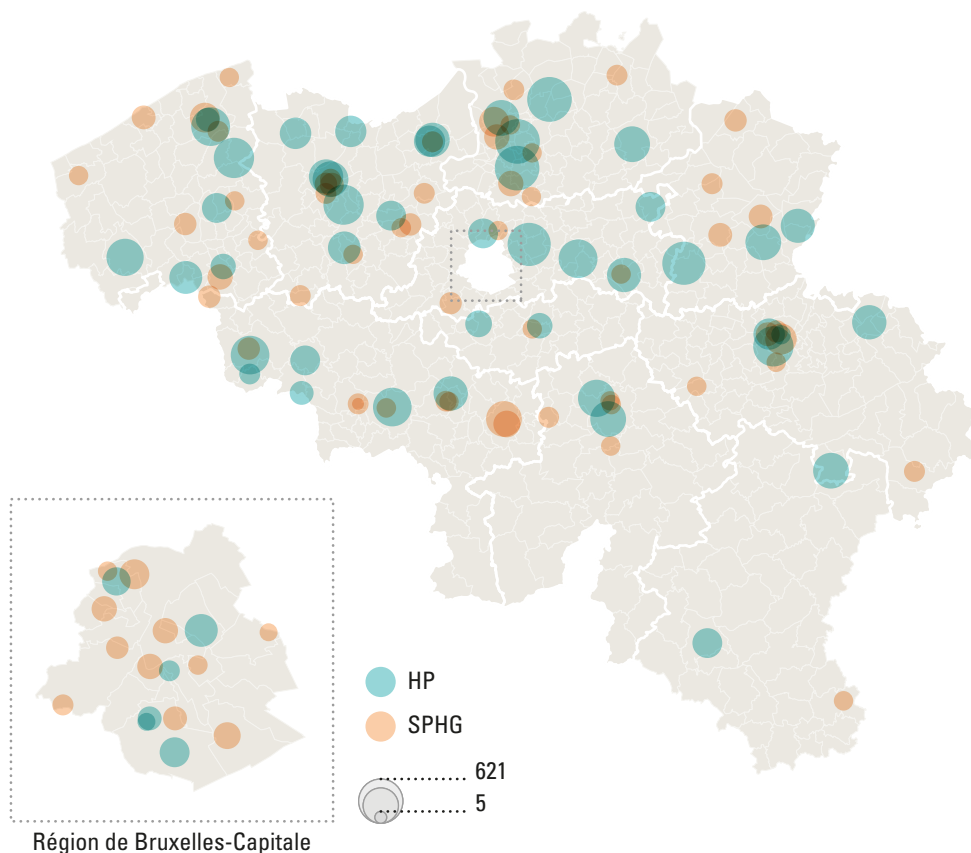
La Région flamande compte nettement plus d'HP et de SPHG que les autres régions. C'est de plus la seule région qui possède 5 hôpitaux psychiatriques qui peuvent accueillir plus de 500 patients. Dans la Région de Bruxelles-Capitale, il y a presque deux fois plus de SPHG que d'HP. Près de la moitié des SPHG disposent d'une centaine de lits ou plus. En Région wallonne on trouve également de grands SPHG, deux d'entre eux comptant même plus de 200 lits.

1 Source : CIC, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (01/01/2020)

Outre l'offre, la répartition des SPHG et des HP diffère également selon les régions. C'est dans la Région flamande que la répartition entre les HP et les SPHG pour adultes est la plus équilibrée. L'offre est concentrée autour de grandes villes comme Gand, Anvers et Louvain. En revanche, l'offre de services psychiatriques pour adultes est plutôt limitée dans le Westhoek, et les Ardennes flamandes et aussi dans le Pajottenland et dans la région de la Campine et du nord du Limbourg. On peut néanmoins dire qu'il y a partout au moins un HP ou un SPHG dans un rayon de 50 kilomètres.

En Région wallonne, la situation est très différente. La quasi-totalité des HP et SPHG pour adultes sont situés sur les axes Tournai, Charleroi, Mons, Liège et Verviers. De plus, il n'y a pas d'HP ou de SPHG dans les arrondissements de Thuin, Philippeville, Dinant, Marche-en-Famenne, Neufchâteau et Bastogne.

RÉPARTITION DES HP ET SPHG EN BELGIQUE
AVEC INDICATION DU NOMBRE DE LITS POUR ADULTES (01/01/2020)



1.3. Types d'hospitalisation

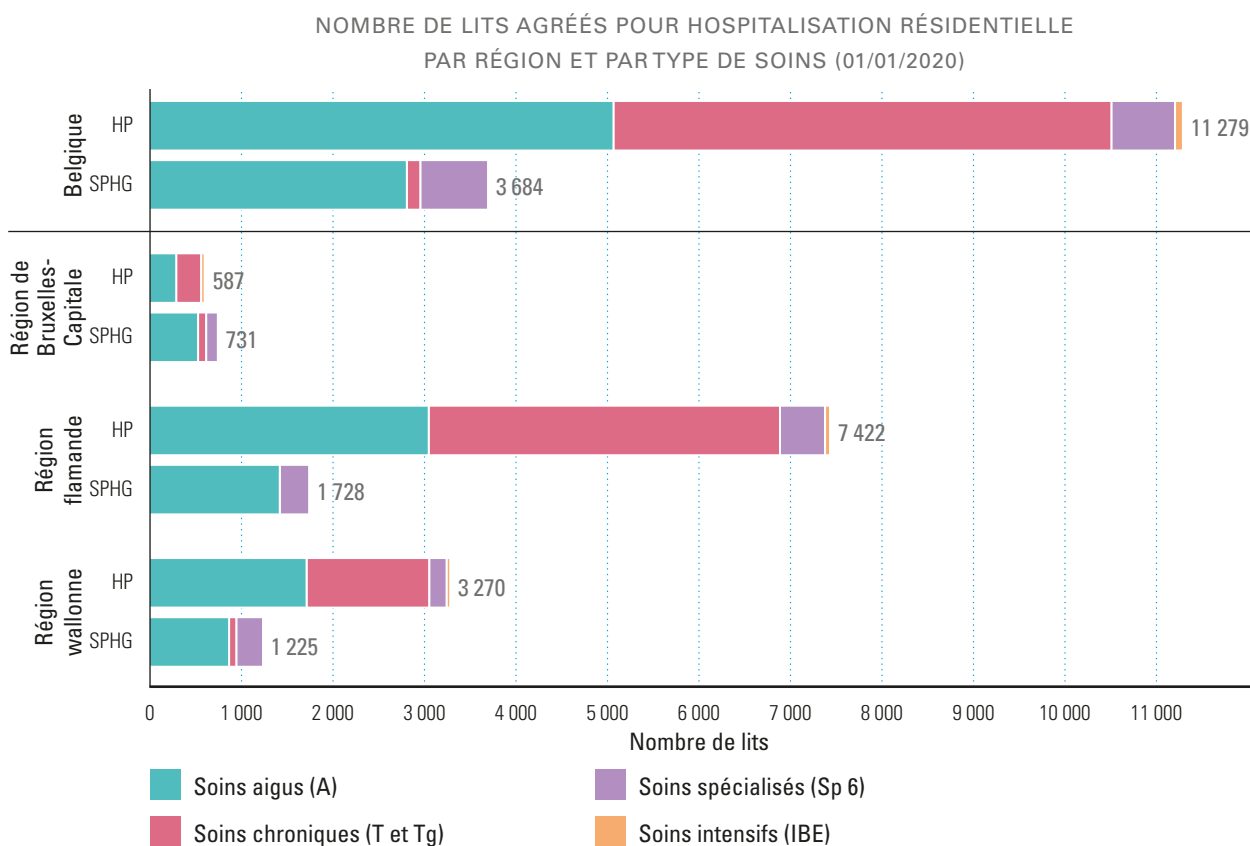
Dans le cadre des soins psychiatriques, il est possible qu'un patient soit admis dans un service psychiatrique où il reste dans l'institution jour et nuit. C'est ce qu'on appelle une hospitalisation résidentielle. De plus, il est possible qu'un patient ne reste dans l'établissement que pendant la journée ou seulement la nuit. C'est ce qu'on appelle une hospitalisation partielle.

TYPES DE LITS DANS LE CADRE DE L'HOSPITALISATION RÉSIDENTIELLE

Les établissements psychiatriques sont souvent divisés en différentes unités en fonction de la thérapie proposée ou de la pathologie. Dans chaque unité, on trouve un certain nombre de lits agréés dotés d'un index spécifique reflétant le type de soins proposés :

- **Lits aigus (index A) :** Service neuropsychiatrique d'observation et de traitement (jour et nuit) de patients adultes ayant besoin d'une assistance urgente ;
- **Lits chroniques (index T) :** Service neuropsychiatrique pour le traitement (jour et nuit) de problèmes chroniques et de longue durée chez les adultes en vue d'une réadaptation sociale. Dans cette publication, les lits pour soins de jour et de nuit pour **le traitement neuropsychiatrique des patients gériatriques (index Tg)** sont inclus dans cette catégorie ;
- **Lits pour soins spécialisés (index Sp 6) :** Service de traitement et de réadaptation spécialisé pour les patients présentant des maladies psycho-gériatriques et chroniques ;
- **Lits intensifs (index IBE : projet pilote depuis 2009) :** Unité de traitement intensif pour les patients adultes présentant des troubles du comportement graves et/ou agressifs.

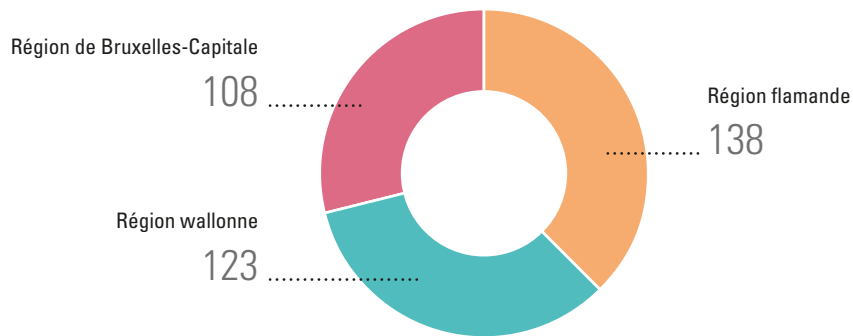
Les hôpitaux psychiatriques publics de Geel et de Lierneux disposent également de lits et de places pour le « Placement familial ou les soins infirmiers psychiatriques familiaux » (index Tf). Ceux-ci sont atypiques dans le paysage hospitalier belge et ne sont pas inclus dans cette publication.



Les chiffres ci-dessus indiquent le nombre de lits psychiatriques pour adultes en chiffres absolus. On peut observer que les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG) sont principalement constitués de lits aigus (index A).

De plus, il existe une grande différence entre les différentes régions. Cependant, lorsque les chiffres sont présentés en fonction du nombre d'habitants, on constate que le contraste entre les régions est moins prononcé mais que la Région flamande reste en tête avec 138 lits pour 100 000 habitants. En moyenne, en Belgique, nous disposons, sur l'ensemble des HP et SPGH, de 130 lits résidentiels pour 100 000 habitants.

NOMBRE DE LITS AGRÉÉS POUR HOSPITALISATION RÉSIDENTIELLE
PAR 100 000 HABITANTS PAR RÉGION (01/01/2020)

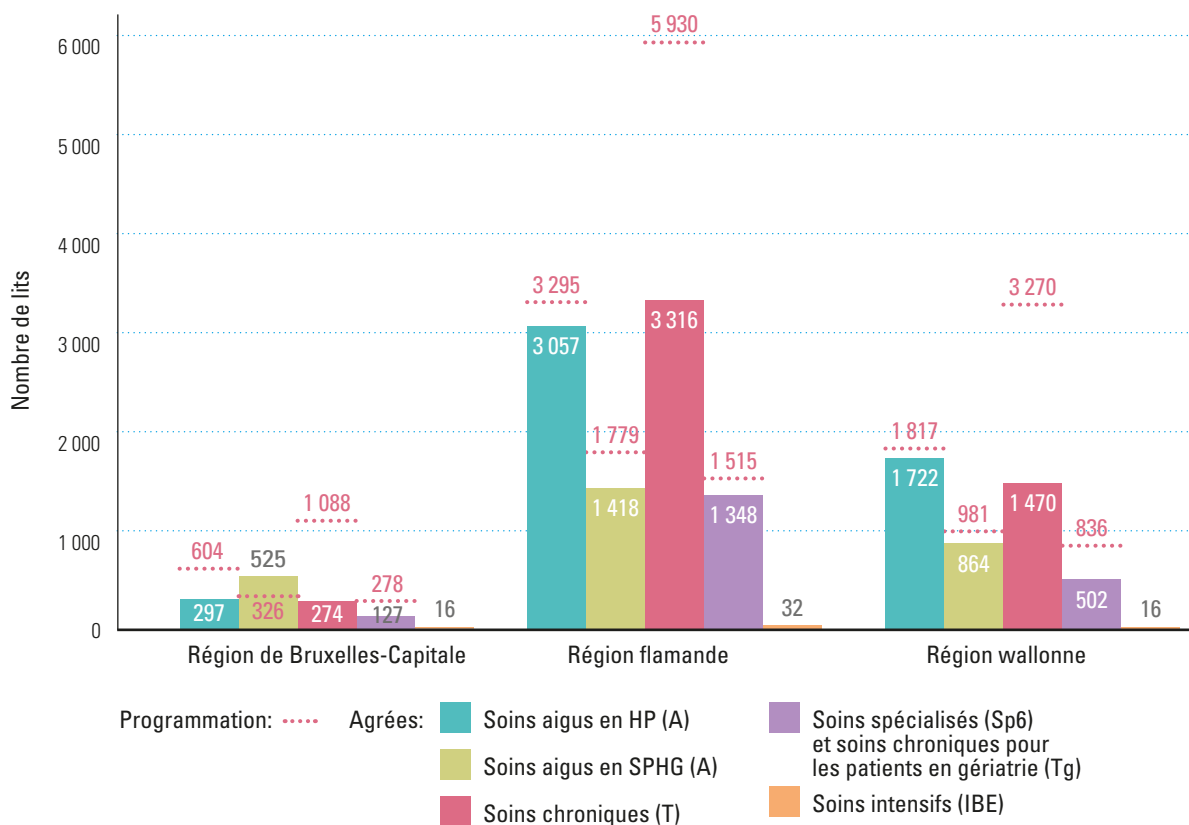


En moyenne, en Belgique,
nous disposons,
sur l'ensemble des HP et SPGH,
de **130 lits résidentiels**
pour 100 000 habitants

Le nombre de lits et leur répartition ont connu une croissance historique. Afin de parvenir à une répartition plus équilibrée, les autorités fédérales ont introduit des critères de programmation dans la loi sur les hôpitaux².

Index	Critère de programmation
A (HP)	0,50 lit par 1 000 habitants
A (SPHG)	0,27 lit par 1 000 habitants
T	0,90 lit par 1 000 habitants
Sp6 + Tg	0,23 lit par 1 000 habitants
IBE	64 lits pour la Belgique

NOMBRE DE LITS PRÉVUS DANS LA PROGRAMMATION ET NOMBRE DE LITS AGRÉÉS POUR HOSPITALISATION RÉSIDENNELLE PAR RÉGION (01/01/2020)

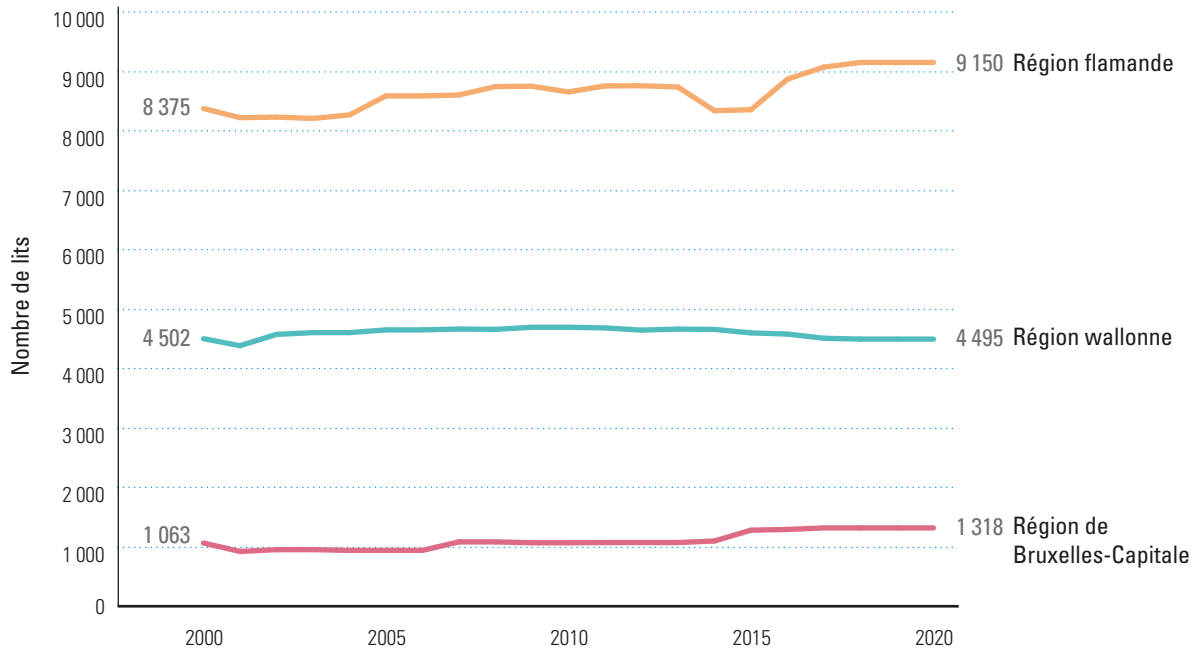


La Région de Bruxelles-Capitale compte plus de lits de soins aigus résidentiels (index A) dans les SPHG pour 1 000 habitants que ce qui est prévu par le critère de programmation. Cependant, la région compte moins de lits de soins aigus résidentiels (index A) pour 1 000 habitants dans les HP, ce qui est atypique par rapport à l'offre générale des lits hospitaliers psychiatriques.

2 Vous trouverez de plus amples informations sur les chiffres de la programmation sur le site web suivant : [Chiffres de programmation des lits hospitaliers](#) et [Note explicative sur la programmation des lits hospitaliers](#)

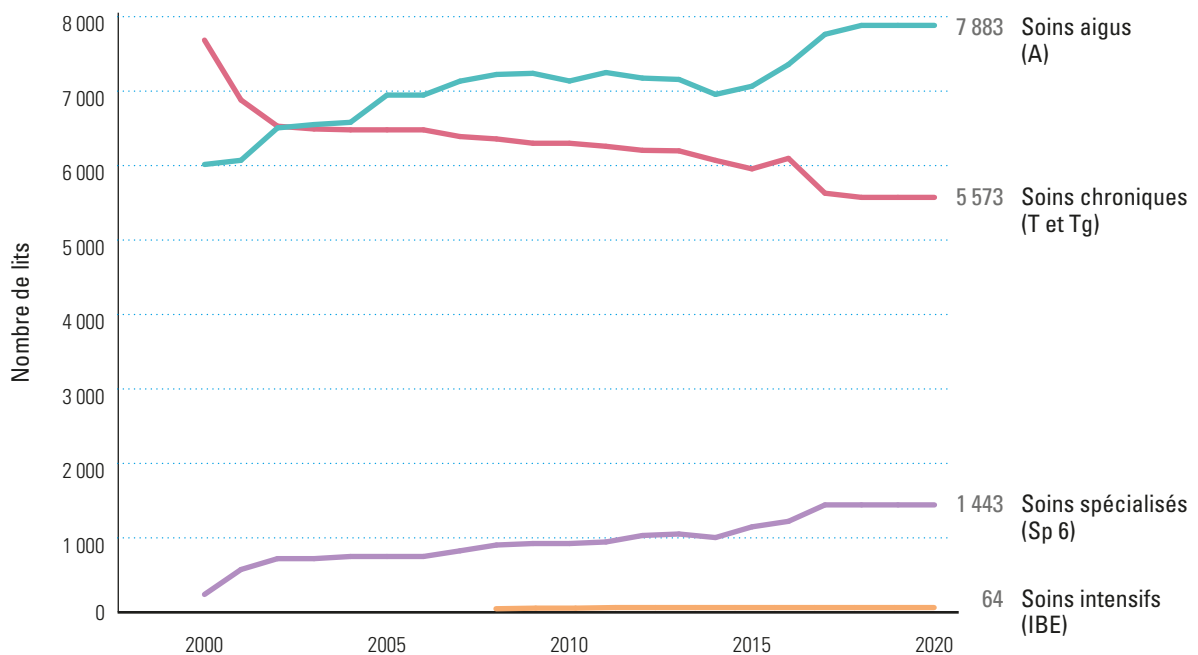
Le nombre total de lits psychiatriques pour adultes dans les HP et les SPHG pour l'hospitalisation en résidence fluctue très peu dans le temps. Si l'on examine les 20 dernières années, on constate un statu quo en Région wallonne, une augmentation de 9,3% en Région flamande et de 24,0% en Région de Bruxelles-Capitale.

