

CONSEIL CONSULTATIF FEDERAL DES AINES

Avis 2016/7

Le Conseil consultatif fédéral des aînés, créé en vertu de la loi du 8 mars 2007 créant un Conseil consultatif fédéral des aînés et dont les membres sont nommés par arrêté royal du 13 novembre 2012 portant nomination des membres du Conseil consultatif fédéral des aînés, a pour mission de donner, de sa propre initiative ou à la demande du gouvernement fédéral ou d'une Chambre législative, des avis sur les matières relevant de la compétence de l'autorité fédérale concernant les pensions, l'égalité des chances, l'intégration sociale et la lutte contre la précarité, l'accessibilité des soins de santé et la mobilité.

En application de l'article 3, § 3, 1° de la loi précitée du 8 mars 2007, le Conseil consultatif fédéral des aînés émet l'avis suivant:

AVIS DU CONSEIL CONSULTATIF FEDERAL DES AINES CONCERNANT LES SOINS DE SANTE MENTALE (SSM)

CONTEXTE DE L'AVIS

Le CCFA a reçu pour compétence de s'exprimer par voie d'avis sur des matières qui concernent les aînés. Dans le présent avis, la commission 'Accessibilité des soins de santé' a choisi de s'intéresser plus en détails à la santé psychique de la population et aux soins de santé mentale en Belgique, du point de vue des aînés.

La commission accès aux soins de santé a basé sa réflexion sur les travaux dont les références sont reprises en fin de texte. Les chiffres cités dans l'avis sont tirés de ces textes.

Quelques faits et considérations préalables:

- En ce qui concerne la santé psychique de notre population, 1 Belge sur 3 en moyenne est un jour confronté à un **trouble psychique**. La Belgique se situe ainsi dans la moyenne internationale. Diverses enquêtes révèlent par ailleurs qu'environ 26% des Belges se sentent mal dans leur peau. Le pourcentage est similaire chez les aînés.
- La Belgique est **le numéro un mondial de l'admission de patients en institutions psychiatriques**. Le nombre d'admissions forcées a progressé de 42% entre 1999 et 2008, soit encore avant la crise. Entre 2004 et 2008, nous avons connu une augmentation de 10% du nombre d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques, surtout en Flandre.
- Les hôpitaux psychiatriques, flamands notamment, sont confrontés à un nombre très élevé de réadmissions dans les 30 jours: 25% pour les schizophrènes, 20% pour les maniaco-dépressifs.
- Avec 34%, les troubles psychiques sont la **cause d'invalidité** numéro 1. La dépression, l'alcool et la démence figurent, quant à eux, dans le top 10.
- Les patients psychiatriques ont, **en moyenne, une espérance de vie inférieure de 15 ans**, surtout pour des raisons physiques.
- Le **nombre de suicides** est, respectivement, de 17 pour 100.000 habitants en Flandre, de 24 pour 100.000 habitants en Wallonie et de 14 pour 100.000

habitants à Bruxelles. Avec trois suicides par jour, la Belgique fait partie du top trois européen.

La Flandre montre toutefois de manière positive qu'un plan d'approche stratégique au point peut porter ses fruits. L'objectif de réduction de 8% prédéfini dans le premier plan de prévention du suicide a été bien atteint.

La mortalité par suicide chez les aînés continue de surprendre. En 2013, le nombre de suicides chez les hommes flamands de 80 ans et plus était de 51 pour 100.000 habitants (d'après la 'Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid' (Agence flamande des soins et de la santé).

