



Communiqué de presse : Réforme de la Psychiatrie et politique de santé mentale

Date : Jeudi 26 Septembre 2013

Réforme de la psychiatrie et politique de santé mentale:

Où en sommes-nous ? Comment bien évoluer ?

Le Ministre de la Santé et le CRP-Santé ont le plaisir de présenter les résultats intermédiaires de l'état des lieux 2011-2012 sur l'avancement de la réforme de la psychiatrie au Luxembourg, les filières de prise en charge et le futur de la politique de santé mentale.

Après le dernier regard externe par le Pr. Rössler en 2009*, la présente étude commanditée au CRP-Santé a eu pour but de vérifier la bonne implémentation de la volonté politique et, compte tenu des propositions de stratégies en faveur de l'amélioration de la santé mentale de la part de l'OMS et de l'Union Européenne, d'engager une nouvelle phase d'amélioration du système en place.

Dès lors comment progresser collectivement vers les principes de perfectionnement du système national en partant dans la mesure du possible de bases factuelles pour une politique factuelle et coordonnée?

Quelles prémisses, quels objectifs, quelles priorités, quels plans d'action pour quels résultats mesurables sur l'axe du temps ?

Quel est le contexte de la psychiatrie au Luxembourg ?

Avec la réforme engagée dans les années 2000, le paysage psychiatrique a réellement été bouleversé. D'un asile unique, accueillant quelques 1200 patients dans les années 70, le pays passe à une gestion décentralisée de la psychiatrie, avec une intégration des services aigus dans les hôpitaux généraux et un développement de l'offre extrahospitalière ambulatoire. Depuis 2005 et après 150 ans de pratique, l'urgence psychiatrique n'est plus du ressort du Centre Hospitalier Neuropsychiatrique (CHNP), les hôpitaux généraux jouent maintenant le rôle central d'admission des patients en phase aiguë, que l'hospitalisation soit prévue ou non, sous contrainte ou volontaire. Les services extrahospitaliers se sont développés offrant des lieux de consultation, d'activités thérapeutiques, de rencontre, des logements encadrés et ateliers de travail thérapeutiques. Une Plate-forme nationale consultative intégrant les représentants des différents secteurs psychiatriques a été mise en place afin de suivre les avancées de la réforme.

Les objectifs de l'état des lieux réalisé par le CRP-Santé étaient de dresser un bilan intermédiaire sur l'avancée de la réforme avec ses forces, ses faiblesses et points critiques et donner des clés pour maintenir un système dont le coût financier doit se justifier d'une part par sa capacité à

répondre aux besoins de la population et d'autre part par son efficience, en fonction des acquis de la science et des bonnes pratiques identifiées au niveau international.

L'état des lieux a consisté en un recueil de données minutieux, mené dans les services hospitaliers et extrahospitaliers de domaines généralistes ou spécialisés et de secteurs différents : psychiatriques, urgentistes, de médecine générale, dans les services sociaux, pénitentiaires, d'accompagnement au logement ou au travail, ainsi qu'auprès d'associations de patients.

- **Au total, 70 services ont été visités, 120 personnes interviewées.**

Quel poids représentent les problèmes de santé mentale ?

Les troubles psychiques dépendent d'un ensemble de facteurs qui se combinent et interagissent qu'ils soient biologiques, personnels, familiaux, sociaux ou économiques⁶. Ils sont responsables d'importantes souffrances individuelles et familiales, ils provoquent de forts risques de pauvreté, d'isolement, de stigmatisation. Les données de morbidité et de mortalité témoignent du poids considérable des pathologies psychiques sur l'individu aussi bien que sur la communauté :

- En Europe, **environ 11% de la population¹ seraient atteints de troubles de santé mentale**, avec des symptômes divers de dépression, anxiété, problèmes liés à l'alcool, à la toxicomanie, psychoses, etc., soit un citoyen sur 10.
- Cinq des 10 premières causes d'années de vie corrigées du facteur d'invalidité (AVCI)² sont des causes liées à un problème de santé mentale chez les 15-44 ans, avec les troubles dépressifs unipolaires, les troubles liés à l'alcool, les lésions auto-infligées, la schizophrénie et les troubles affectifs bipolaires.
- Le suicide est la première cause de mortalité chez les 15-34 ans, avec un risque majeur pour les personnes souffrant de dépression, dépendance à l'alcool ou schizophrénie.
- Le risque de décès prématuré est de 40 à 60% plus élevé chez les personnes atteintes de dépression majeure et de schizophrénie qu'en population générale à cause de problèmes de santé physique souvent non détectés et d'une plus forte exposition au suicide³.
- Les troubles mentaux et neurologiques et les troubles liés à l'abus de substances psychoactives représentent, ensemble, 13% de la charge totale de morbidité en 2004².

A la « life-satisfaction survey » 2012 de l'OCDE le Grand-Duché se classe 15^{ème} sur 36 pays ex-æquo avec la Belgique et la France (cote 7/moyenne OCDE 6,7) et avant notamment l'Allemagne (6,7).