ÉVOLUTION DU NOMBRE TOTAL DE LITS
POUR HOSPITALISATION RÉSIDENTIELLE EN HP ET SPHG



En examinant l'évolution du nombre de lits par type de soins, nous constatons un glissement des lits chroniques vers les lits aigus à partir de 2015. Cela reflète les efforts développés dans le cadre des réformes des soins en santé mentale. Il a été déterminé qu'aucun nouveau lit ne peut être créé sans que l'on cesse progressivement de proposer d'autres lits.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE LITS AGRÉÉS POUR
HOSPITALISATION RÉSIDENTIELLE PAR TYPE DE SOINS EN HP ET SPHG

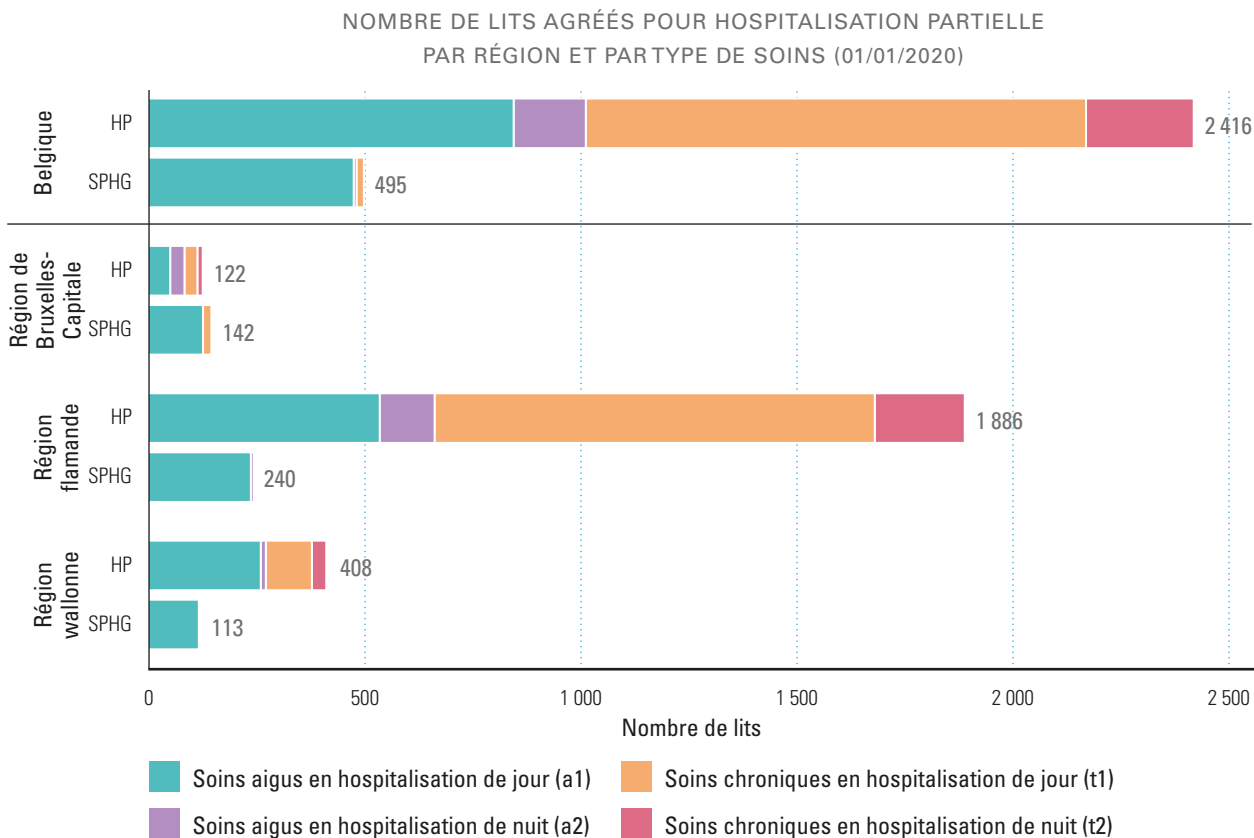


TYPES DE LITS ET DE PLACES D'HOSPITALISATION PARTIELLE

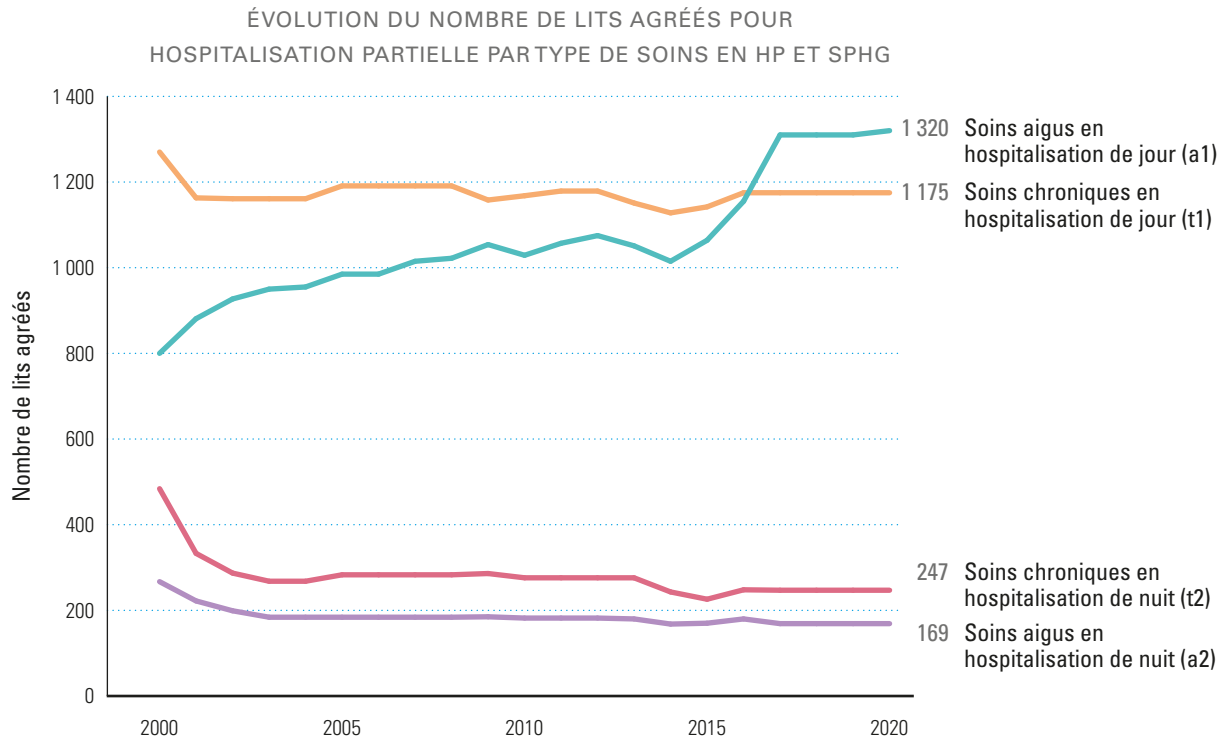
En cas d'hospitalisation partielle, une distinction est faite entre les types de lits et de places suivants :

- **Places de soins aigus pour l'hospitalisation de jour (index a1) :** Le service neuropsychiatrique d'observation et de traitement pour l'hospitalisation de jour de patients adultes nécessitant des soins d'urgence ;
- **Lits aigus en hospitalisation de nuit (index a2) :** Service neuropsychiatrique d'observation et de traitement pour l'hospitalisation de nuit de patients adultes ayant besoin d'une assistance urgente ;
- **Place de soins chroniques en hospitalisation de jour (index t1) :** Le service de neuropsychiatrie pour l'hospitalisation de jour des adultes présentant des problèmes chroniques et de longue durée;
- **Lits pour soins chroniques en hospitalisation de nuit (index t2) :** Le service de neuropsychiatrie pour l'hospitalisation de nuit des adultes souffrant de problèmes chroniques et de longue durée.

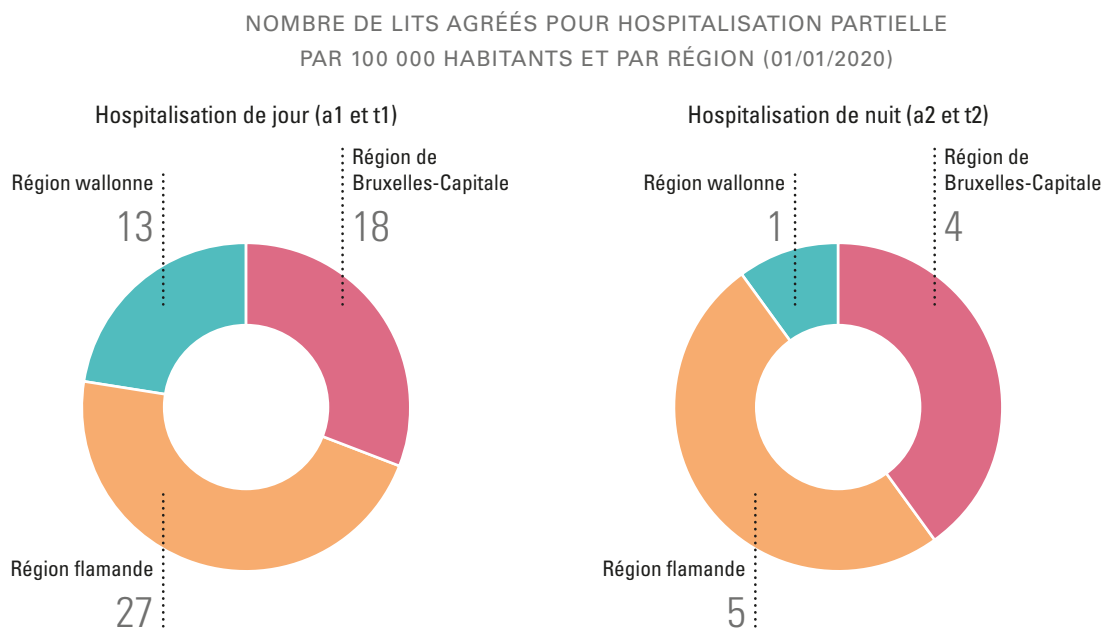
Les services d'hospitalisation partielle sont principalement situés dans les hôpitaux psychiatriques. Dans les services de soins psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG), aucun lit n'est proposé pour l'hospitalisation de nuit, à l'exception de 2 lits pour les soins aigus dans l'hospitalisation de nuit (lits a2) en Région flamande. En ce qui concerne l'hospitalisation de jour, le SPHG offre principalement des services de soins aigus (lits a1). Il n'y a qu'un seul SPHG en Région de Bruxelles-Capitale qui propose 17 places pour les soins chroniques en hospitalisation de jour (lits t1).



Au fil des ans, nous avons constaté une légère diminution du nombre de places disponibles pour l'hospitalisation de nuit. Le nombre de places aiguës pour hospitalisation de jour (a1) est en nette augmentation. Dans la pratique, cela se traduit par une évolution de l'offre, d'une prise en charge plutôt chronique vers un traitement aigu ou une thérapie de jour.



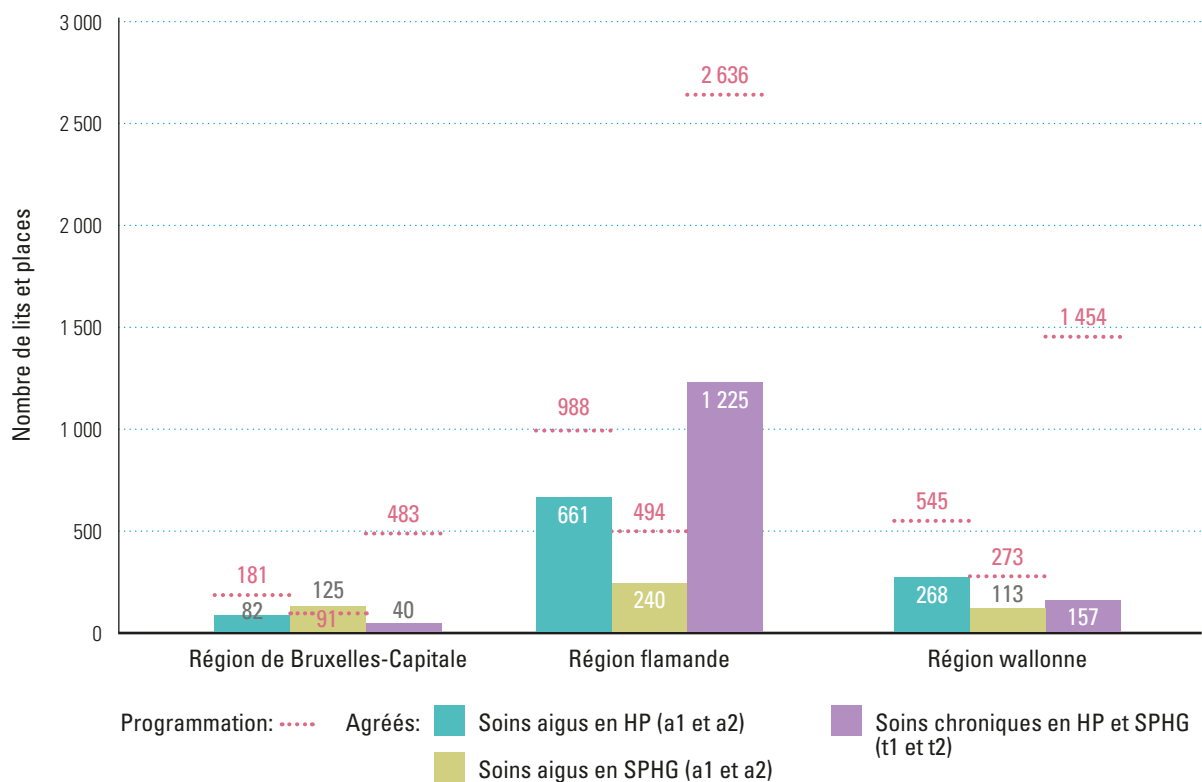
En proportion de la population, la Région flamande offre davantage de places d'hospitalisation partielle, tant pour l'hospitalisation de jour que pour l'hospitalisation de nuit. C'est en Région wallonne que l'offre d'hospitalisation de jour et de nuit est la plus faible.



Dans la Région de Bruxelles-Capitale, on constate que le nombre de lits et/ou de places d'hospitalisation de jour et de nuit proposé dans les SPHG est supérieur à celui décrit dans les chiffres de la programmation. D'autre part, moins de la moitié seulement des lits et/ou places sont reconnus en HP par rapport à ce qui est décrit dans les chiffres de la programmation.

Index	Critère de programmation
a1 + a2 (HP)	0,15 lit par 1 000 habitants
a1 + a2 (SPHG)	0,075 lit par 1 000 habitants
t1 + t2	0,40 lit par 1 000 habitants

NOMBRE DE LITS PRÉVUS DANS LA PROGRAMMATION ET NOMBRE DE LITS AGRÉÉS POUR HOSPITALISATION PARTIELLE PAR RÉGION (01/01/2020)^[3]

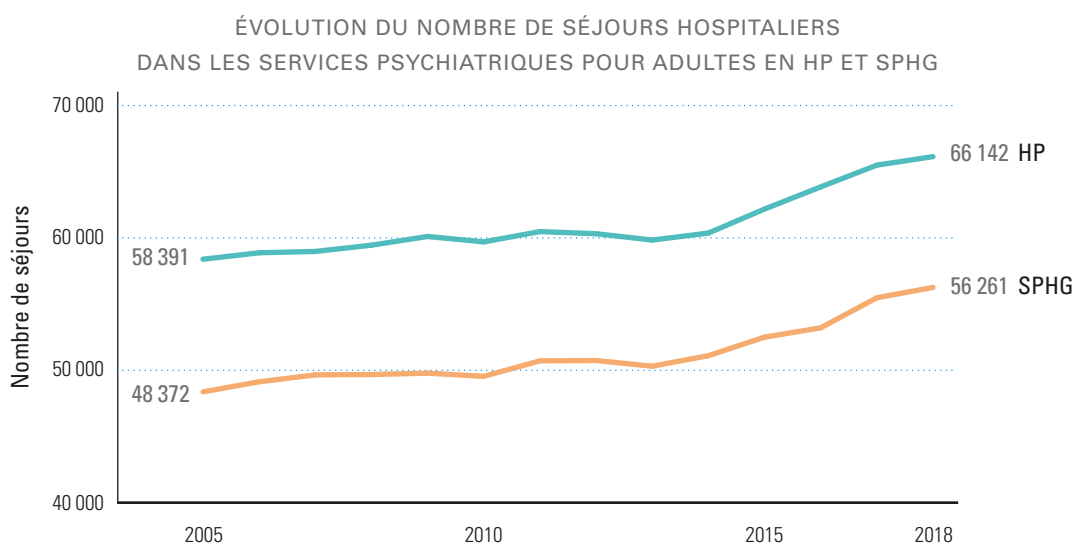


3 Vous trouverez de plus amples informations sur les chiffres de la programmation sur le site web suivant : [Chiffres de programmation des lits hospitaliers](#) et [Note explicative sur la programmation des lits hospitaliers](#)

2. Activités hospitalières dans les HP et les SPHG pour adultes

2.1. Séjours à l'hôpital

En 2018, un total de 122 403 séjours (résidentiels et partiels) ont été enregistrés dans les services psychiatriques pour adultes dans les HP et les SPHG. Sur ce total, 66 142 ont été réalisés dans les HP et 56 261 dans les SPHG^{[4],[5]}. Par rapport à 2005, cela signifie une augmentation de 13,3 % dans les HP et de 16,3 % dans les SPHG. De plus, on peut observer que l'évolution du nombre de séjours dans les SPHG est presque parallèle à celle du nombre de séjours dans les HP.

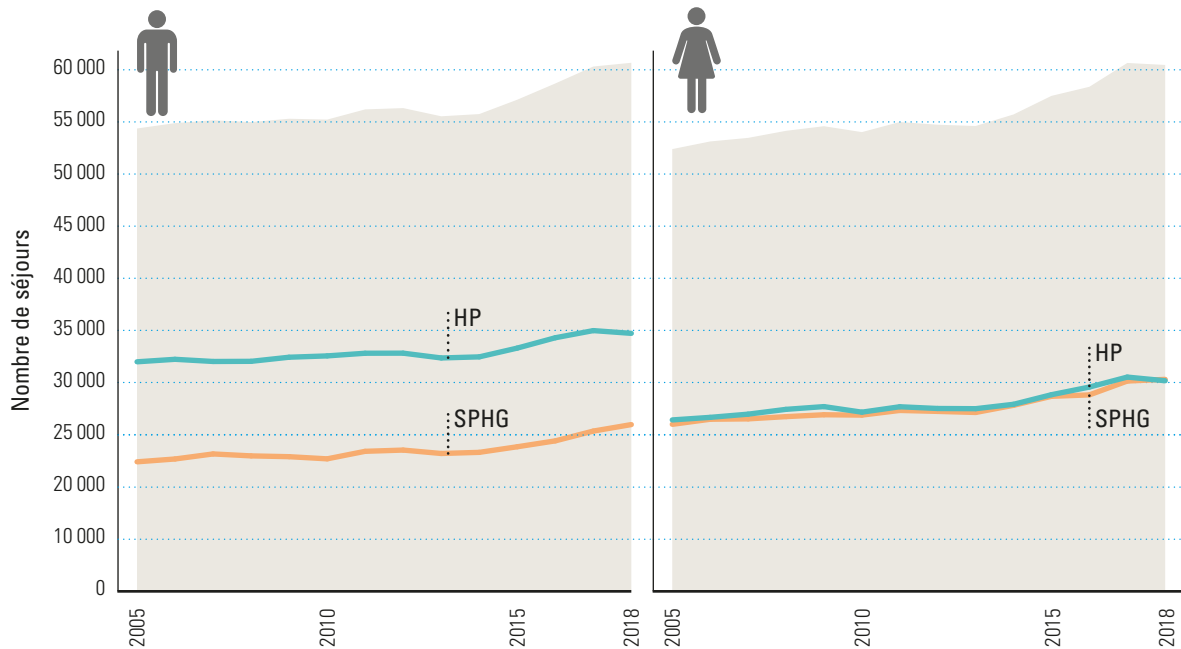


4 Source : Résumé psychiatrique minimum (RPM), SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

5 Il s'agit du nombre de séjours résidentiels et partiels enregistrés dans des lits pour adultes (tous les index sauf K, k1, k2, Tf) au cours de l'année en question, quelle que soit l'année d'admission et que le patient soit déjà sorti ou pas.