- 30 à 70% des **enfants de parents atteints de troubles psychiques** développent eux-mêmes un trouble psychique. Il est aussi frappant de constater que plus de 90% des personnes qui se suicident souffraient préalablement d'un trouble psychique. Près de la moitié d'entre elles avaient déjà suivi un traitement au préalable. Le suicide n'est donc généralement pas un phénomène dissocié ou isolé.
- Chez les adultes, les troubles psychiques occupent, avec 19,5%, la deuxième place de tous les 'burden of disease' connus, après les maladies cardiovasculaires.
- 19,1% **consomment des psychotropes**, ce qui est **très élevé** par rapport à d'autres pays. On peut clairement parler de surconsommation en ce qui concerne les calmants et somnifères.
La consommation augmente sensiblement avec l'âge. Dans la catégorie d'âge des 75 ans et plus, à peu près 40% des femmes et 26% des hommes ont recours à des somnifères et calmants.
En Belgique, le nombre de consommateurs d'antidépresseurs a augmenté ces 15 dernières années, passant de 3,9% en 1997 à 7,6% en 2013.
- Selon l'enquête de santé réalisée par l'ISP, **quelque 10% des adultes belges sont confrontés à une consommation problématique d'alcool**, mais un sur douze seulement recherche ou trouve de l'aide afin de lutter. En plus, cette personne attend en moyenne 18 ans.
Les personnes dont la consommation d'alcool est problématique et qui ont besoin d'aide doivent pouvoir bénéficier de soins appropriés. Bon nombre de dispensateurs de soins ont du mal à reconnaître des problèmes d'alcool et à faire en sorte que les patients soient disposés à en parler avec eux.
Ces patients ne bénéficient donc pas d'une aide appropriée. Il convient donc, dans le cadre de la formation des dispensateurs de soins, de veiller davantage à ce que ces dispensateurs puissent acquérir les compétences de communication nécessaires.
La consommation d'alcool problématique doit être considérée comme un problème sanitaire qui peut être traité. Les dispensateurs de soins ont donc plutôt intérêt à traiter ces patients sans les accuser et avec empathie.
Les questionnements réguliers sur la consommation d'alcool, suivis si nécessaire par une petite intervention, sont par ailleurs efficaces pour réduire la consommation. Le médecin traitant est le dispensateur de soins le mieux indiqué pour cela, en particulier chez les aînés.
- Selon une estimation, 165.000 Belges souffrent de démence. Ce serait le cas pour 5% des gens de plus de 65 ans. À l'âge de 80 ans, ce pourcentage passe à 20%. Dans de rares cas (3.000 personnes selon une estimation), la

démence survient avant le 65e anniversaire. En 2012, un rapport de l'OMS a prédit que le nombre de cas de démence triplerait d'ici 2050, surtout en raison du vieillissement de la population.

Par ailleurs, seul 20 à 50% des cas seraient diagnostiqués, et lorsque c'est le cas, c'est souvent trop tard. La démence a un impact énorme sur le bien-être physique et mental du patient et de son entourage. Le processus démentiel reste, pour l'heure, incurable.

Les médicaments actuels peuvent tout au plus freiner la maladie dans sa phase initiale et agir sur les problèmes comportementaux liés à la démence. Il convient aussi de tenir compte des effets indésirables de la médication, du coût élevé et de la charge que les examens génèrent pour la personne concernée et son entourage.

Selon une estimation, 65% des personnes atteintes de démence habitent encore chez elles, où elles sont généralement aidées par les aidants proches.

- Le **début des soins professionnels est souvent bien trop tardif**: environ 1 an trop tard pour les troubles de l'humeur, 16 ans pour les troubles de l'anxiété et 18 ans pour l'abus de médicaments.
- Les SSM sont-ils prêts à faire face au vieillissement de la population?
 - Il existe de nombreuses raisons de penser que la demande de soins augmentera dans les années à venir, en raison du vieillissement. Outre l'augmentation du nombre d'aînés, on constate une évolution positive sur le plan de l'identification précoce, ainsi qu'un meilleur diagnostic des troubles psychiques chez les aînés.

Ces éléments contribuent à ce que davantage de personnes se retrouvent dans le circuit. Les générations d'aînés à venir sont mieux formées que les précédentes et les aînés sont plus émancipés. Par conséquent, les 'nouveaux' aînés se feront aider plus facilement.

La recherche indique une augmentation de l'alcoolisme chez les aînés. On observe d'ores et déjà une demande de soins plus conséquente en ce qui concerne cette problématique. De ce fait-là également, la consommation de soins augmentera (étude sur les facteurs de prédiction de la consommation de soins LASA, NEMESIS d'Alexianen)

- Les différentes réformes de l'État n'ont pas simplifié la structure des SSM. Les structures résidentielles sont financées par l'administration fédérale et les structures ambulatoires par les Communautés.