¹ European Commission. Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. Bruxelles. Juin 2008. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf

² L'AVCI est une mesure du déficit de santé qui comptabilise non seulement les années de vie perdues pour cause de décès prématuré, mais aussi les années équivalentes de vie en bonne santé perdues du fait d'une mauvaise santé ou d'une invalidité (OMS).

³ OMS. Projet de plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. 2013

Données de morbidité : quels chiffres pour le Luxembourg ?

Les données nationales sont partielles et il est difficile de donner une image de la situation nationale. Mais l'articulation des différentes sources disponibles permet, en partie, de rendre compte de l'impact des troubles sur la vie des citoyens, de leurs familles et sur la société civile.

- En 2009, les troubles mentaux et du comportement, code F⁴ représentent la 1^{ère} cause de d'hospitalisation (en nombre de journées) avec 23.5% du total des journées (CHNP compris). **Les troubles liés à l'utilisation d'alcool et les dépressions couvrent 50% des séjours hospitaliers pour troubles mentaux.**
- 7% des absences de courtes durée (<21 jours) ont pour raison médicale évoquée la dépression et autre problème lié au stress⁵ et **23% des absences de longue durée** sont liées à ce type de troubles, soit le 1^{er} code diagnostic des absences observées de 3 semaines et plus, avec une progression alarmante ces dernières années.
- En 2011, selon les données de l'IGSS⁶, 1231 transferts à l'étranger ont eu lieu avec un code diagnostic F (soit 7.1% du total des transferts), dont 90% vers l'Allemagne. Entre 1998 et 2011, **les autorisations de transferts à l'étranger pour raison psychiatrique ont plus que doublé**, principalement pour cause de troubles affectifs et dépendances.

La dépression, les troubles anxieux et le suicide

- 12.7% des jeunes ont pensé au suicide dans les 12 derniers mois (n=906)⁷, 6.4% des jeunes ont fait une tentative de suicide (n=460 jeunes)
- 21% des séjours hospitaliers de 2009 avec code F sont liés à un diagnostic « Dépression » (n=1344 séjours)
- Les troubles affectifs représentent le code diagnostic N°1 pour les transferts à l'étranger en 2007, avec 34,1% des transferts pour code F (n=252 patients)⁸
- **1/5^{ème} de la population a reçu au moins un remboursement de psychotropes en 2010** comprenant les antidépresseurs, les tranquillisants, les somnifères, les neuroleptiques et les psychostimulants, soit 24.9% des femmes et 15.1% des hommes⁹.

⁴ Code F: Code diagnostic ICD Troubles mentaux et du comportement. Données 2009 de l'IGSS.

⁵ Mazoyer T. L'absentéisme pour cause de maladie en 2012. In Aperçus inspection générale de la sécurité sociale. Juillet 2013.

http://www.mss.public.lu/publications/Apercus_et_cahiers/apercus/cahier_apercu_201307.pdf

⁶ Rapport général sur la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg 2011. Ministère de la Sécurité sociale. Luxembourg. Nov. 2012.

http://www.mss.public.lu/publications/rapport_general/rg2011/rg_2011.pdf

⁷ Données de l'enquête HBSC 2010 portant sur les jeunes de 11 à 18 ans

⁸ Données 2007 du Contrôle médical de la sécurité sociale.

⁹ Données 2010 de la Direction de la Santé (M. Bruch, Division des pharmacies),

Les troubles liés à l'utilisation d'alcool

- Les troubles liés à l'alcool représentent la 5^{ème} cause d'hospitalisation nationale⁵ (tout diagnostic confondu).
- **Les troubles liés à l'utilisation d'alcool représentent le code diagnostic N°1 des hospitalisations pour troubles mentaux** avec 31% des séjours (n=2004 séjours) et 25.7% du total de nombre de journées d'hospitalisation pour code F (n=42993 journées d'hospitalisation).

En vue d'améliorer les **bases factuelles pour des politiques factuelles**, ciblées et efficaces, l'évaluation des **résultats des actions** et la **comparaison des performances** au niveau international, le Grand-Duché doit se doter respectivement améliorer son **système d'information en santé (mentale)**. En dehors des données déjà actuellement fournies aux organisations internationales (OMS ; HFA-database et OECD), un groupe de travail intersectoriel respectivement l'Observatoire de la Santé devrait préciser les **données** à recueillir pour suivre les **indicateurs de suivi des objectifs** en santé mentale et de lutte contre ces pathologies, ces données devraient au minimum épouser le set minimal recommandé par l'OCDE, les délais d'accès aux prises en charge au pays et les diagnostics de transfert (ICD) à l'étranger ainsi que leurs motifs et résultats à terme. Un préalable à la mise en place d'un système cohérent serait l'existence d'un **résumé minimal standardisé** , quel que soit le secteur de prise en charge, **du dossier** patient versus du DPS qui contiendrait ces données.

La lutte contre les pathologies de santé mentale : Quid de l'offre de services ?

Pour la santé mentale, **la médecine libérale joue un rôle essentiel** pour l'entrée dans la prise en charge, même si l'urgence psychiatrique reste largement dépendante des services d'urgence des hôpitaux généraux.