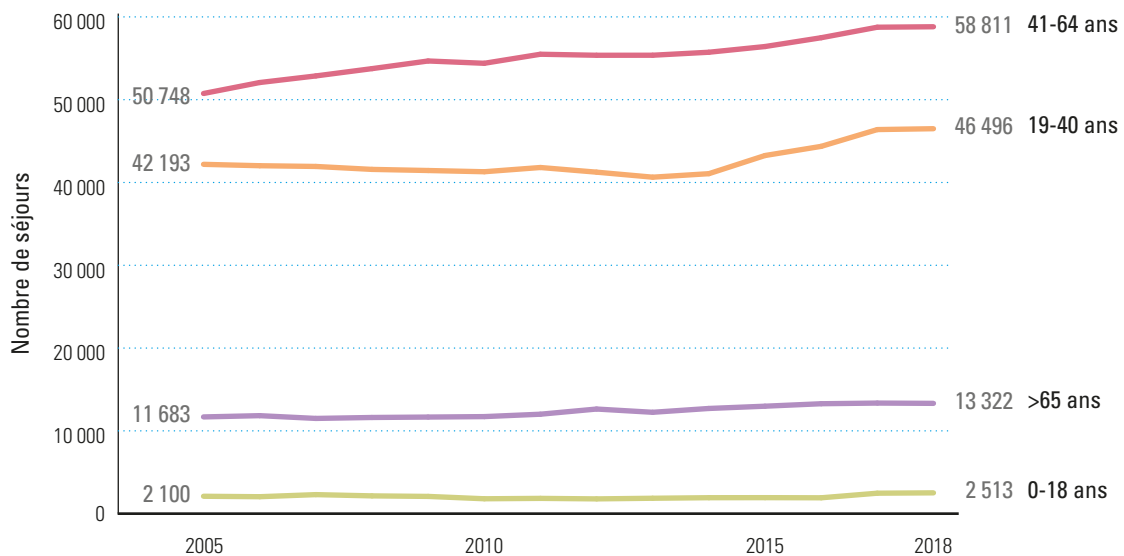
Nous constatons que le nombre total des séjours est le même pour les hommes et les femmes. Nous remarquons une nette différence au niveau du type d'établissement où un homme ou une femme est traité(e) pour ses problèmes. Nous constatons que les hommes séjournent plutôt dans un hôpital psychiatrique.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SÉJOURS HOSPITALIERS DANS LES SERVICES PSYCHIATRIQUES POUR ADULTES EN HP ET SPHG PAR SEXE^[6]



L'augmentation du nombre de séjours dans les HP et les SPHG se situe dans la population active (19-64 ans), avec une forte augmentation du groupe de 19 à 40 ans entre 2013 et 2016.^[7]

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SÉJOURS HOSPITALIERS DANS LES SERVICES PSYCHIATRIQUES POUR ADULTES EN HP ET SPHG PAR TRANCHE D'ÂGE^[8]



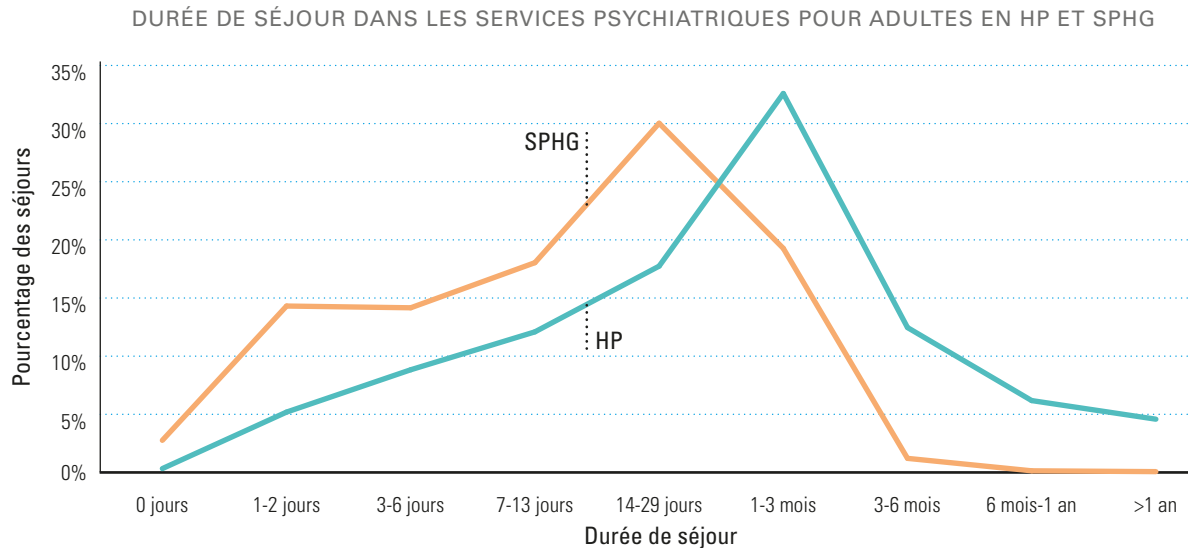
6 Les séjours pour lesquels le sexe du patient n'est pas connu n'ont pas été pris en compte.

7 La catégorie des 0-18 ans est également mentionnée dans un souci d'exhaustivité. Dans des cas exceptionnels, les enfants et les adolescents peuvent être admis dans un service psychiatrique pour adultes. En outre, les séjours dans la catégorie des 0-18 ans peuvent être le résultat d'une erreur d'enregistrement.

8 Les séjours pour lesquels l'âge du patient n'est pas connu n'ont pas été pris en compte.

2.2. Durée de séjour

Les trois quarts des séjours dans les services psychiatriques pour adultes dans les HP durent moins de 3 mois. Environ 14,4 % des séjours dans les HP durent moins d'une semaine. Dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG), près de 80 % des séjours ont une durée de moins d'un mois. Un tiers des séjours durent même moins d'une semaine. De plus, on peut observer que peu de séjours dans les HP se limitent à une journée, alors que c'est régulièrement le cas dans les SPHG.



Services psychiatriques
pour adultes dans les
HP

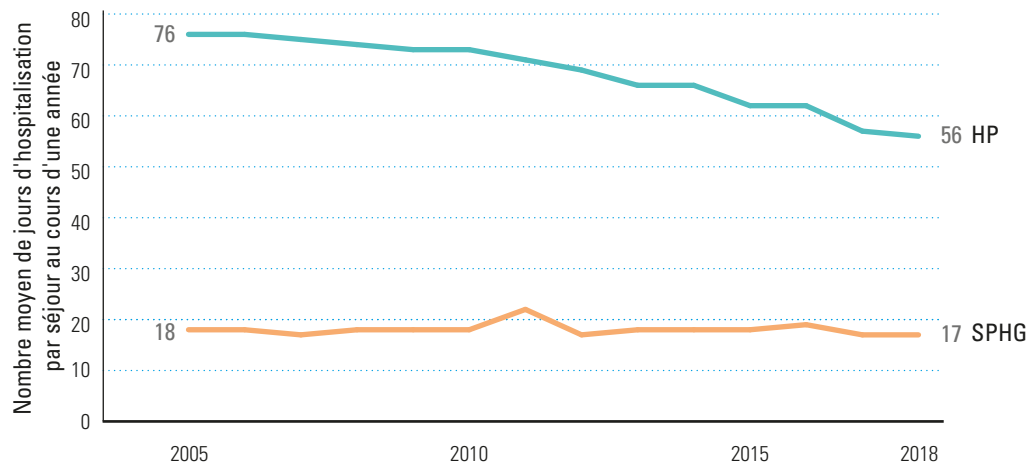
Les trois quarts
des séjours durent
moins de
3 mois

80% des séjours
durent moins
d'un mois

Services psychiatriques
pour adultes dans les
SPHG

Le nombre moyen de journées par an^[9] est nettement moins élevé dans les SPHG que dans les HP. Cela concerne le traitement aigu des patients qui prévaut dans un SPGH. En outre, le nombre moyen de journées par an reste plus ou moins similaire au fil des ans, alors que dans les HP, ce nombre a baissé, en moyenne, de 20 journées (26 %) par rapport à 2005.

ÉVOLUTION DU NOMBRE MOYEN DE JOURS D'HOSPITALISATION
PAR SÉJOUR AU COURS D'UNE ANNÉE DANS UN SERVICE PSYCHIATRIQUE
POUR ADULTES EN HP ET SPHG

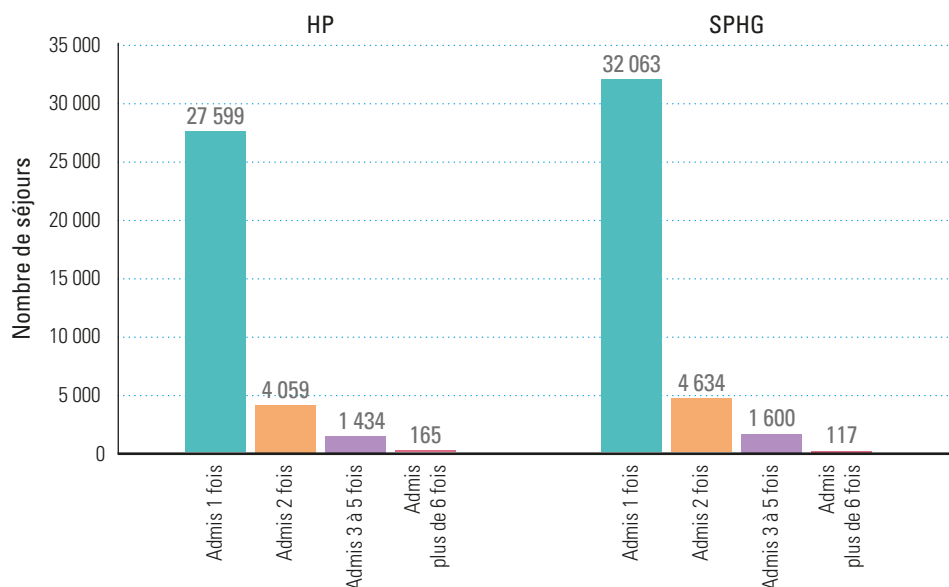


2.3. Réadmissions

D'une part, nous constatons une réduction de la durée du séjour, mais d'autre part, nous constatons aussi qu'après leur sortie, les patients sont réadmis la même année, dans le même hôpital.

Le plus souvent, cela se limite à une seule réadmission au cours de la même année, mais les réadmissions plus fréquentes sont de plus en plus nombreuses.^[10]

NOMBRE D'ADMISSIONS RÉPÉTÉES DANS LES SERVICES
PSYCHIATRIQUES POUR ADULTES EN HP ET SPHG (2018)



9 Le nombre moyen de journées a été calculé comme le nombre total de journées par rapport au nombre d'hospitalisations sur une année donnée. Par conséquent, cela ne concerne pas la durée moyenne de séjour car le nombre de journées de l'année précédente n'a pas été pris en compte. Le calcul a tenu compte des séjours partiels et résidentiels.

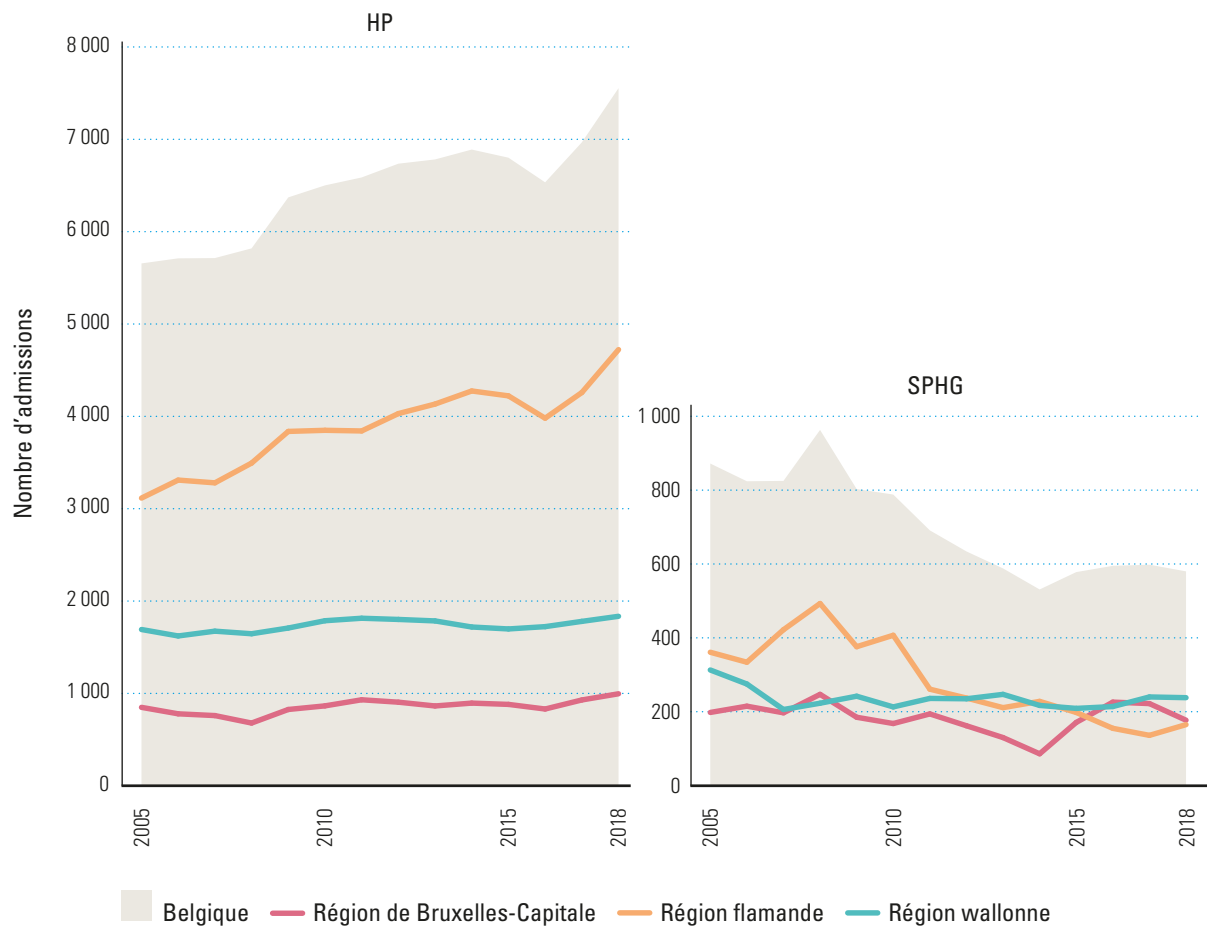
10 Il convient de tenir compte du fait qu'il n'existe pas de numéro d'identification unique du patient dans le résumé psychiatrique minimum. De ce fait, un patient ne peut être suivi qu'au sein du même hôpital et les réadmissions dans d'autres hôpitaux ne peuvent pas être prises en compte. Cela peut entraîner une sous-estimation du nombre de réadmissions.

2.4. Mises en observation

La mise en observation, parfois appelée collocation, est une mesure de protection. Un patient peut être hospitalisé de force par un magistrat s'il représente un danger pour lui-même ou pour autrui. Le plus souvent, ces patients sont admis dans un hôpital psychiatrique.

Le nombre de mises en observation est en nette augmentation, surtout en Région flamande. Cette constatation renforce notre conviction que la psychiatrie de crise, tant en ambulatoire qu'en résidentiel, est plus que nécessaire.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MISE EN OBSERVATION DANS LES SERVICES PSYCHIATRIQUES POUR ADULTES PAR RÉGION EN HP ET SPHG



Pour plus d'informations sur les séjours en HP et dans les SPHG :

www.health.belgium.be

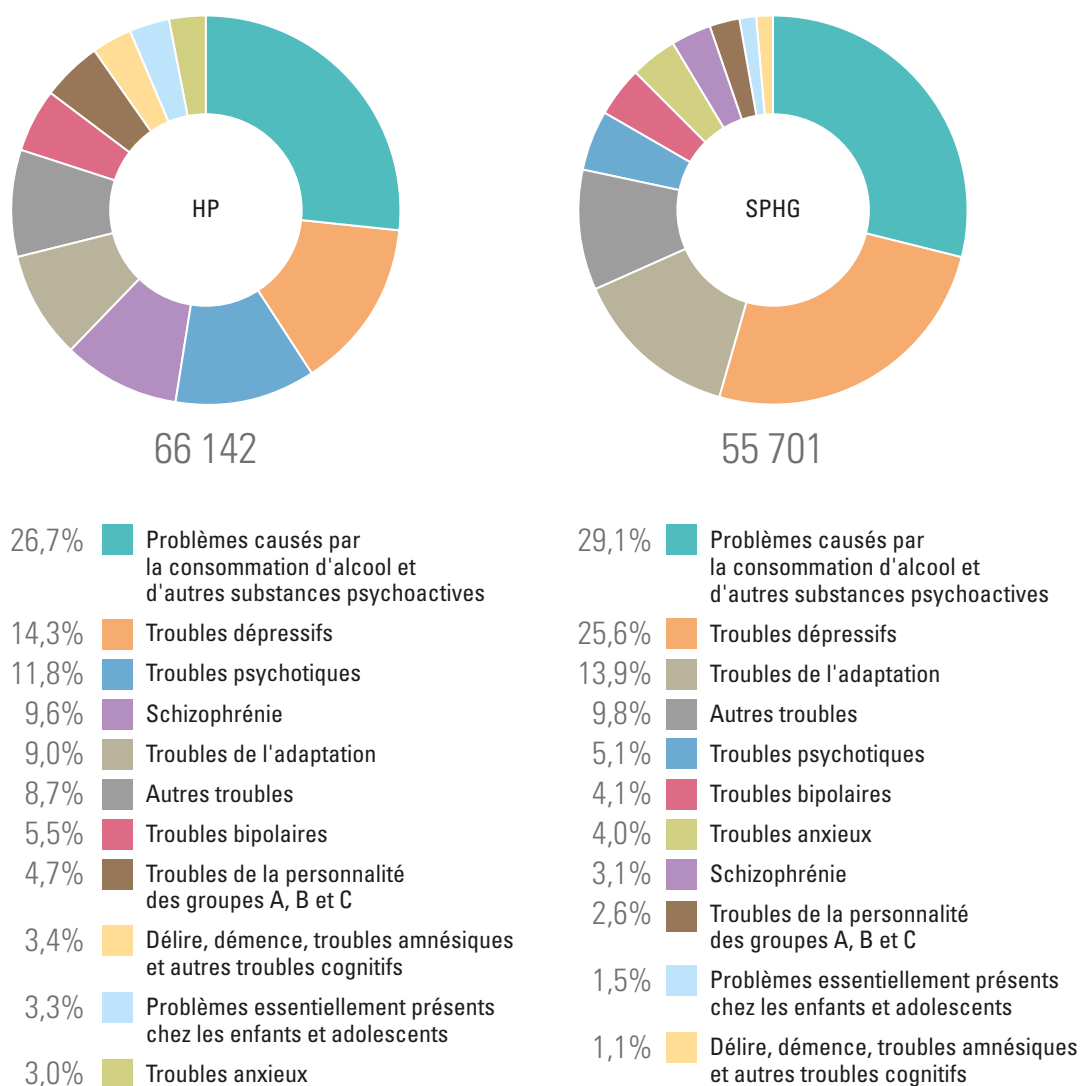


3. Le diagnostic principal le plus courant dans les HP et les SPHG pour adultes

Lors d'une admission en psychiatrie, le diagnostic est rarement sans équivoque. Le plus souvent, le patient présente plusieurs problèmes. Si l'on se base sur le diagnostic principal posé chez les patients des HP et SPHG, on constate que les problèmes causés par la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives sont les plus fréquents. C'est également le diagnostic secondaire le plus courant. Un diagnostic principal de trouble dépressif vient ensuite en deuxième position.

Outre le fait qu'il y a proportionnellement plus d'admissions pour troubles dépressifs dans les SPHG, nous pouvons conclure que les dix principaux problèmes pour lesquels on est admis dans un HP ou un SPHG sont similaires.^[11]

DIAGNOSTIC PRINCIPAL AU MOMENT DE L'ADMISSION DES PATIENTS DANS LES SERVICES PSYCHIATRIQUES POUR ADULTES EN HP ET SPHG (2018)^[12]

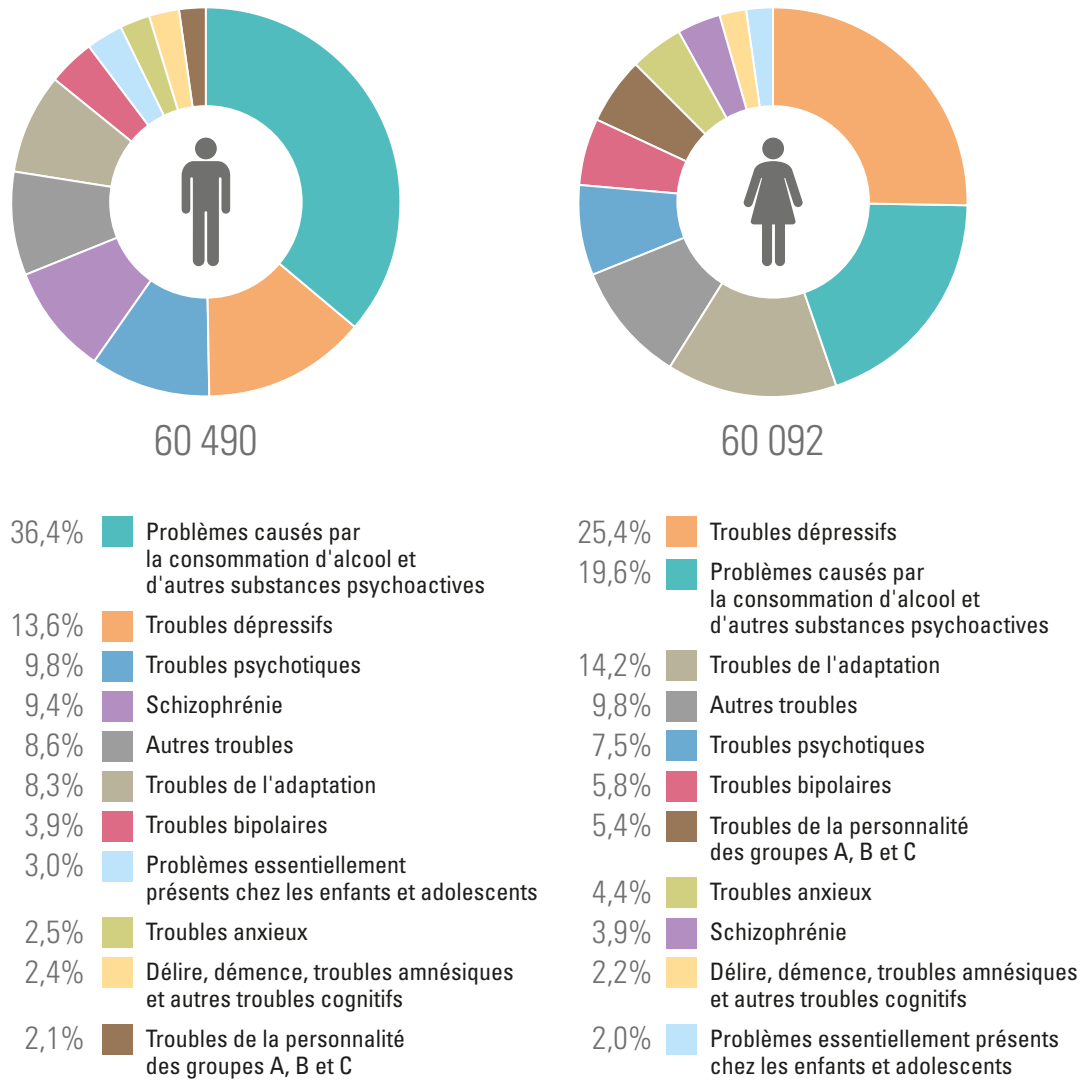


11 Le groupe A comprend les troubles de la personnalité paranoïaque, schizoïde et schizotypique, le groupe B comprend les troubles de la personnalité borderline, antisociale, narcissique et histrionique, et le groupe C comprend les troubles de la personnalité dépendante, anxieuse et obsessionnelle-compulsive.