Une transformation approfondie des soins de santé mentale a également été amorcée au fil des ans, dans le cadre de la communautarisation des soins. Il faut une certaine dynamique et une certaine flexibilité pour, avec le personnel et les moyens disponibles, proposer des réponses novatrices et plus efficaces à des demandes de soins très diversifiées.

Le fait que les SSM figurent en bonne place dans l'agenda politique est une bonne chose, mais cela requiert une collaboration stratégique et le recueillement proactif d'avis transversaux.

1. Le CCFA demande au Gouvernement fédéral et à celui des Communautés de **s'intéresser à la prévention des problèmes psychiques**: dépression, suicide et deuil. La stigmatisation de la psychiatrie doit également être abordée.
2. Le CCFA demande qu'on poursuive **les plans d'actions coordonnées** relatifs aux troubles psychiques spécifiquement liés à l'alcoolisme et la démence. L'administration fédérale et les Communautés ont, sur ce plan, fait un bon travail ces dernières années. La consommation problématique d'alcool et la démence constituent en effet des défis de taille pour les soins de santé mentale.

- **Plan alcool:**

Le CCFA se range derrière les recommandations du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) selon lesquelles l'attitude ambiguë de la société en matière de consommation d'alcool (d'un côté, elle la justifie et de l'autre, elle la stigmatise) doit changer. Il faut pour cela que les parties concernées, et notamment les décideurs politiques, les organisations de soins, les dispensateurs de soins et les associations de patients, développent ensemble un **plan alcool**. Ce plan peut prévoir notamment des campagnes d'information et une réglementation plus stricte quant à la publicité et la vente d'alcools.

Les **personnes dont la consommation d'alcool est problématique** refusent souvent de reconnaître le problème et, pour des raisons diverses, ne sont généralement pas motivées par un traitement. Il faut donc mettre à disposition des informations détaillées, afin qu'ils sachent à qui s'adresser en cas de questions. Les groupes d'entraide doivent être plus connus. La famille et l'entourage immédiat jouent également un rôle capital dans l'aide aux personnes dont la consommation d'alcool est problématique, à condition qu'ils bénéficient eux aussi du soutien nécessaire.

Enfin, une organisation des soins adaptée doit faciliter l'accès à l'aide. Une offre de soins plus étendue est nécessaire, tant pour les soins de première ligne (médecins généralistes, psychologues, etc.) que dans les hôpitaux généralistes et psychiatriques. Un financement correct, mais aussi une bonne collaboration et une intégration de qualité entre les différents niveaux est ici conseillée. Les dispensateurs de soins peuvent ainsi mieux renvoyer vers une aide spécialisée et les temps d'attente sont plus courts.

- **Plan 'démence'**

Le CCFA approuve le principe des plans 'démence' mis en œuvre ces dernières années, tant au niveau fédéral qu'en Flandre et en Wallonie. Il est bien entendu important que ces plans soient coordonnés et complémentaires.

Nous demandons en particulier qu'on s'intéresse à la mise en œuvre d'une série de mesures spécifiques:

- l'amélioration des prises en charge actuelles;

- l'optimisation des soins de santé, une bonne coordination avec d'autres formes de soins et des mesures de soutien pour que les personnes atteintes de démence puissent séjourner chez elles le plus longtemps possible;
 - la sensibilisation des dispensateurs de soins;
 - un diagnostic précoce: le diagnostic 'démence' n'est souvent posé qu'après deux à trois ans et par conséquent, patients et aidants proches vivent longtemps dans l'incertitude;
 - la lutte contre le tabou dont fait l'objet la démence;
 - la résolution des problèmes financiers et pratiques des personnes frappées de démence juvénile et de leur famille, grâce notamment à l'introduction d'un budget adapté qui suit la personne et à des soins et un encadrement personnalisés, tant à domicile que dans un environnement de soins adapté.
3. Le CCFA plaide pour une **approche très accessible des besoins en soins psychiques**, si possible dans la situation de famille du patient (aîné). Il est important en la matière de veiller à ce que la transition entre les différents éléments de la chaîne de soins soit fluide et adaptée aux besoins du malade psychique. Une collaboration flexible de la part des dispensateurs de soins est ainsi requise.