12 Les séjours pour lesquels le diagnostic principal du patient n'est pas connu, n'ont pas été pris en compte.

Nous constatons cependant une nette différence entre les problèmes observés chez les hommes et chez les femmes. Si l'on examine de plus près les deux diagnostics principaux les plus courants (problèmes dus à la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives et troubles dépressifs), on constate que les problèmes liés à la drogue surviennent principalement chez les hommes, tandis que le diagnostic de trouble dépressif est surtout posé chez les femmes.

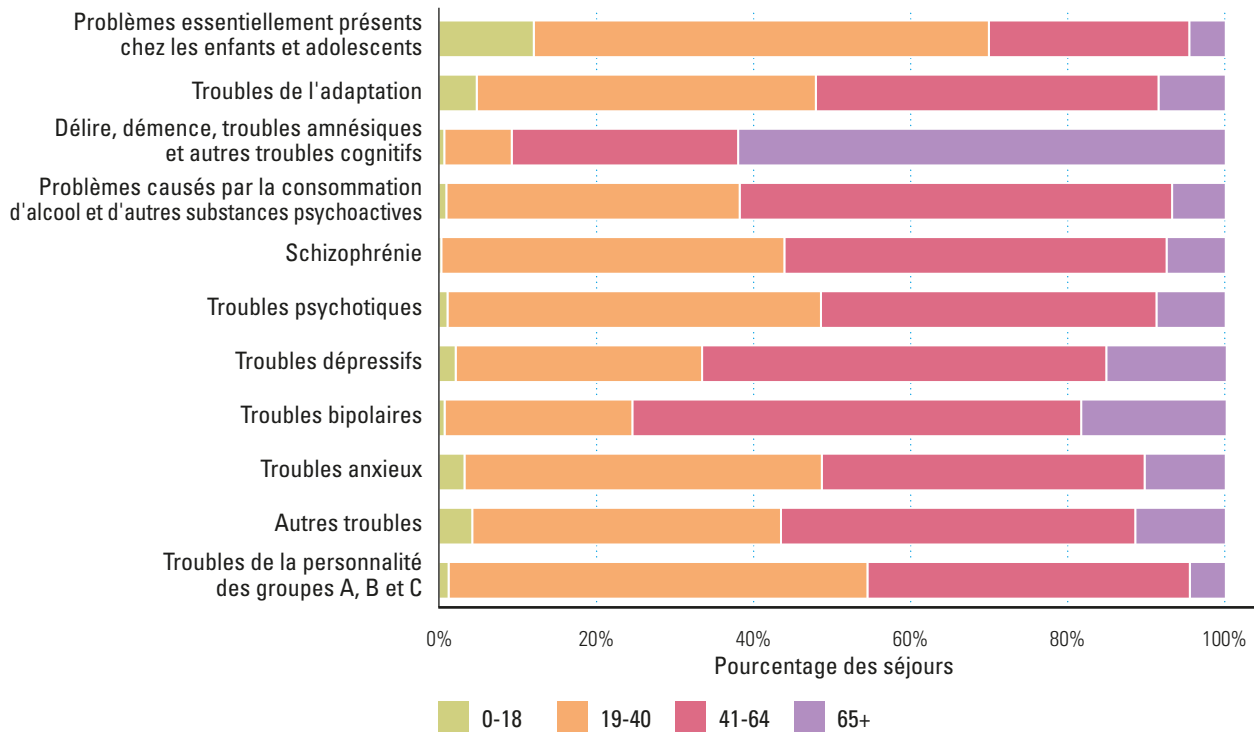
PRÉVALENCE DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX PAR SEXE DANS LES SERVICES PSYCHIATRIQUES POUR ADULTES EN HP ET SPHG (2018)^[13]



13 Les séjours pour lesquels le diagnostic principal et le sexe du patient ne sont pas connus n'ont pas été pris en compte.

On peut également constater que certaines pathologies sont plus fréquentes en fonction de l'âge du patient. Les problèmes qui touchent principalement les enfants et les adolescents^[14] sont le plus souvent diagnostiqués dans les groupes d'âge les plus jeunes, où le délire, la démence, l'amnésie et d'autres troubles cognitifs sont principalement diagnostiqués dans la tranche d'âge des 65 ans et plus. Le diagnostic principal de trouble bipolaire est plus fréquent chez les patients d'âge mûr et plus âgés.

PRÉVALENCE DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX PAR TRANCHE D'ÂGE DANS LES SERVICES PSYCHIATRIQUES POUR ADULTES EN HP ET SPHG (2018)



En savoir plus sur les diagnostics posés lors de l'admission dans les hôpitaux psychiatriques ou les SPHG :

www.health.belgium.be

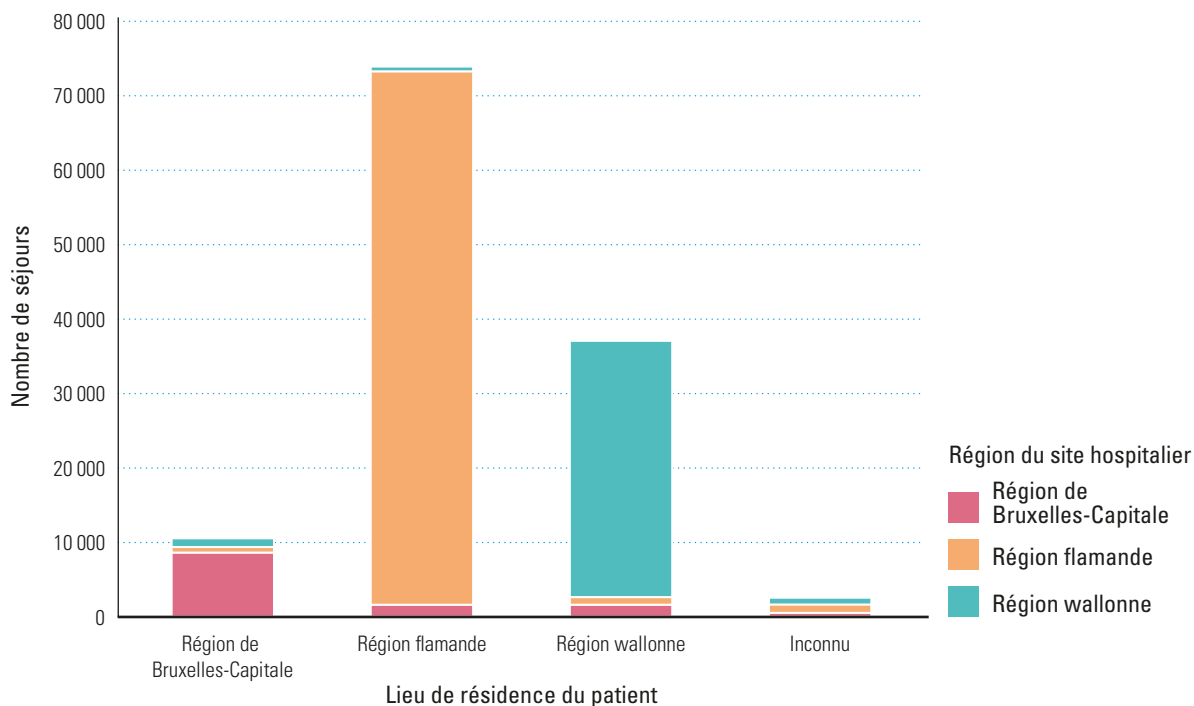


14 Ce groupe comprend les troubles du développement, l'autisme, les troubles de l'attention et du comportement, les troubles relationnels et autres problèmes psychiatriques de l'enfant.

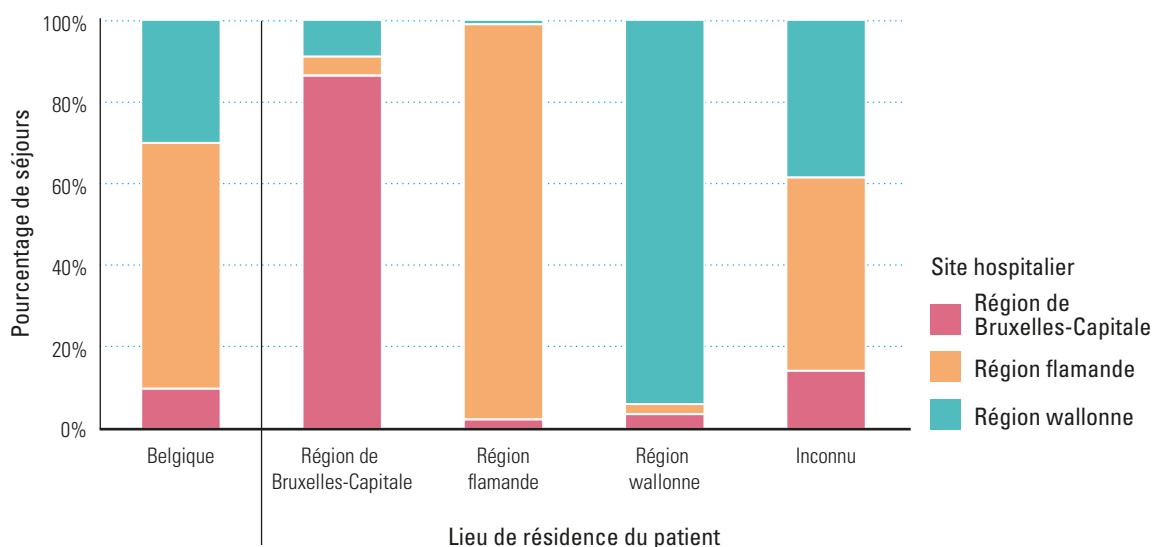
4. Flux des patients dans les HP et les SPHG

Un patient psychiatrique n'est pas nécessairement admis dans un hôpital (HP ou SPHG) de sa région. Il est possible, par exemple, qu'un patient vivant en Région flamande soit admis dans un hôpital situé dans la Région de Bruxelles-Capitale. Les hôpitaux qui attirent structurellement un grand nombre de patients en dehors de leur région pourraient donc avoir un plus grand besoin de lits hospitaliers.

NOMBRE DE SÉJOURS EN HP ET SPHG PAR RÉGION DU LIEU DE RÉSIDENCE DU PATIENT ET PAR RÉGION DU SITE HOSPITALIER (2018)^[15]

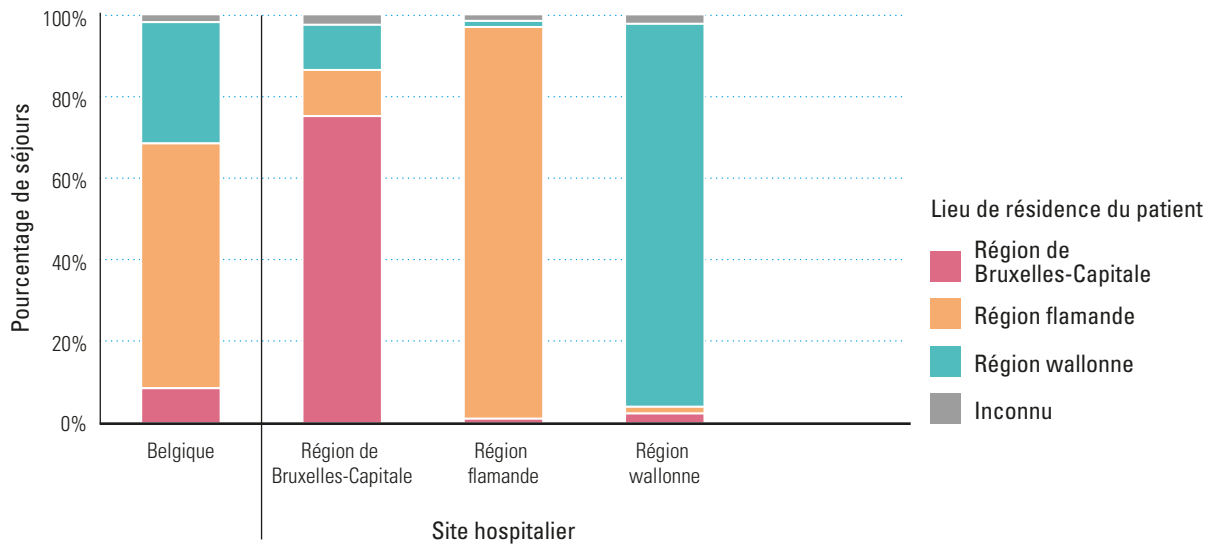


DANS QUELLE RÉGION UN PATIENT CHOISIT-IL SON HÔPITAL ?
(EN FONCTION DE LA RÉGION DU LIEU DE RÉSIDENCE DU PATIENT)



15 On peut constater que 1,5 % des patients admis dans une unité psychiatrique d'un HP ou d'un SPHG ont un domicile inconnu ou n'ont pas de domicile en Belgique. La part de ce groupe est similaire dans chacune des régions.

DANS QUELLE RÉGION SE TROUVE LE LIEU DE RÉSIDENCE D'UN PATIENT ?
(EN FONCTION DE LA RÉGION DU SITE HOSPITALIER) ?



La majorité des patients sont hospitalisés dans un hôpital situé dans leur région. Dans la Région de Bruxelles-Capitale, près d'un quart des patients viennent de l'extérieur de la région. La proportion de patients flamands ou wallons est presque la même.

Lorsqu'ils sont admis en dehors de la Région de Bruxelles-Capitale, 8,8 % des patients bruxellois se rendent en Région wallonne et 4,6 % en Région flamande.

Parmi les patients provenant de la Région wallonne, 3,6 % sont hospitalisés dans la Région de Bruxelles-Capitale et 2 % dans la Région flamande.

Moins de 2,5 % des patients flamands sont hospitalisés en dehors de la Région flamande.

En savoir plus sur
les flux des patients :

www.health.belgium.be



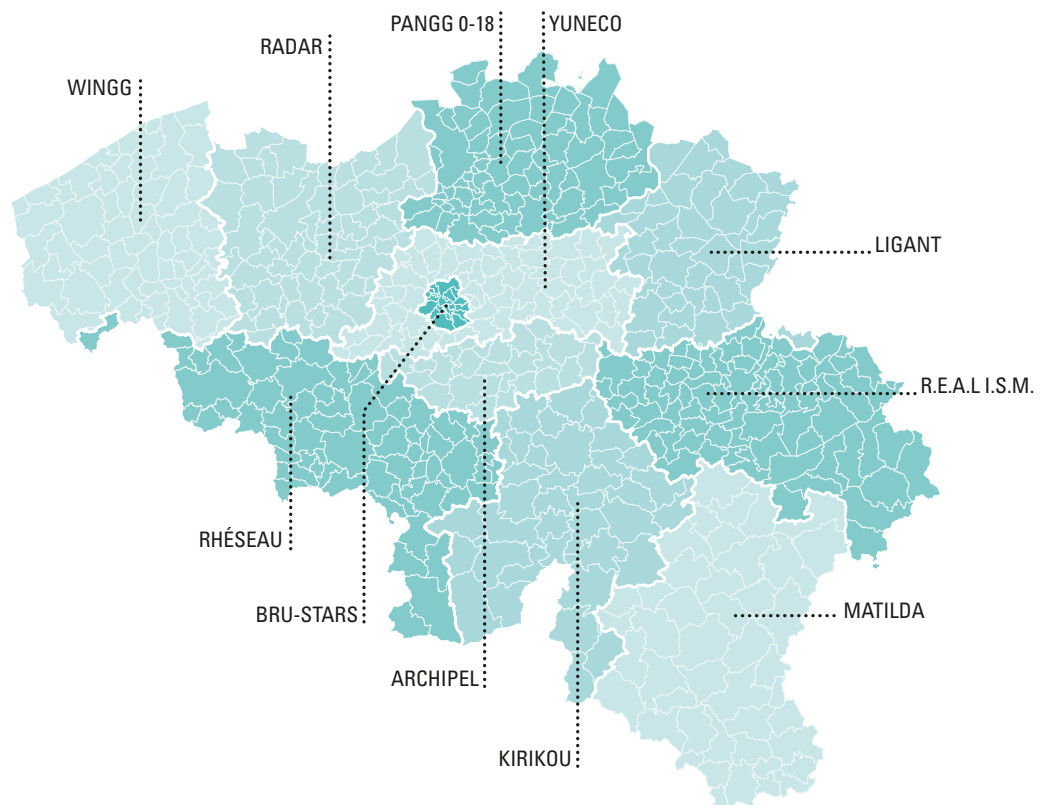
SOINS EN SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

1. Organisation de l'offre de soins pour les enfants et adolescents

1.1. Réseaux de soins en santé mentale pour les enfants et adolescents

Le 30 mars 2015, la Conférence interministérielle de la santé publique (CIM) a adopté le « Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (SMEA) ». Onze réseaux SMEA ont été créés presque immédiatement. Ils se concentrent sur les enfants et les adolescents dans leur domaine d'activité.

Les domaines d'activité de ces réseaux coïncident avec les territoires des provinces et de la Région de Bruxelles-Capitale^[16].



16 Bien que dans la Communauté germanophone un projet pilote spécifique pour le suivi des enfants et adolescents ayant des problèmes mentaux et psychiatriques est financé par les autorités fédérales, cette opération ne constitue pas un réseau SMEA distinct, mais fait partie de REALISM, le réseau SMEA en Province de Liège.

Un réseau SMEA offre une gamme complète et intégrée de soins pour tous les enfants et adolescents de 0 à 23 ans présentant des problèmes mentaux et/ou psychiatriques. L'objectif est de répondre le plus rapidement et de la manière la plus continue possible aux besoins de ces enfants et adolescents et de leur contexte ou milieu de vie. Chaque réseau se compose de tous les acteurs, services, institutions, prestataires de soins, etc. des secteurs concernés, qui travaillent ensemble et coordonnent leurs politiques.

Afin d'optimiser l'offre de soins, des investissements sont réalisés dans le développement de plusieurs programmes financés par les autorités fédérales, en particulier les soins de crise, les soins de longue durée, la consultation et la liaison intersectorielles (échange d'expertise et de connaissances) et le double diagnostic (handicap mental en combinaison avec les problèmes psychiques). Plus de 300 équivalents temps plein supplémentaires sont mis à la disposition des réseaux¹⁷¹.

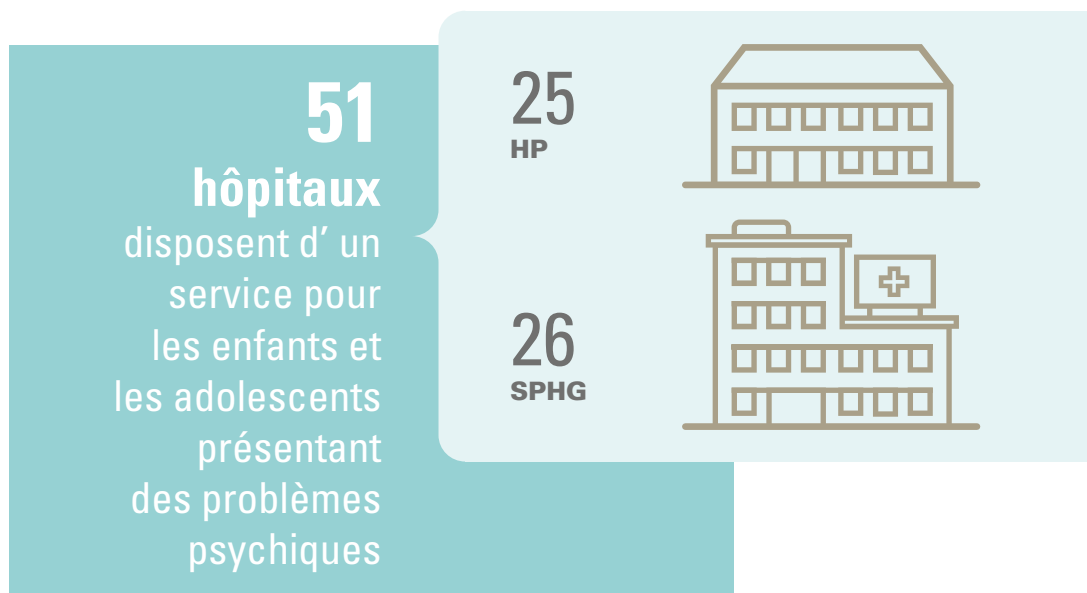
En savoir plus sur les différentes initiatives en matière de soins de santé mentale pour enfants et adolescents :

www.psy0-18.be



1.2. Hôpitaux

Les lits, réservés aux enfants et adolescents souffrant de problèmes de santé mentale, sont agréés sous l'index **K** (hospitalisation résidentielle), **k1** (hospitalisation de jour) et **k2** (hospitalisation de nuit).