Le CCFA plaide pour une restructuration des soins psychologiques selon un modèle par paliers dans lequel les soins de première ligne seront garantis, globalement accessibles et financièrement abordables, et un deuxième niveau d'aide spécialisée sera prévu si la première ligne ne suffit pas.

L'offre actuelle en matière de soins psychologiques ne répond pas aux besoins. Les SSM sont un secteur complexe méconnu du grand public. Les listes d'attente sont souvent longues et ces soins sont clairement tabous. A cela s'ajoutent les coûts qui, souvent, ne sont pas remboursés par l'assurance maladie. Ces soins sont, souvent, encore moins accessibles pour les aînés confrontés à des problèmes psychiques.

En raison des projets 'article 107', les lits psychiatriques ont été démantelés pour faire place à des équipes mobiles proposant des SSM à domicile. Le CCFA attire l'attention sur le fait que 2 groupes cibles ne peuvent bénéficier des avantages de l'article 107: les enfants/jeunes et les aînés. Le CCFA plaide donc pour que les hommes politiques s'intéressent davantage à ces groupes cibles (notamment en leur consacrant plus de moyens), et en particulier aux aînés souffrant de problèmes psychiques.

Les institutions de soins devraient par ailleurs pouvoir intégrer leur expertise en soins de santé mentale dans la première ligne (médecins généralistes, mais aussi aides-soignants à domicile, aide familiale, CLS, CPAS, prisons, ...), que ces dispensateurs soient ou non financés par les communautés. Le CCFA plaide pour une réduction de 30% de la capacité des hôpitaux psychiatriques d'ici 2022. Cela doit se solder, dans le même temps, par une meilleure accessibilité et un meilleur remboursement de la psychothérapie de premier soin.

4. Le CCFA plaide pour des soins mentaux intégrés (cf. soins intégrés pour les malades chroniques, dont relèvent également les malades psychiques) étant donnée l'aggravation des problèmes liés aux soins de santé mentale des malades chroniques. Cela suppose qu'une équipe de dispensateurs de

soins (regroupant des disciplines diverses) élabore un plan de soins permettant des soins efficaces et évite le double examen.

5. Le CCFA demande les moyens nécessaires pour engager un nombre suffisant de dispensateurs de soins spécialisés, dans les soins ambulatoires et résidentiels. Les besoins d'expertise spécifique à la psychiatrie des aînés doivent être adaptés / complétés. L'expertise doit tenir compte de la comorbidité, de la pathologie multiple, de la complexité de certains problèmes, d'une phase de fragilité dans divers domaines (physique, cognitif, social, financier, emploi du temps judicieux, espérance de vie limitée).
6. Le CCFA plaide pour qu'on investisse dans toutes les facettes des SSM, et en particulier dans la prévention, la promotion et la collaboration dans différents domaines comme la sécurité, le logement, ... Il est extrêmement important de proposer des soins de première ligne plus performants car bon nombre de problèmes psychiques peuvent être résolus en première ligne, grâce à des soins intégrés centrés sur le patient psychiatrique.
Les patients psychiatriques posent des exigences spécifiques à l'entourage / aide proche. Les problèmes comportementaux sont les principaux facteurs de stress, burnout, ... pour les aidants proches et favorisent parfois une admission précoce dans une structure résidentielle. La force positive de l'aide proche est le moteur de la communautarisation des soins et doit bénéficier d'une attention soutenue de la part des hommes politiques.
La reconnaissance et l'appréciation de l'aidant proche, certainement dans le cadre des SSM, sont importantes et sont avant tout une incitation à continuer, sans toutefois présumer de ses capacités. Les aidants proches jouent un rôle précieux en tant que première aide du patient et en qualité d'intermédiaires entre le patient et le dispensateur de soins. Ils doivent pouvoir compter sur le soutien nécessaire de la part des dispensateurs de soins professionnels: médecin généraliste, infirmiers, aides-soignants, consultants, ... Des informations pertinentes et centralisées sont donc nécessaires, au même titre qu'un soutien psychologique et des soins de répit.
 - Le CCFA souhaite que certaines lignes de force sous-tendent l'action en santé mentale : Promotion, prévention et démythification de la santé mentale. Il est important qu'on soit plus attentif à la fragilité psychique;
 - Détection précoce (pour éviter davantage de problèmes!), intégration des SSM dans la première ligne et bonne orientation vers des soins spécialisés. Un système très accessible est nécessaire, avec une aide psychologique remboursée;
 - Un nouveau rôle pour les professionnels. Il faut évoluer d'un traitement purement médical de la maladie vers des soins restaurateurs. Il est important que cela soit intégré dans la formation des aides-soignants;
 - De projets pilotes vers un système de soins. Les réseaux de l'art. 107 doivent être ancrés et soutenus par un financement adéquat. Le CCFA demande – comme il a déjà été précisé – que les aînés soient repris à l'article 107 en tant que groupe cible.
7. Le CCFA estime qu'il est important de mieux répartir l'offre de SSM entre les Régions et de poursuivre l'amélioration constante de la qualité. De même, les tâches aveugles doivent être colmatées. Collaborer en réseau est