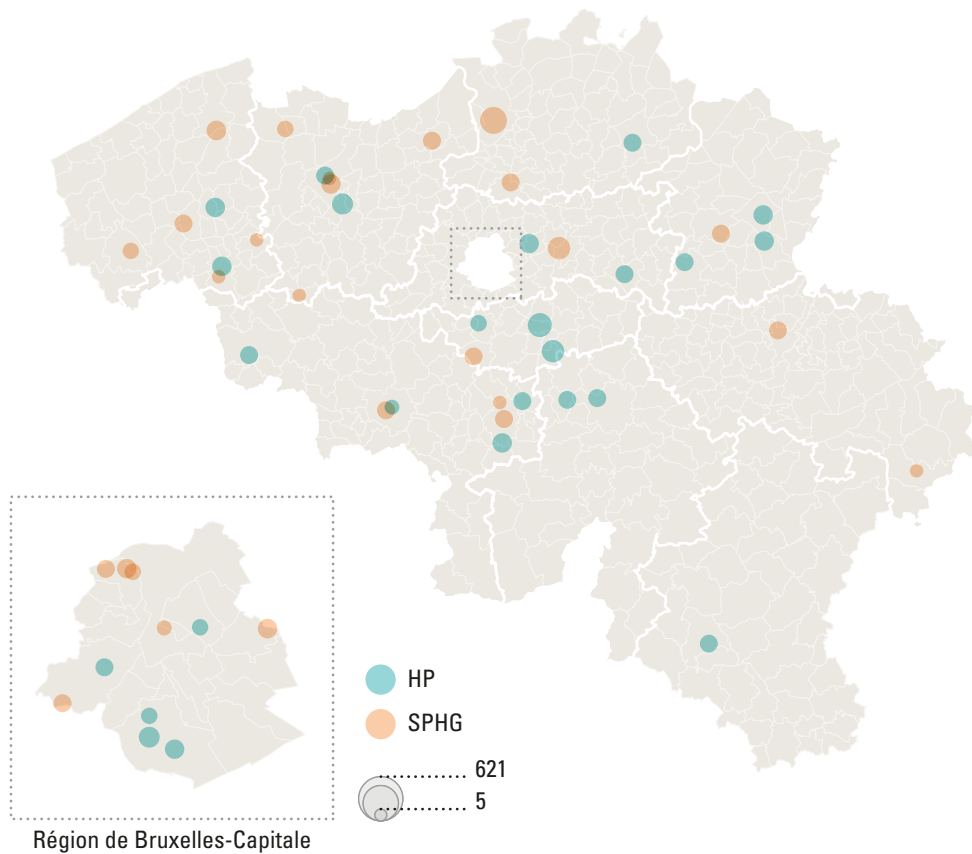
Au total, 51 hôpitaux, dont 25 hôpitaux psychiatriques et 26 hôpitaux généraux, disposent d'un de ces services K. Six de ces hôpitaux généraux et huit des hôpitaux psychiatriques n'ont pas de service psychiatrique pour adultes. En outre, trois autres de ces hôpitaux généraux ne disposent pas d'un service pédiatrique pour les soins somatiques, alors qu'il existe un service pour les enfants et les adolescents présentant des problèmes psychiatriques.

¹⁷¹ Ce financement n'est pas assuré par le gel des lits (voir chapitre 'Initiatives en matière d'alternatives à l'hospitalisation').

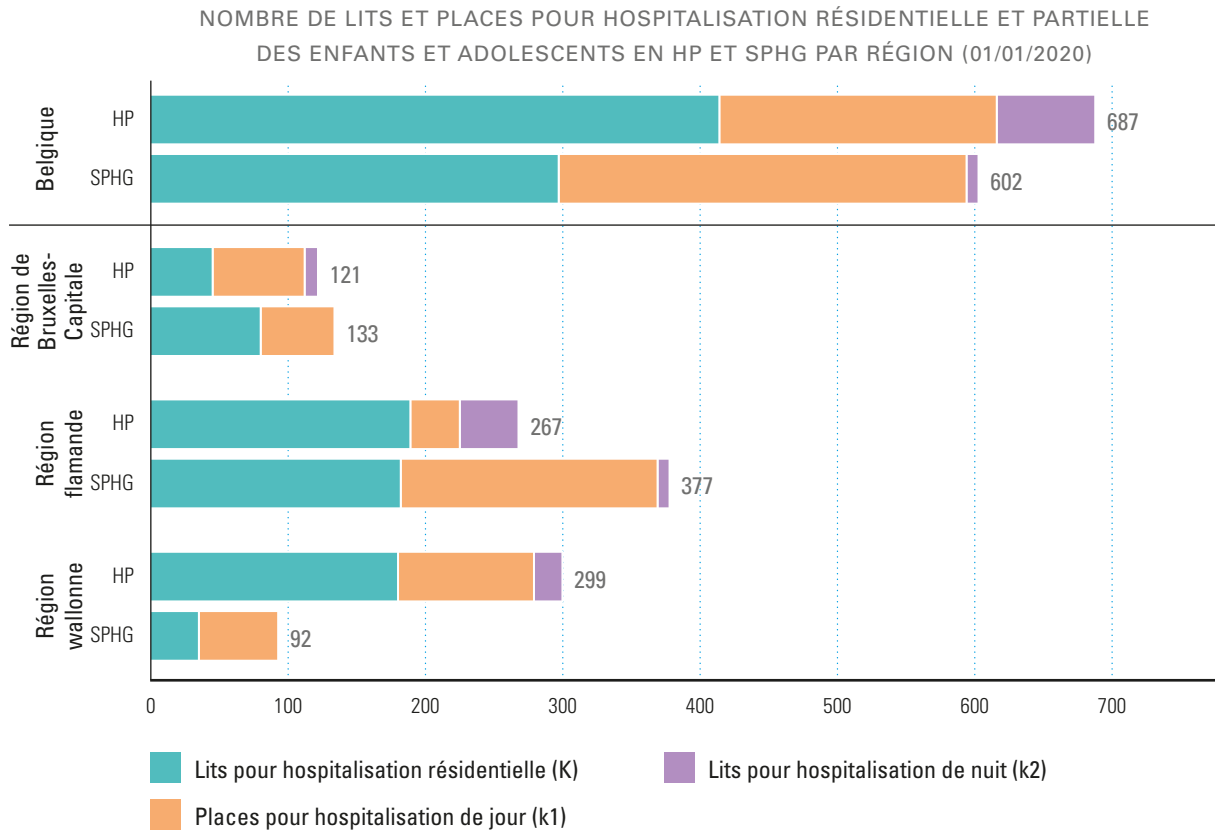
Le nombre de lits dans les services K est généralement plus limité par rapport aux services pour adultes, malgré le fait qu'il existe 2 SPHG et 2 HP avec plus de 50 lits réservés aux enfants et aux adolescents (K, k1, k2).

Contrairement aux services pour adultes, les services psychiatriques pour enfants et adolescents au sein des SPHG et des HP affichent un meilleur équilibre en ce qui concerne la répartition de la capacité en lits. En termes de répartition géographique, les services K sont surtout concentrés dans les régions autour de Charleroi et Namur et dans la province du Brabant wallon et l'offre dans le reste de la Région wallonne est très limitée.

DISTRIBUTION DES HP ET SPHG EN BELGIQUE
AVEC INDICATION DU NOMBRE DE LITS POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS (01/01/2020)

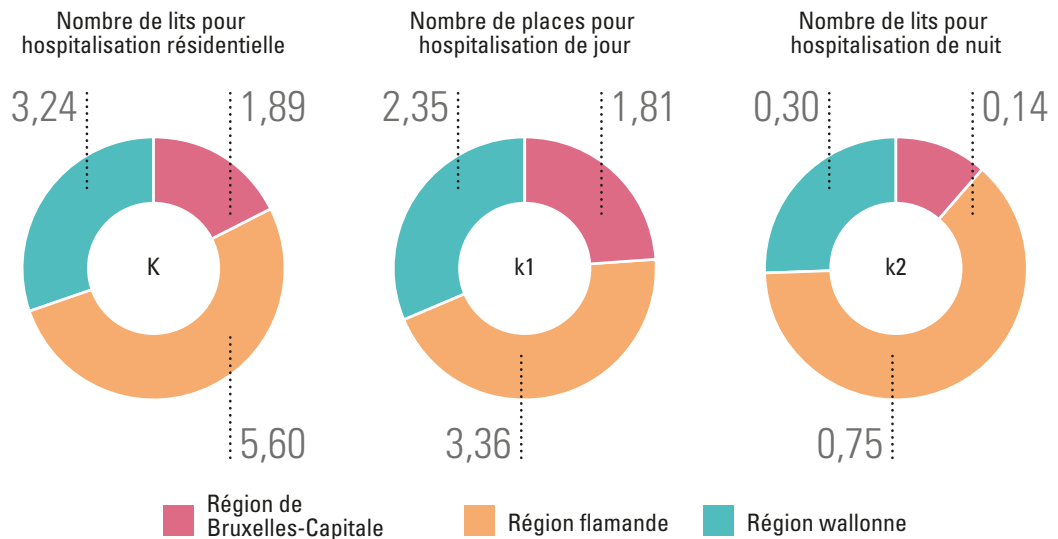


1.3. Types de lits et de places d'hospitalisation résidentielle et partielle



En comparaison avec les autres régions, les lits de psychiatrie infantile en Région wallonne sont principalement situés dans des hôpitaux psychiatriques. En Région flamande, il y a clairement plus de places prévues pour les hospitalisations de jour dans les SPHG que dans les hôpitaux psychiatriques. Comme pour les adultes, il y a généralement moins de places d'hospitalisation de nuit que d'hospitalisation de jour.

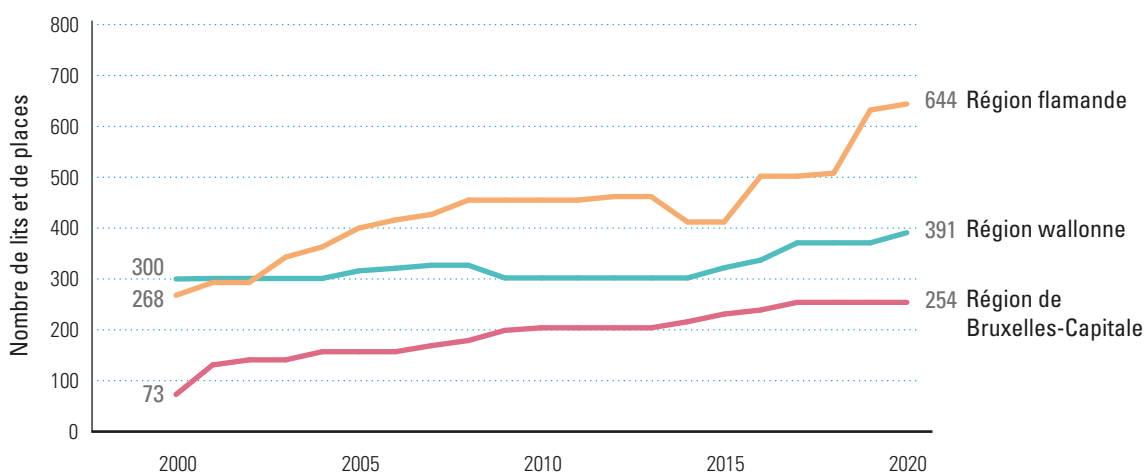
NOMBRE DE LITS ET DE PLACES POUR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS PAR 100 000 HABITANTS



ÉVOLUTION DU NOMBRE DE LITS ET DE PLACES POUR ENFANTS ET ADULTES

À ce jour, le nombre de lits d'hospitalisation résidentielle augmente même si le nombre de lits reconnus pour 1 000 habitants est déjà supérieur à celui décrit dans les chiffres de la programmation et si, en principe, le nombre de lits et de places pour les enfants et les adolescents présentant des problèmes de santé mentale ne devrait pas augmenter. Le nombre de lits et de places d'hospitalisation de jour et de nuit (k1 et k2) est également en augmentation mais, contrairement aux lits K, la programmation en Région wallonne et flamande n'a pas encore atteint ses limites.

ÉVOLUTION DU NOMBRE TOTAL DE LITS ET DE PLACES POUR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS EN HP ET SPHG (K, k1 ET k2)



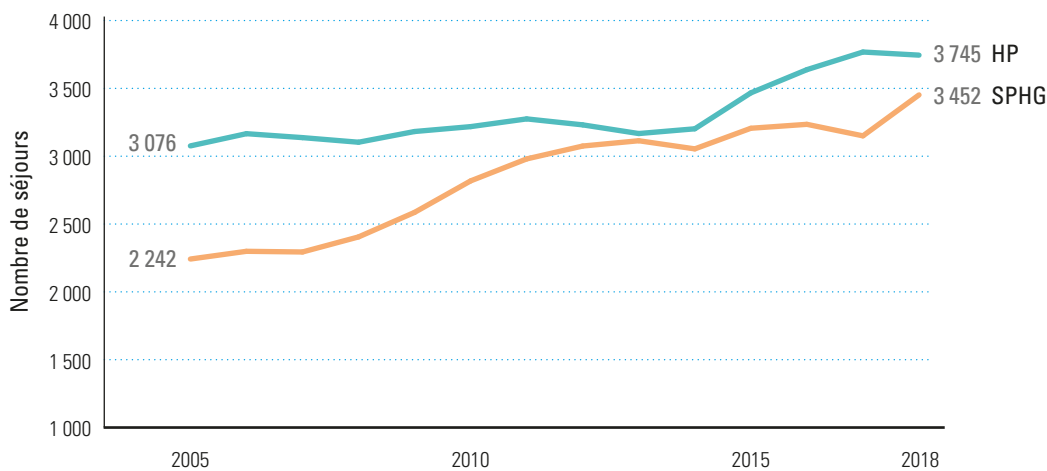
Cette tendance pourrait indiquer un besoin accru de soins pour les enfants et adolescents souffrant de problèmes psychiatriques. Une adaptation des critères de programmation ne semble donc pas irresponsable. Une attention particulière doit être accordée à la prise en charge des adolescents. Selon la réglementation en vigueur, les adolescents âgés de 15 ans et plus peuvent être admis en psychiatrie pour adultes. Cependant, au vu de l'importante spécificité de ce groupe cible, il serait préférable qu'il soit traité dans le cadre de la psychiatrie juvénile. Les experts parlent d'un âge de transition qui peut aller jusqu'à 23 ans. La programmation ne tient cependant compte que du nombre d'enfants jusque 14 ans compris.

2. Activités hospitalières dans les HP et les SPHG pour enfants et adolescents

2.1. Séjours à l'hôpital

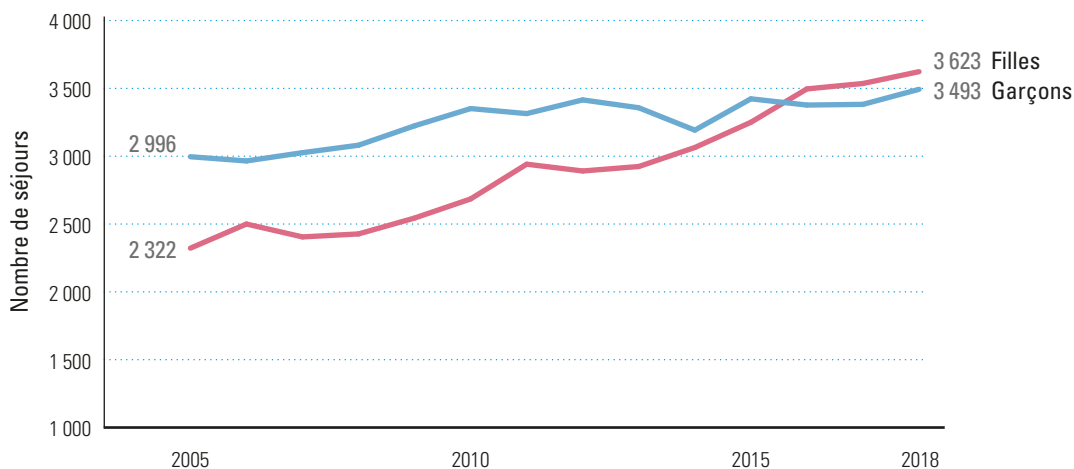
Le nombre de séjours dans les services psychiatriques pour enfants et adolescents (K, k1 et k2) a fortement augmenté ces dernières années, aussi bien dans les hôpitaux généraux que dans les hôpitaux psychiatriques^{[18],[19]}.

EVOLUTION DU NOMBRE DE SÉJOURS HOSPITALIERS DANS LES SERVICES PSYCHIATRIQUES POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS EN HP ET SPHG



On constate, en outre, qu'initialement, davantage de garçons ont été admis. Ces dernières années, nous constatons une augmentation constante du nombre de filles admises, à tel point qu'en 2018, plus de filles que de garçons ont été admises dans les HP et les SPHG.

EVOLUTION DU NOMBRE DE SÉJOURS HOSPITALIERS DANS LES SERVICES PSYCHIATRIQUES POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS EN HP ET SPHG PAR SEXE^[20]



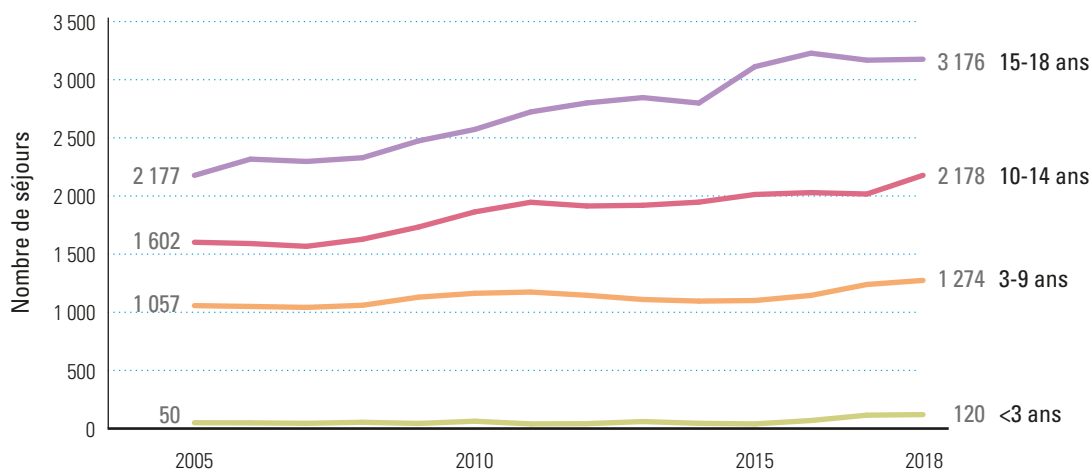
18 Source : Résumé psychiatrique minimum (RPM), SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

19 Il s'agit du nombre de séjours résidentiels et partiels enregistrés dans des lits pour enfants (index K, k1, k2) au cours de l'année en question, quelle que soit l'année d'admission et que le patient soit déjà sorti ou pas.

20 Les séjours pour lesquels le sexe du patient n'est pas connu n'ont pas été pris en compte.

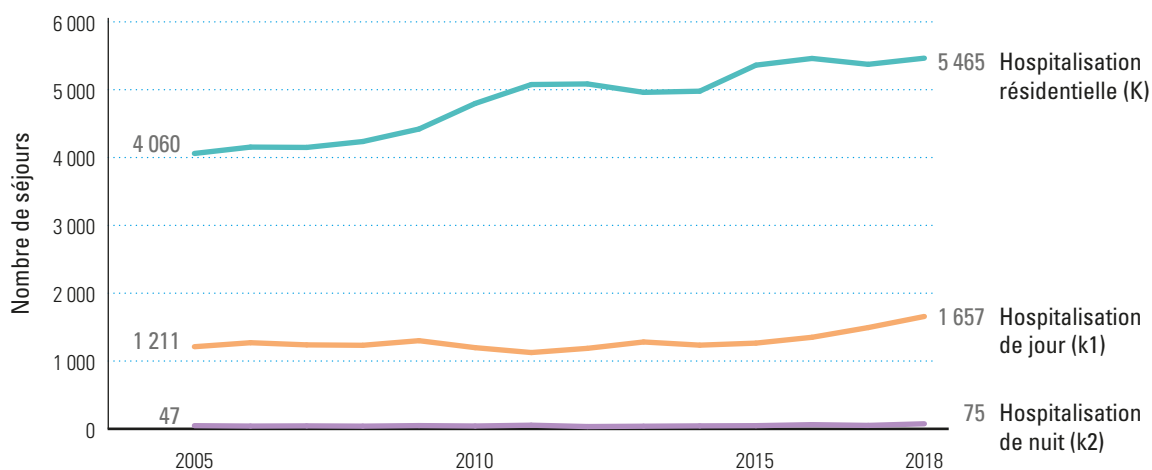
La majorité des admissions concernent les catégories d'âge 10-14 et 15-18 ans. Bien que les adolescents puissent être admis en psychiatrie pour adultes à partir de 15 ans, un service pour enfants et adolescents (K, k1 ou k2) est encore souvent choisi. Dans certains cas, un patient reste admis dans un service psychiatrique pour enfants et adolescents même après son 18e anniversaire. On suppose que cet âge de transition est acceptable jusqu'à l'âge de 23 ans.