essentiel pour suivre les évolutions dans le domaine des SSM et améliorer la qualité des soins, pour que cela profite au patient (aîné).

Dans cette évolution, il est extrêmement important d'élaborer une offre de soins psychiatriques pour aînés suffisante, avec une distribution géographique équilibrée et une répartition correcte entre les centres de soins.

Ces personnes fragilisées sont, encore plus que d'autres, susceptibles de se perdre dans le dédale administratif et réglementaire souvent complexe de l'assurance maladie et des soins de santé. Le CCFA insiste donc pour un renforcement des services sociaux, y compris ceux des mutuelles, tant en moyen qu'en formation. Se contenter de renvoyer cela aux instances fédérées sans concertation ne peut rencontrer les défis de cette problématique.

8. Le CCFA insiste auprès de l'administration fédérale (compétente pour l'exercice de métiers liés aux soins) pour qu'elle s'attache dès que possible aux priorités suivantes, en concertation avec les Communautés (notamment compétentes pour l'enseignement):

- **pénurie de psychiatres et en particulier de pédopsychiatres:** on peut lutter contre cette pénurie par une amélioration ciblée de la reconnaissance à laquelle ont droit ces psychiatres qui contribuent à l'administration de soins en continu, en participant par exemple à un service de garde permanent à temps plein et/ou au fonctionnement en équipes pluridisciplinaires dans les hôpitaux, les centres de soins de santé mentale et les centres de revalidation.
- **en ce qui concerne spécifiquement les aînés, on constate un manque flagrant de gériatres** (KCE 5/06/2015). Nous songeons plus particulièrement aux psychogériatres; (avis 2014/9 – Opter pour la gériatrie)
- **Manque d'infirmiers psychiatriques:** dans la formation de base pour infirmiers, on ne s'intéresse pas assez aux soins de santé mentale. L'administration fédérale ne reconnaît par ailleurs pas le titre professionnel 'psychiatrie' et par conséquent, il n'est pas honoré (contrairement à d'autres titres). Une reconnaissance et un financement s'imposent;
- **Manque d'intérêt pour les soins de santé mentale dans la formation des médecins généralistes et d'autres groupes professionnels de première ligne:** la formation en soins de santé mentale se limite actuellement au diagnostic et au traitement des troubles. Ils méritent en effet qu'on s'y intéresse suffisamment, mais la prévention, la détection précoce, la restauration et la réhabilitation doivent être abordées plus largement.
- **rémunération bancaire de la première ligne:** les médecins généralistes et infirmiers à domicile doivent, à l'avenir, être plus étroitement impliqués dans le traitement et les soins des personnes présentant des troubles psychiques sévères. Ces nouvelles missions et responsabilités doivent être honorées comme il se doit.
- **la reconnaissance du psychothérapeute comme titre professionnel protégé:** comme le propose la ministre De Block, seuls les psychologues,

médecins, pédagogues et personnes titulaires d'un master universitaire en psychothérapie peuvent accéder à ce titre professionnel, afin de garantir un niveau de qualité suffisamment élevé.