EVOLUTION DU NOMBRE DE SÉJOURS HOSPITALIERS
DANS LES SERVICES PSYCHIATRIQUES POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS
EN HP ET SPHG PAR TRANCHE D'ÂGE^{[21][22]}



Il est frappant de constater que les enfants et les adolescents ont de plus en plus besoin de soins psychiatriques résidentiels.

EVOLUTION DU NOMBRE DE SÉJOURS HOSPITALIERS
DANS LES SERVICES PSYCHIATRIQUES POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS
EN HP ET SPHG PAR TYPE D'HOSPITALISATION



On observe une augmentation à la fois du nombre des admissions résidentielles et du nombre des admissions de jour (k1) et dans ce cadre, l'enfant ou l'adolescent retourne souvent à la maison pendant le week-end.

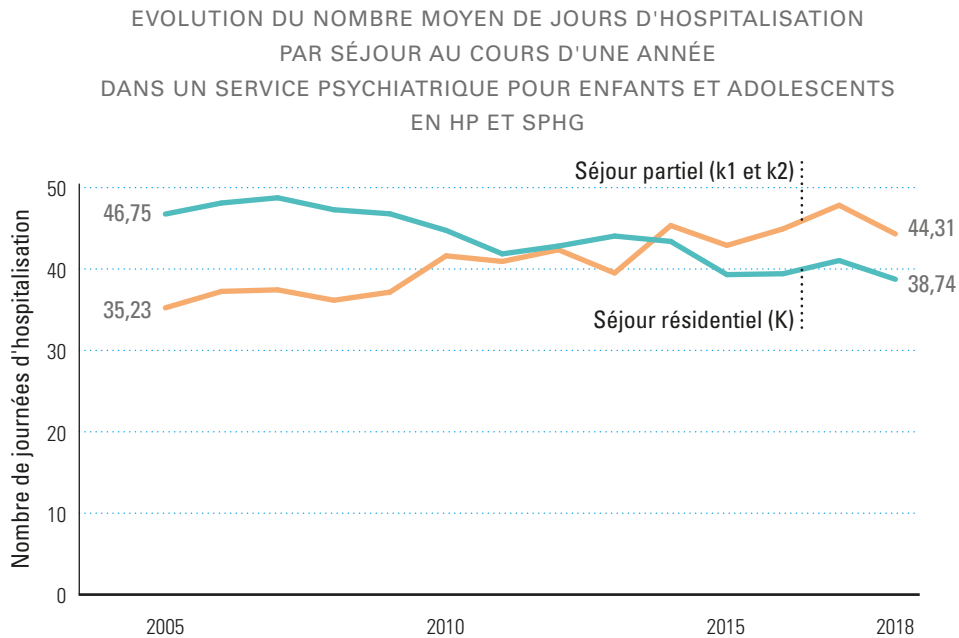
Il n'y a qu'un petit nombre d'admissions pour lesquelles l'enfant ou l'adolescent ne reste à l'hôpital que le soir et la nuit et suit un programme de jour en dehors de l'hôpital (k2).

21 Remarque : Le nombre de séjours des personnes de plus de 18 ans n'a pas été inclus dans ce graphique. Dans des cas exceptionnels, il est possible que des personnes de plus de 18 ans séjournent dans un service psychiatrique pour enfants et adolescents. Dès lors, il est possible que ces séjours aient été incorrectement enregistrés.

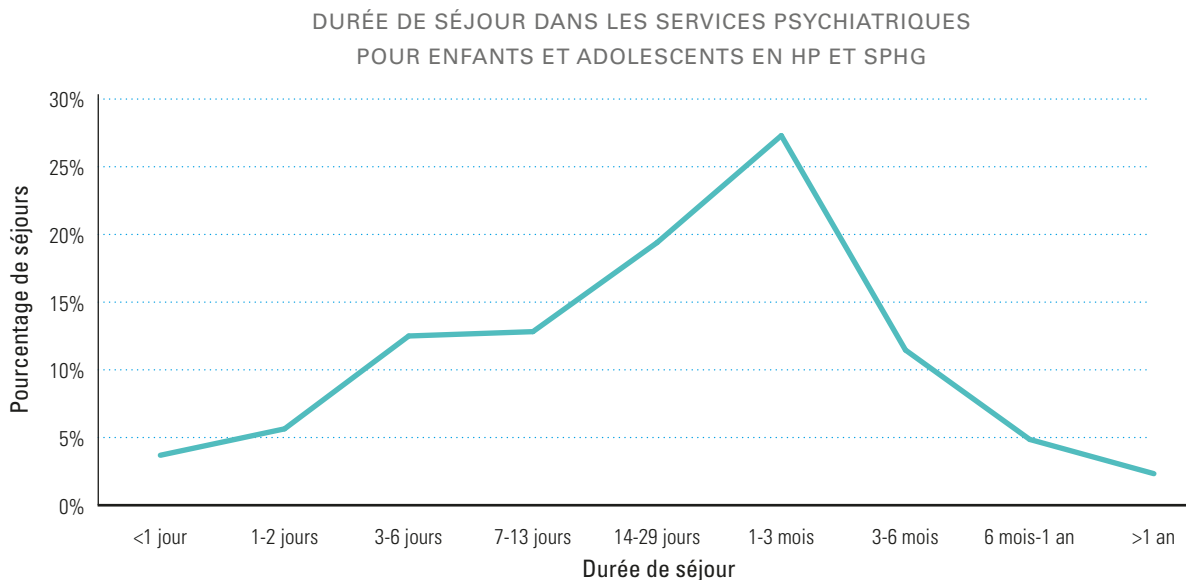
22 Les séjours pour lesquels l'âge du patient n'est pas connu n'ont pas été pris en compte.

2.2. Durée de séjour

Bien que le nombre d'admissions soit en augmentation, nous constatons - comme en psychiatrie adulte - une baisse du nombre moyen de journées par séjour dans un service K, sur une année donnée. Par contre, nous constatons aussi que le nombre moyen de journées en hospitalisation de jour ou de nuit sur une année est en augmentation.

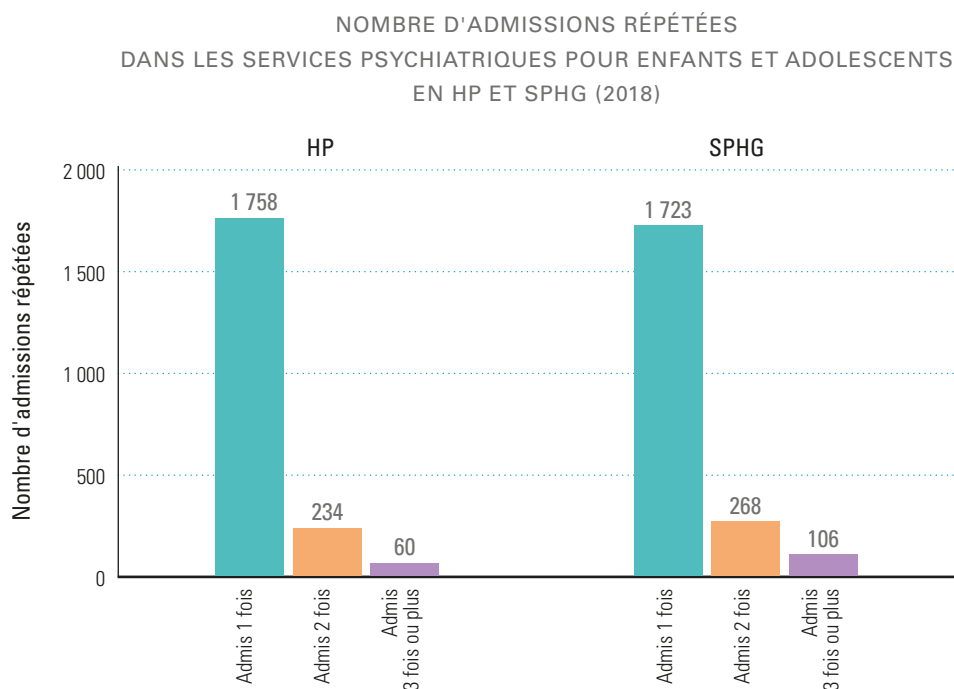


La durée de plus de 80 % de l'ensemble des séjours des enfants et adolescents dans les HP et les SPHG terminés est inférieure à 3 mois. 2,4 % y séjournent plus d'un an.



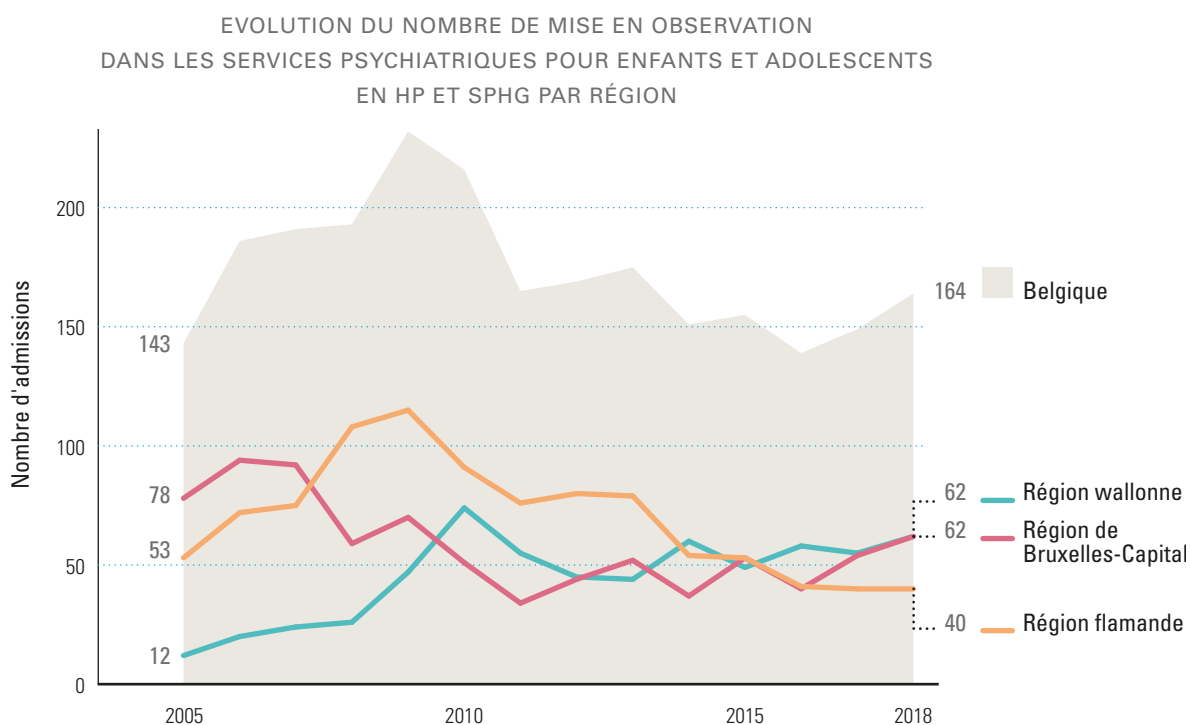
2.3. Réadmissions

Environ 16 % des enfants et des adolescents qui sont sortis d'un SPHG ou d'un HP ont été réadmis dans le même hôpital au cours de la même année^[23].



2.4. Mises en observation

Sur les 7 197 hospitalisations pour les enfants et adolescents en 2018, 164 étaient des admissions forcées (2,28 %). Cette mesure légale est de plus en plus appliquée dans la Région wallonne mais enregistre une tendance à la baisse dans la Région de Bruxelles-Capitale et dans la Région flamande.



²³ Les chiffres ne sont disponibles que pour la réadmission dans le même hôpital, ce qui peut conduire à une sous-estimation du nombre réel de réadmissions.

INITIATIVES EN MATIÈRE D'ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION

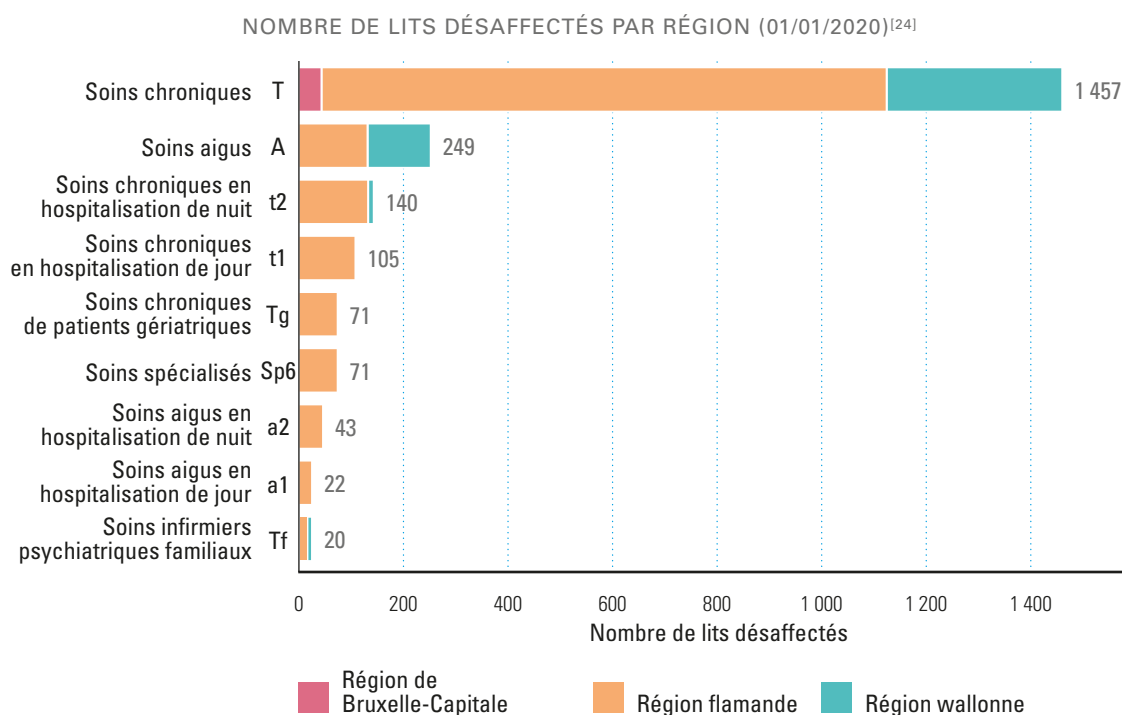
Nous avons déjà dit plus tôt que la réforme des soins en santé mentale en Belgique vise à prévenir autant que possible les hospitalisations et que lorsque celles-ci s'avèrent inévitables, il est préférable qu'elles soient les plus courtes possible.

Pour réaliser cet objectif, on dispose d'un certain nombre d'alternatives pour les patients.

1. Mise hors service ou gel de lits

La réforme des soins en santé mentale pour les adultes est souvent appelée « Projet 107 », en référence à l'article 107 de la loi sur les hôpitaux, qui stipule que « le Roi peut prévoir des moyens de financement spécifiques pour permettre, à titre expérimental et pour une période limitée, un financement prospectif et programmé des circuits et réseaux de soins ».

Concrètement, cela signifie que les hôpitaux peuvent temporairement fermer ou geler certains de leurs lits. Ce « gel de lit » se fait sur une base volontaire, après consultation entre les partenaires du réseau et sous réserve de l'approbation des autorités fédérales. Cette approbation implique qu'une garantie budgétaire est accordée à l'hôpital qui déclassifie des lits. Au 01/01/2020, 2 178 lits avaient été mis hors service.



24 Source : Service Soins de Santé Psychosociaux, SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Le personnel libéré par la mise hors service de lits peut être utilisé dans le cadre de soins alternatifs. En pratique, il s'agit d'équipements mobiles pour les soins spécialisés en milieu domestique (voir 1.1.) ou l'intensification des soins résidentiels (voir 1.2.).

2 178 lits ont déjà été **mis hors service** au profit **d'équipes mobiles** et de **l'intensification des soins**

1.1. Service mobile

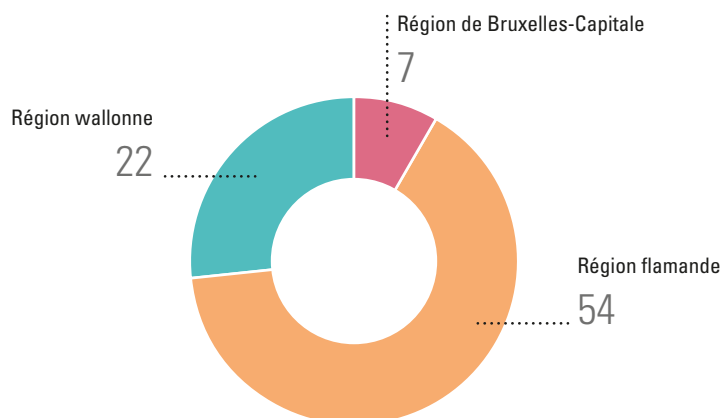
Un séjour dans un hôpital psychiatrique ou dans un service psychiatrique d'un hôpital général est souvent un événement dramatique. Les patients se retrouvent dans un environnement clinique étrange, avec d'autres malades et des soignants inconnus, et perdent temporairement leurs contacts sociaux. C'est pourquoi il est important, d'une part, que l'hospitalisation résidentielle soit la plus courte et intensive possible et, d'autre part, que l'on puisse rapidement et facilement faire appel aux soins de suivi nécessaires.

L'objectif de la réforme des soins en santé mentale est de rapprocher l'aide de la population et de répondre de manière optimale à ses besoins et à ses nécessités. À cette fin, des équipes mobiles multidisciplinaires ont été mises en place pour fournir des soins spécialisés dans l'environnement domestique des patients présentant des troubles psychiatriques graves.

L'intervention rapide de l'équipe de crise permet de commencer le traitement dans le milieu familial et ainsi d'éventuellement éviter une hospitalisation.

Après quelques semaines de soins par l'équipe de crise, les soins de suivi peuvent être pris en charge par une équipe de soins de longue durée. C'est également possible immédiatement après une hospitalisation. Cela permet de réduire au minimum la durée de l'hospitalisation et de rétablir plus rapidement le lien avec le milieu de vie.

NOMBRE D'ÉQUIPES DE CRISE PAR RÉGION (01/01/2020)^[25]



25 Source : Service Soins de Santé Psychosociaux, SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

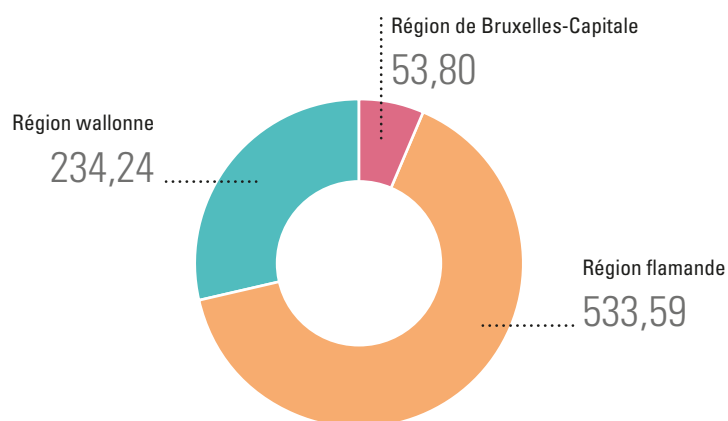
En **2018**, **8 894** patients ont été suivis
 par une **équipe de crise** et **8 204** patients
 par une **équipe de soins de longue durée**^[26]

L'équipe de crise et l'équipe de soins de longue durée sont toutes deux nées de l'application de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux, communément appelé le « gel des lits ». Le personnel qui n'a plus besoin d'être déployé pour le traitement des patients admis dans un cadre résidentiel peut être déployé dans l'une de ces équipes mobiles.

Nous avons déjà mentionné que le paysage des soins était divisé en réseaux de soins en santé mentale. Chaque établissement de soins situé dans la même zone géographique fait partie du réseau de soins en santé mentale. La collaboration peut prendre différentes formes. Par exemple, les partenaires mettent du personnel à la disposition des équipes mobiles (même sans geler les lits).

Les établissements de chaque réseau de soins en santé mentale ne sont pas répartis de manière uniforme. Certains réseaux n'ont tout simplement pas assez de ressources pour créer eux-mêmes des équipes mobiles suffisamment grandes. Dans ce cas, les réseaux peuvent bénéficier d'une intervention financière des autorités fédérales pour recruter du personnel supplémentaire.

NOMBRE D'ÉQUIVALENTS TEMPS PLEIN (ETP) PAR RÉGION (01/01/2020)^[27]



1.2. Unités résidentielles de traitement intensif HIC et ID

Dans les situations de crise, les entretiens avec un thérapeute d'une équipe mobile de crise ou d'un centre de soins de santé mentale ne suffisent pas toujours à résoudre les problèmes psychiatriques. L'admission et le traitement dans un hôpital psychiatrique (HP) ou dans un service psychiatrique d'un hôpital général (SPHG) s'avère alors la solution la plus appropriée.

Une équipe multidisciplinaire de prestataires de soins spécialisés travaille avec le patient pour élaborer un programme de traitement approprié (tant pour les problèmes aigus que chroniques) et préparer le retour à domicile et les soins de suivi.

26 Source : rapports annuels projets pilotes "article 107"

27 Source : Service Soins de Santé Psychosociaux, SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Une admission de crise est possible dans un service intensif (ID) où un programme thérapeutique individuel et de groupe est proposé, aussi court que possible mais aussi long que nécessaire.

Lorsque le problème est grave au point qu'une admission dans un ID ne suffit pas, une unité HIC (High & Intensive Care) offre une alternative. Le patient y séjourne dans une chambre sécurisée, dans un environnement apaisant avec la possibilité de travailler avec des traitements individuels en vue de restaurer l'autonomie et l'autosuffisance. Il convient, en tout cas, d'éviter autant que possible les mesures coercitives.

2. Fonction psychologique de première ligne (PPL)

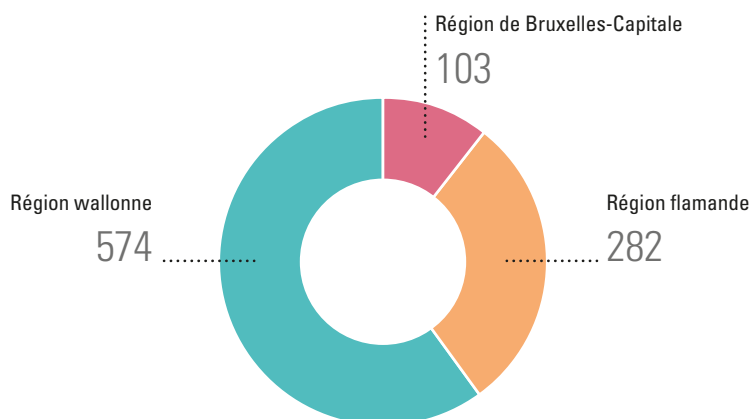
En avril 2019, un projet pilote a été lancé, dans le cadre duquel les médecins peuvent adresser des patients présentant des problèmes psychologiques légers à modérément graves à un psychologue ou à un orthopédagogue clinicien pour un traitement psychologique de première ligne à court terme, remboursé par la mutuelle.

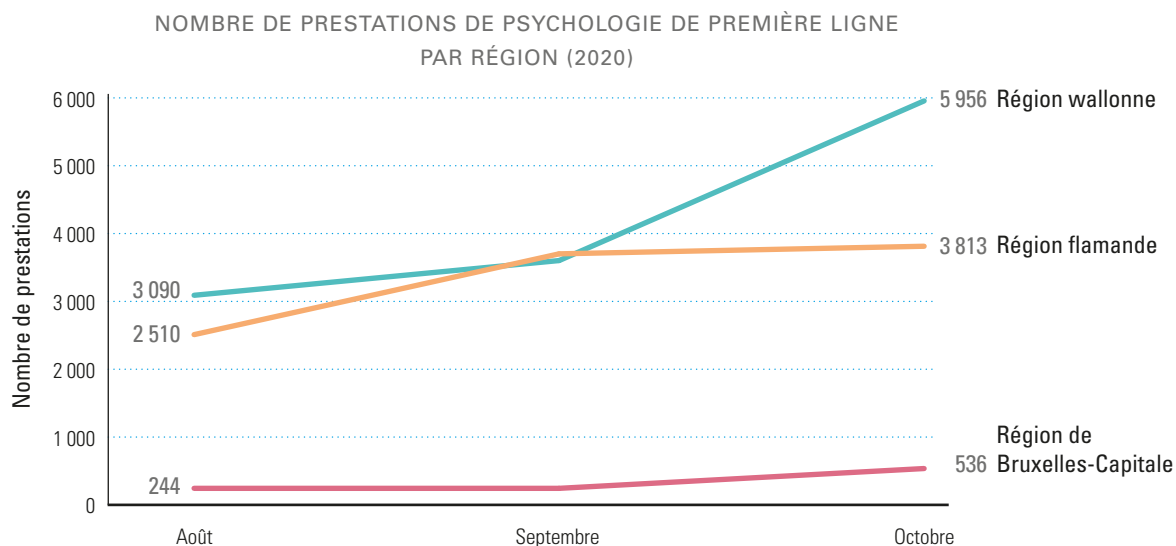
Au départ, ce projet n'était prévu que pour le groupe d'âge de 18 à 64 ans. Depuis le 2 avril 2020, les séances sont remboursées pour les personnes de n'importe quel âge.

Le traitement consiste en une série de séances d'entretiens individuels. Un premier entretien avec diagnostic des problèmes psychologiques du patient est suivi de séances de traitement axées sur la prise en charge psychologique générale, un traitement orienté vers la recherche de solutions, etc. En outre, si le patient a besoin d'un accompagnement plus intensif et à long terme, le thérapeute peut aussi le référer à un autre prestataire de soins qui peut ou non travailler à un tarif avantageux.

Par problèmes psychologiques légers à modérément graves, on entend les problèmes psychologiques dans le domaine troubles anxieux, humeur dépressive, abus modéré d'alcool ou abus de somnifères et de sédatifs. Pour les adolescents, il peut également s'agir de problèmes comportementaux ou sociaux ou encore d'addiction aux écrans. Le projet est encore en phase de démarrage.

NOMBRE D'ÉQUIVALENTS TEMPS PLEIN (ETP) PAR RÉGION (01/01/2020)

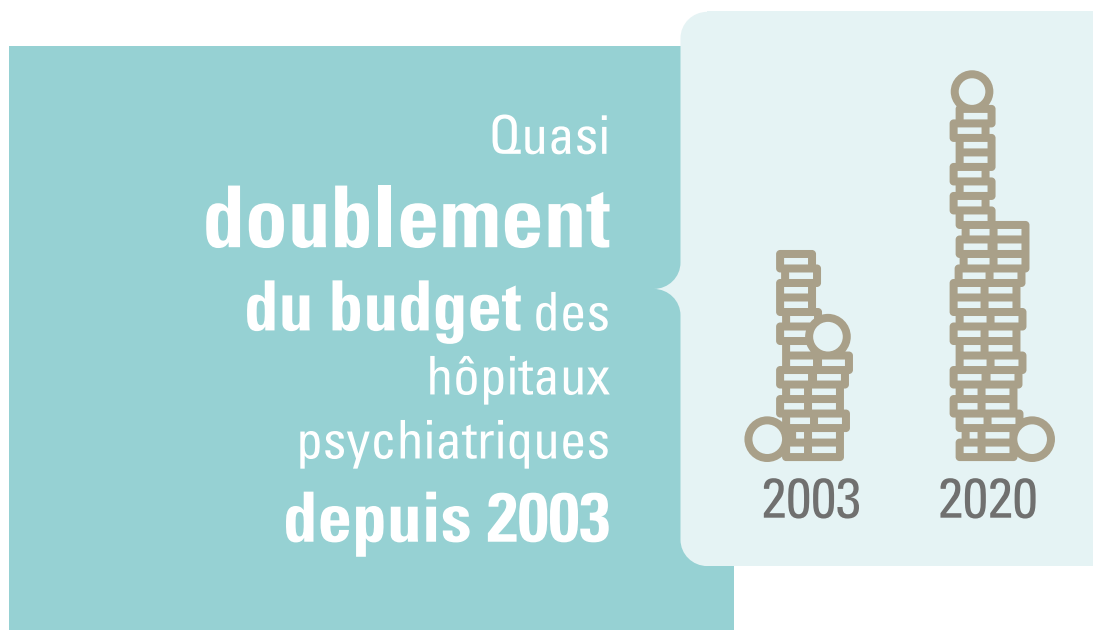




Récemment, un accord a été conclu au sein de la CIM santé publique qui concerne principalement le renforcement de l'offre de soins dans les soins de première ligne. Le 2 décembre 2020, un protocole d'accord a été conclu sur l'approche coordonnée du renforcement de l'offre de soins psychologiques dans le contexte de la pandémie COVID-19. L'accord définit certains groupes cibles prioritaires, tels que les enfants et les parents des familles vulnérables, les jeunes adultes et les personnes présentant des problèmes de santé mentale préexistants. Des budgets récurrents supplémentaires ont été fixés pour ce renforcement. Une concertation intensive a lieu avec le secteur sur la manière d'utiliser ces ressources de manière efficiente.

FINANCEMENT DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Ce chapitre se concentre sur le financement des hôpitaux psychiatriques. Le financement d'autres institutions de santé mentale n'est pas abordé dans cette publication.

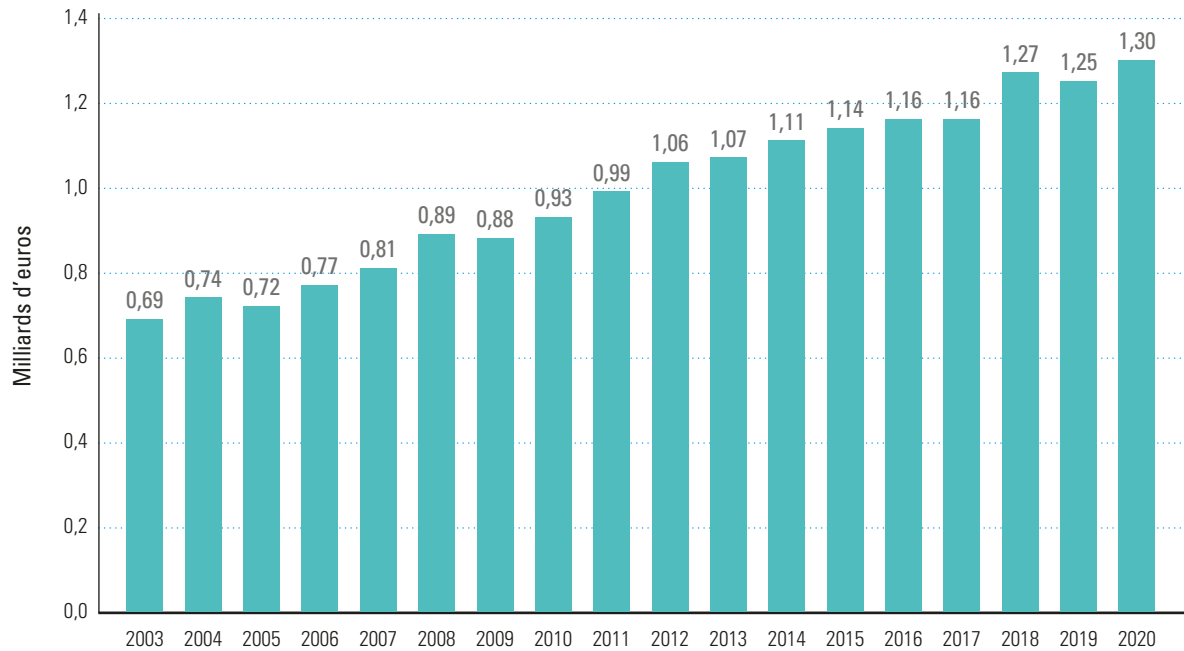


En ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques, les principales sources de financement sont **le budget des moyens financiers (BMF)** d'une part et les honoraires des médecins d'autre part. Certains produits pharmaceutiques et produits consommés, forfaits INAMI et suppléments de chambre sont aussi remboursés.

Nous nous concentrons ici sur le BMF. Il comprend un budget pour les infrastructures et les équipements, un budget pour les frais de fonctionnement et un budget pour les corrections ou les montants de rattrapage.

Le budget total des hôpitaux psychiatriques en 2020 s'élevait à 1,30 milliards d'euros, soit environ le double de celui de 2003, où le budget n'était que de 0,69 milliard d'euros. Le montant alloué aux HP correspond à 6,8 % du budget total des hôpitaux généraux (18,66 milliards d'euros).^[28]

EVOLUTION DU BUDGET DES MOYENS FINANCIERS (BMF) DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES



En savoir plus sur le
financement des hôpitaux
psychiatriques:

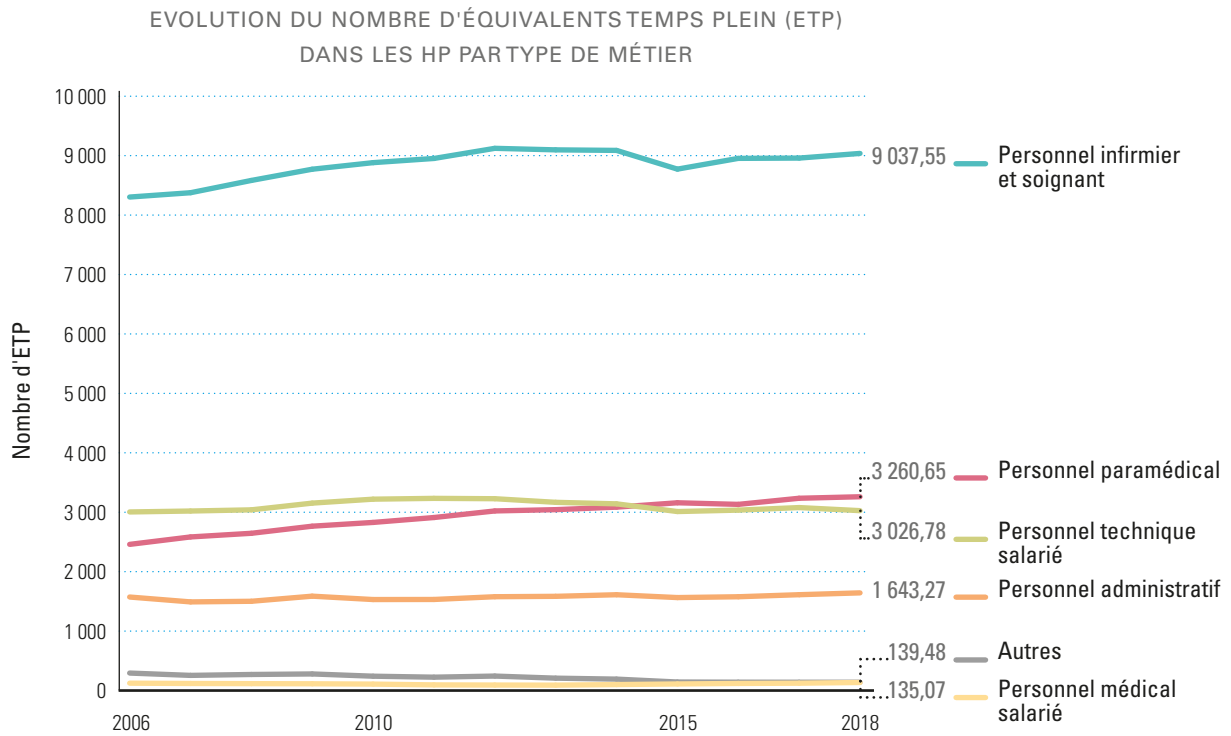
www.health.belgium.be



PERSONNEL DANS LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

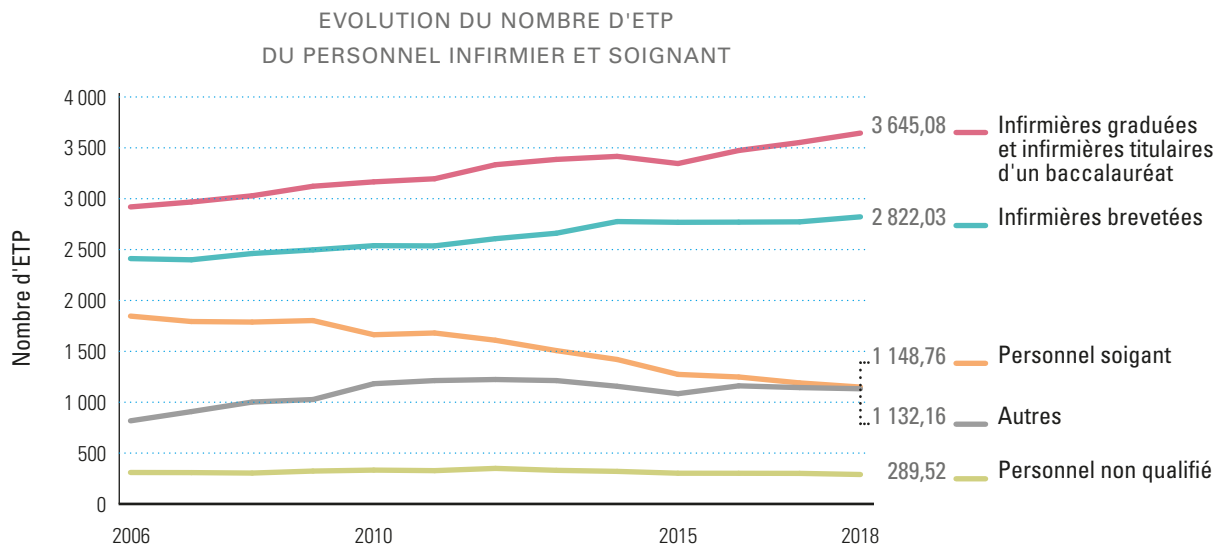
Depuis 2006, le nombre d'équivalents temps plein dans les hôpitaux psychiatriques a augmenté de 9,4 %.^[29]

Plus de la moitié du personnel se trouve dans la catégorie « personnel infirmier et de soins ».



29 Source : Finhosta, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Si l'on examine la qualification du personnel infirmier et du personnel soignant, on constate que 71 % d'entre eux sont des infirmiers. On constate que le personnel soignant diminue et que le nombre de diplômés ou de bacheliers augmente.



SOINS DE PSYCHIATRIE LÉGALE

1. Internement

En 2013, 1169 internés séjournaient encore dans une prison belge. Ce nombre est à présent tombé à 609.

L'internement est une mesure de sécurité légale ordonnée par le tribunal pénal pour les personnes atteintes d'une maladie mentale qui ont commis un crime mais pour lesquelles le tribunal pénal estime qu'elles n'avaient aucun contrôle sur leurs actes et qui, de plus, représentent un danger pour la société. La mesure d'internement qui est une mesure de droit pénal ne doit pas être confondue avec la mise en observation qui est une mesure de droit civil qui n'implique aucun délit.

Pendant des années, il a été courant que les internés restent pour une durée indéterminée dans les services psychiatriques des prisons ou même dans des établissements pénitentiaires ordinaires. Les soins dispensés dans ces lieux étant insuffisants, la Belgique a été régulièrement critiquée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Finalement, l'État belge a été condamné à plusieurs reprises par la Cour européenne des droits de l'homme.

Diminution de **1 169**
à **609 internés** dans
les prisons belges **depuis 2013**

Sous cette pression européenne, les autorités ont investi dans les soins de psychiatrie légale et, suite à une nouvelle série d'investissements des ministres de la Justice et de la Santé, des « Masterplans » ont été élaborés.

Dans le « Masterplan internement », une attention particulière est accordée aux soins de psychiatrie légale. Il stipule que toute personne internée a droit à une place dans une structure adaptée. C'est pourquoi des investissements ont été réalisés dans la création de centres de psychiatrie légale (CPL). Les CPL sont chargés de l'accueil des internés dans le cadre d'un trajet de soins de psychiatrie légale en réseaux. Dans ce cadre, les centres de psychiatrie légale travaillent en collaboration avec les hôpitaux psychiatriques ordinaires.

En 2014, le premier CPL a été mis en service à Gand et a accueilli 264 patients de sexe masculin. Trois ans plus tard, en 2017, un deuxième CPL a été ouvert à Anvers. Il a accueilli 182 patients, dont 18 femmes.

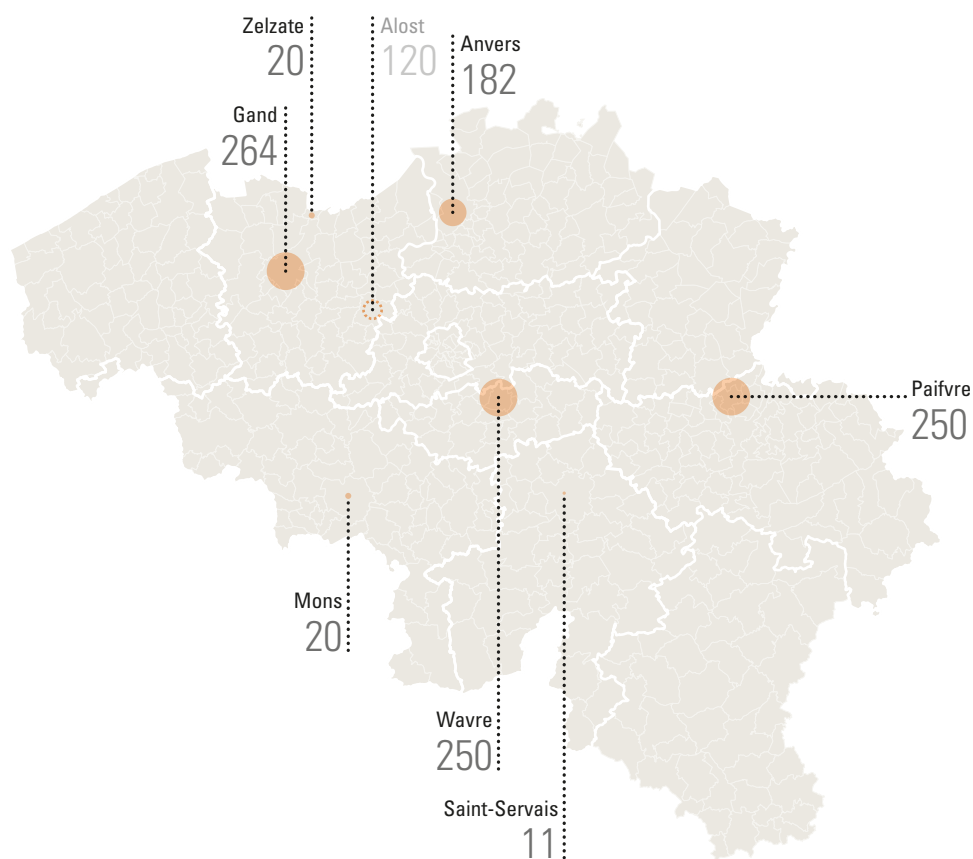
En Région wallonne la construction de 2 CPL est prévue, l'un à Paifve et l'autre à Wavre, de 250 places chacun.