- L'introduction de la **nouvelle définition de la psychothérapie proposée par** la ministre De Block, dans le cadre de laquelle la psychothérapie n'est pas définie comme une profession à part, mais comme une forme de traitement réservée aux psychologues cliniques, orthopédagogues cliniques et médecins. Si ces groupes professionnels ont suivi avec fruit une formation complémentaire en psychothérapie, ils ont accès à ce titre professionnel, afin de garantir un niveau de qualité suffisamment élevé.
9. Le CCFA constate que l'harmonisation extra-intramurale n'est pas évidente. C'est la raison pour laquelle le CCFA s'efforce de promouvoir un cadre stratégique montrant le chemin qui mène à une politique de soins de santé mentale coordonnée et cohérente coordonnant l'ensemble des dispensateurs de soins, institutions et services, qu'ils dépendent ou non de l'administration fédérale ou des communautés.
Le CCFA plaide dès lors pour un seul ministre chargé de coordonner les soins de santé, et non pour une politique répartie entre 8 ministres et 2 secrétaires d'Etat. L'éparpillement des compétences qui prévaut actuellement est en effet contreproductif et augmente l'inefficacité.
 10. Le CCFA rappelle que la problématique des internés en secteur pénitentiaire sans soins a amené des condamnations de la Belgique par le Conseil de l'Europe et le Cour Européenne des Droits de l'Homme. Il demande donc que l'intention du Ministre de la Justice de faire en sorte que les personnes internées aient accès au paysage de soins, si possible hors de prison soit concrétisées le plus rapidement possible.
 11. Le CCFA souhaite à nouveau faire part de sa préoccupation concernant la consommation particulièrement élevée de psychotropes comparativement à d'autres pays (calmants, somnifères, antidépresseurs). Il a déjà été évoqué précédemment que les gens cherchaient de l'aide trop tardivement. Le CCFA rappelle la nécessité de prévenir les comportements prescriptifs inadéquats et de responsabiliser les prescripteurs (voir aussi avis 2015/2 concernant l'accord de gouvernement et la note de politique générale relative aux soins de santé et la note de politique générale relative aux affaires sociales).
 12. Enfin, le CCFA plaide pour qu'on s'intéresse davantage aux **SSM chez les aînés** et pour le développement ultérieur de programmes de soins spécialisés pour les aînés souffrant de problèmes psychiques. Cette position repose sur des arguments liés au contenu des soins, ainsi qu'à l'organisation (autre terrain d'action sociale et autre chaîne de soins), notamment dans le cadre des transition nécessaires à mettre en œuvre dans le retour au domicile et l'impact de l'article 107.

Plus spécifiquement, il convient de s'intéresser:

- à la prévalence élevée des syndromes avec troubles cognitifs.
- aux pathogènes typiques pour les aînés / distinction entre processus de vieillissement normaux et processus de vieillissement pathologiques
- Autre présentation
- Consommation élevée de médicaments (interactions)

- Comorbidité / pathologie multiple / intégration entre soins somatiques et non somatiques / plus grande complexité des problèmes à un âge plus avancé
- Phase de vie avec fragilité dans différents domaines (physique, cognitif, social, financier, emploi du temps judicieux, temps libre, culture, mobilité) et perspective de vie limitée
- Changements fonctionnels
- Histoire de vie plus large
- Grande variabilité interindividuelle
- Encadrement du personnel: combinaison 'soins physiques et accompagnement psychiatrique'
- Autres partenaires collaborateurs (CLS, famille)
- Modèle moins centré sur la restauration que sur le maintien du niveau de fonctionnement et l'amélioration de la qualité de vie, en s'intéressant davantage à la dimension spirituelle, au cadre de vie, aux facteurs sociaux
- Plus de temps nécessaire, rythme différent du fait de la complexité (psychiatrique, somatique, cognitive)

Références

- Geert Messiaen, Nota: "Geestelijke Gezondheidszorg"
- Alexianen, "Onderzoek naar factoren die zorggebruik voorspellen" (LASA NEMESIS)
- Peter Degadt, "Duurzaam innoveren voor meer geestelijke gezondheid", Zorgnet- Icuuro (Zorgwijzer juli 2016)

Approuvé lors de la réunion plénière du 16 novembre 2016

**Le Président,
Luc JANSEN**

**Le Vice-Président,
Willy PEIRENS**