Enfin, la création d'un CPL «Long Stay», qui peut prendre en charge l'accueil de 120 internés, à Alost est planifiée.

Pour les femmes internées, présentant à la fois un profil à haut risque³⁰⁾ et un profil de sécurité élevée³¹⁾, l'unité spéciale Levanta a été mise en place au centre psychiatrique Saint-Jean-Baptiste de Zelzate. L'unité Levanta peut accueillir 20 femmes internées et dispose de 2 lits de crise. L'hôpital psychiatrique du Beau Vallon à Saint-Servais et Le Chêne aux Haies à Mons, avec une unité spéciale de 11 et 20 lits respectivement, peuvent également accueillir de tels patients.

Les autres établissements pour internés dans les hôpitaux psychiatriques ordinaires relèvent plutôt de la rubrique « Risque moyen / Sécurité moyenne ». Ils reçoivent une mise à niveau du personnel pour l'accueil de ces internés.

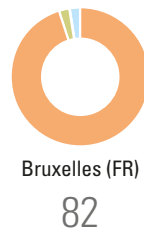
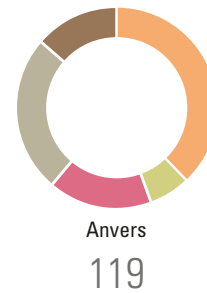
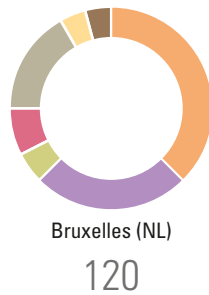
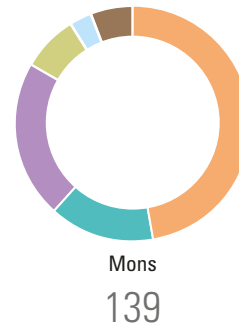
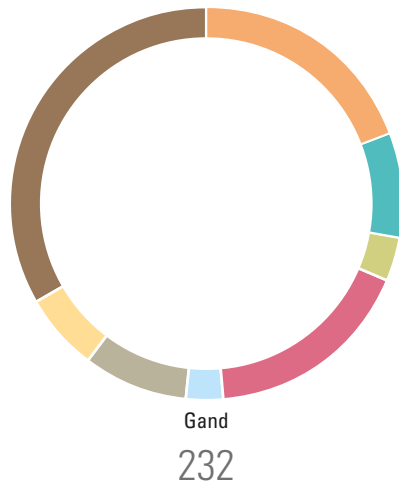
APERÇU DES SOINS DE PSYCHIATRIE LÉGALE EN BELGIQUE



30 Risque de récidive

31 Besoin de protection

NOMBRE DE LITS RÉSERVÉS POUR UN GROUPE CIBLE SPÉCIFIQUE
SELON LA COUR D'APPEL^[32]

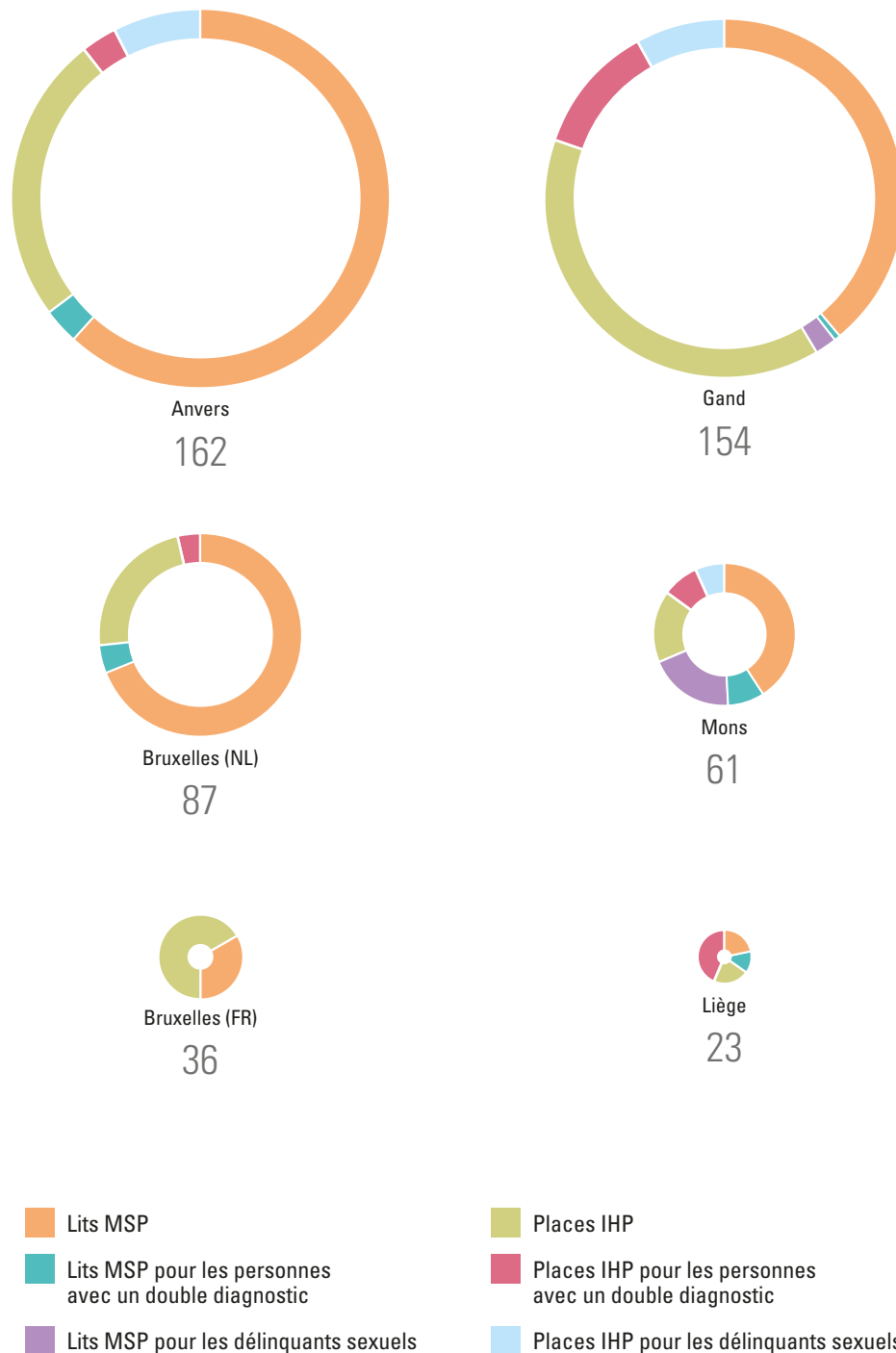


- Lits à risque moyen
- Lits pour les femmes internées
- Lits pour les séjours longue durée
- Lits de crise/Timeout
- Lits pour les personnes avec un double diagnostic de dépendance
- Lits pour les personnes avec un double diagnostic de déficience intellectuelle
- Lits pour les personnes avec une déficience intellectuelle
- Lits pour les personnes atteintes de lésions cérébrales non-congénitales de Korsakoff
- Lits pour les délinquants sexuels

32 Source : Service Soins de Santé Psychosociaux, SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

De même, dans les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les initiatives d'habitations protégées (IHP), une mise à niveau du personnel pour un certain nombre de lits ou de places est accordée pour l'accueil des internés.

NOMBRE DE LITS DANS LES INITIATIVES D'HABITATIONS PROTÉGÉES (IHP) ET LES MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES (MSP) POUR L'ACCUEIL DES INTERNÉS PAR COUR D'APPEL^[33]

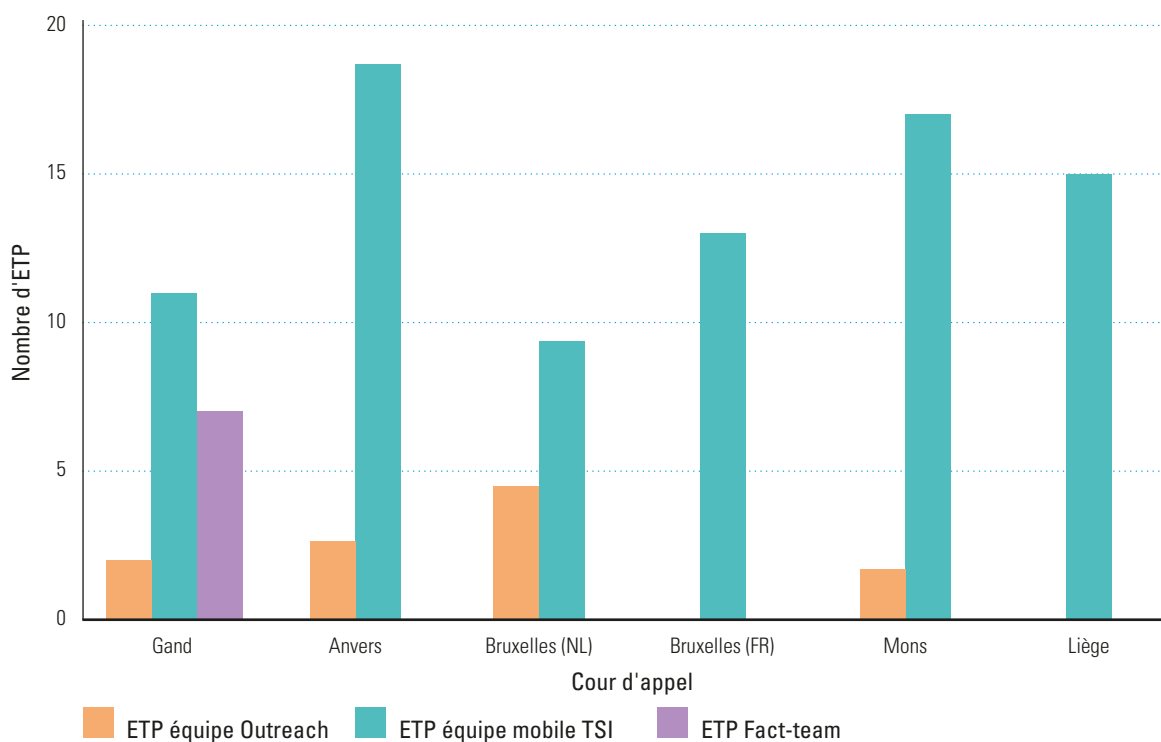


33 Source : Service Soins de Santé Psychosociaux, SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Enfin, une offre de soins ambulatoires pour les internés est aussi mise en place :

- **L'outreaching** est une forme spécifique de suivi non hospitalier et peut avoir lieu avant une admission à l'hôpital (annexe psychiatrique d'une prison, établissement de défense sociale) ou après (réseau de soins ambulatoires).
- **L'équipe mobile « Trajet de soins pour les internés »** vise l'intégration dans les soins ordinaires et élabore un plan de soins sur mesure pour chaque interné en coopération avec les autorités judiciaires. L'équipe fournit des conseils d'orientation, un suivi et un soutien aux partenaires dans le domaine des soins de santé, de la justice, ... Les cours d'appel de Gand, Anvers, Bruxelles (NL et FR), Mons et Liège ont chacune nommé un coordinateur à temps plein.
- **Une équipe FACT (Flexible Assertive Community Treatment)** se concentre sur les personnes souffrant d'une maladie psychiatrique grave et dispense un traitement et des conseils dans divers domaines de rétablissement.

NOMBRE D'ETP EN SOINS AMBULATOIRE POUR LES INTERNÉS PAR COUR D'APPEL ^[34]



Outre les services de soins en dehors des murs de la prison, des initiatives ont été développées pour améliorer la qualité des soins dans les services psychiatriques d'une prison et la loi sur l'internement a été modifiée pour offrir une procédure judiciaire et d'exécution plus souple qui répond mieux aux besoins spécifiques des internés en matière de soins.

34 Source : Service Soins de Santé Psychosociaux, SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

2. Soins spécialisés sous contrainte judiciaire pour les adolescents présentant des problèmes psychiatriques (For K)

Le projet pilote « For K » prévoit, pour chaque cour d'appel, le développement d'un programme de soins spécifiquement destiné aux adolescents souffrant de problèmes psychiatriques qui font l'objet d'une mesure judiciaire.

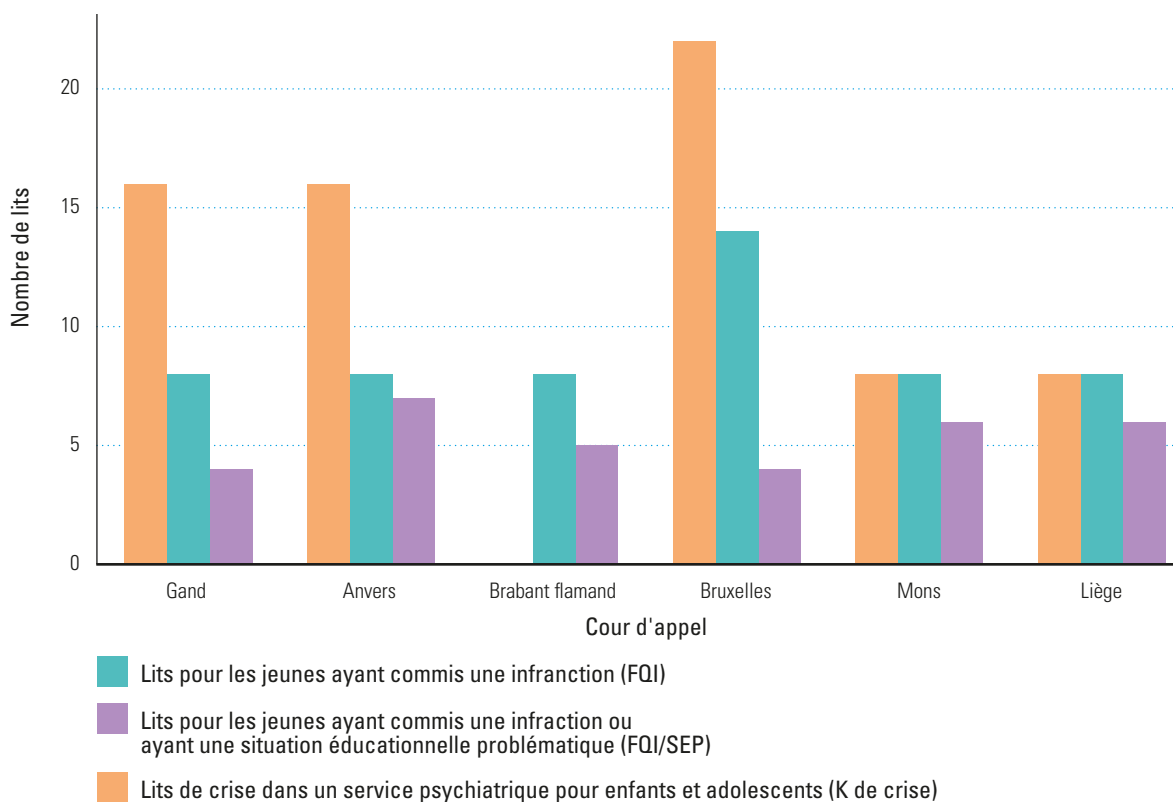
156 lits

 pour jeunes sous contrôle judiciaire présentant une problématique psychiatrique

Des unités de traitement intensif ont été créées pour les adolescents qui ont commis un fait qualifié d'infraction (FQI) ou pour les adolescents dans une situation éducationnelle problématique (SEP).

En outre, chaque projet dispose d'un certain nombre de lits K de crise qui ne sont pas inclus dans le nombre de lits K agréés.

NOMBRE DE LITS PAR COUR D'APPEL DANS LE CADRE DU PROJET 'FOR-K'^[35]



À Bruxelles, cette offre est complétée par une forme d'Habitation protégée (8 places) pour les adolescents psychiatriques sous contrainte judiciaire.

35 Source : Service Soins de Santé Psychosociaux, SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES

Dans le chapitre « Le diagnostic principal le plus courant dans les HP et les SPHG pour adultes », nous avons déjà mentionné que les troubles liés à l'abus de substances (alcool, médicaments, drogues) constituent le diagnostic principal chez les patients admis dans les HP et les SPHG. En outre, les troubles liés à l'abus de substances sont souvent mentionnés comme diagnostics secondaires. Le SPF Santé publique a mis en place un certain nombre de projets pour s'attaquer à ce problème :

TREATMENT DEMAND INDICATOR (TDI)

Le TDI est l'enregistrement des demandes de traitement relatives à l'abus d'alcool ou à la dépendance aux drogues illégales. Environ 115 hôpitaux enregistrent 20 variables épidémiologiques par an. Cet enregistrement obligatoire (AR15/10/15) se déroule dans un cadre européen (EMCDDA) et est géré par Sciensano. Son financement a été inclus dans le Budget des moyens financiers (BMF).

Pour plus d'informations
sur ce projet

workspaces.wiv-isp.be



UNITÉS DE CRISE EN MATIÈRE D'ABUS DE SUBSTANCES

Neuf unités de crise de 4 lits chacune accueillent les patients en crise pendant une durée limitée de 5 jours. Une équipe intensive et multidisciplinaire (11 ETP) prend en charge environ 3 500 patients chaque année. La spécificité de ce projet réside dans le fait que le suivi se fait par casemanagement et qu'il existe une certaine affinité avec le groupe cible des patients ayant une problématique de consommation de substances psychoactives.

PROJET PILOTE « DROGUES ET DÉTENTION »

Malgré les efforts quotidiens des prestataires de soins et les nombreux efforts du ministère de la Justice, la consommation de drogues et de médicaments reste élevée dans nos prisons belges. Cette situation est littéralement et figurativement malsaine. Après tout, la consommation de drogue comporte plusieurs risques pour la santé et peut mettre en péril la sécurité dans une prison. Selon de récentes études internationales, on estime que 20 à 45 % de tous les détenus consomment des drogues illégales en prison, avec des chiffres très similaires en Belgique.

Lors de la Conférence interministérielle santé publique du 20 novembre 2017, le ministre fédéral de la Santé publique a donc proposé de développer un modèle adapté d'assistance aux détenus

en matière de drogue. A cette fin, des projets pilotes ont été lancés en décembre 2017 dans les prisons de Saint-Gillis/Berkendael, Hasselt et Lantin. Grâce aux expériences sur le terrain, une importante initiative de soutien sera élaborée qui comprendra toutes les étapes, du dépistage et de la détection précoce aux entretiens motivationnels et au traitement.

Dans chacune des trois prisons, du personnel soignant supplémentaire a été recruté et le personnel soignant et pénitentiaire existant a reçu une formation supplémentaire, afin que les détenus présentant un problème de drogue puissent bénéficier d'un encadrement plus adapté. De plus, les détenus sont désormais systématiquement soumis à un dépistage de consommation de drogue à leur arrivée, afin qu'ils puissent être orientés plus rapidement vers l'aide appropriée si nécessaire. Les prestataires de soins internes et externes à la prison sont également en contact étroit les uns avec les autres, ce qui contribue à garantir la continuité des soins.

Trois organisations à but non lucratif spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes fournissent des conseils dans ce domaine : iCare (Saint-Gillis/Berkendael), CAD Limburg (Hasselt) et Fédito Wallonne (Lantin).

BELPEP (BELGIAN PSYCHOTROPICS EXPERT PLATFORM)

BelPEP est une plateforme multidisciplinaire ayant pour objectif de favoriser un usage adéquat des médicaments psychoactifs (dont les somnifères et calmants, les antidépresseurs et antipsychotiques). Une note de vision globale donne un aperçu sur l'historique, le statut de la plateforme, le contexte, les différents problèmes et les priorités de la plateforme.

Pour en savoir plus
sur la note de vision globale

www.health.belgium.be



Voici un aperçu d'un certain nombre d'actions qui ont déjà été mises en oeuvre :

- Divers outils ont été développés pour soutenir les professionnels dans leur pratique. Par exemple, deux sites web ont été créés pour recueillir des informations scientifiques récentes :
 - Un site web sur le diagnostic et la gestion du TDAH (www.trajet-tdah.be).
 - Un site web relatif à la prescription adéquate des somnifères et des analgésiques (www.somniferesetcalmants-manuelaide.be).
- Une formation en ligne (www.e-learninghealth.be) et dans les GLEM^[36] est mise à la disposition des médecins généralistes sur l'utilisation rationnelle des benzodiazépines, mais aussi sur l'approche optimale de la dépression (<https://www.domusmedica.be/vorming> pour l'offre en néerlandais, <https://dmgulb.be/formation-specifique/> pour l'offre en français).

36 Groupe local d'évaluation médicale : un groupe de médecins ou de pharmaciens biologistes qui partagent et évaluent de manière critique leurs pratiques médicales pour promouvoir la qualité des soins.