Avec 2.8 médecins en exercice pour 1000 habitants, le Luxembourg est en deçà de la moyenne européenne qui est de 3.4.

Pour les psychiatres, le Luxembourg dispose de 18.2 psychiatres pour 100 000 habitants en 2009¹⁰, moins que l'Allemagne : 19.8 et la France 21.8 mais un peu plus que la moyenne des pays de l'OCDE : 15.4.

Avec 479 lits hospitaliers (dont 225 encore à ce jour au CHNP), 17% des lits des hôpitaux du pays sont consacrés à la psychiatrie.

¹⁰ OCDE. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. Health Workforce. Psychiatrists

Pour le logement, avec 220 places et 227 personnes hébergées en 2011, un très faible turnover est observé, compte tenu de pathologies chroniques invalidantes nécessitant souvent un accompagnement à long terme.

A ces 4 services s'ajoutent 3 associations disposant d'ateliers thérapeutiques répartis sur l'ensemble du pays : ATP, Mutterter Haff et Wäschbur.

Les ATP sont les ateliers de travail protégé de métiers divers, présents sur 4 sites (deux au Nord, un au centre et un au sud du pays).

Le Mutterter Haff est une ferme équestre qui privilégie une population présentant des situations complexes. L'atelier Wäschbur n'est pas doté en professionnel thérapeutique et accueille peu de problématiques psychiatriques parmi ses collaborateurs.

Le Ministère de la Santé finance également des ateliers de travail adapté dépendants du service de la Stämm vun der Strooss pour les populations démunies. Non spécifiquement impliqué dans le réseau de prise en charge psychiatrique, ce service prend en charge unelarge population souffrant d'alcoolisme, de toxicomanie, de troubles psychiques divers et vivant des situations de grande précarité.

Les **actions et les investissements** dans la santé, y compris dans la santé mentale, n'ont de sens que s'ils apportent une **valeur ajoutée** mesurable pour le bien-être des patients pris en charge, des communautés et pour leur intégration sociale.

Quelque soient les sources, le financement de la charge de maladie et de la santé mentale doit être vu dans sa globalité, notamment à travers le modèle des comptes de la santé¹¹ pour permettre à la fois des appréciations d'efficience et des comparaisons internationales.

A fortiori en temps de crise, ces **investissements doivent permettre d'atteindre des objectifs** mesurables et des performances comparables par rapport aux acquis de la science et aux résultats des pays, de préférence avoisinants. L'allocation des moyens implique la **responsabilité** des donneurs et des receveurs et par conséquent leur **redevabilité**.

Les sources de financement ne doivent en aucun cas être un obstacle à des évolutions de prises en charge ou de l'organisation des soins ou plans d'actions, si ces derniers se révèlent plus efficaces et plus efficientes. Ceci implique que les tutelles de financement soient et restent également activement impliquées dans la conceptualisation, la préparation des stratégies de déploiement des moyens, **l'évaluation des résultats et le benchmarking international**.

Il est proposé de préciser la **définition des missions des services** en lien avec le concept d'ensemble national et les objectifs nationaux. Des **contrats d'objectifs**, en cohérence avec ceux découlant du cadre conceptuel et en conformité avec l'évolution des besoins évalués sur des bases factuelles et l'atteinte de performances de référence préalablement négociées, seraient progressivement à envisager avec les acteurs. Il est proposé de réfléchir sur la modélisation globale du **système de financement** de la charge de maladie mentale pour permettre la meilleure efficience des moyens déployés dans les différents secteurs et dans les différentes régions.

¹¹ WHO. Les comptes nationaux de la santé. Global health expenditure database. <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>

Les objectifs de la réforme ont-ils été atteints, les résultats sont-ils mesurables et le système est-il efficient ?

Si l'objectif de la décentralisation de la psychiatrie a été atteint en deans des échéances remarquables depuis le début effectif de la réforme, grâce notamment à une approche participative via la plate-forme réunissant les acteurs de la lutte contre les pathologies de santé mentale et grâce à un soutien inconditionnel de la volonté politique, il reste évidemment des points à parfaire et notamment

- **la détection et l'intervention précoces ainsi que l'orientation des patients** : Compte tenu de la détection souvent tardive des troubles psychiques puis de la difficulté à orienter les patients (vers quels professionnels orienter en fonction des besoins et avec quel délai d'attente), la 1^{ère} consultation psychiatrique ou psychothérapeutique est souvent retardée, avec pour conséquence une aggravation de la situation ou de la problématique.
- **la prise en charge thérapeutique, légère et précoce** n'est encore que peu ou pas couverte. Les consultations psychothérapeutiques du système libéral ne sont pas accessibles financièrement aux personnes présentant de petits revenus et souffrant de problèmes non psychiatriques (situation, événements de vie, problèmes existentiels, etc.) et donc ne relevant pas des services de psychiatrie sociale, entraînant une dégradation des situations individuelles et familiales.
- **l'orientation vers la post prise en charge** pose problème pour les professionnels interviewés, surtout pour des patients pour lesquels il n'y a pas solution « habituelle », comme des personnes âgées démentes et agitées par exemple, des patients souffrant de double diagnostics (psychose et dépendance au cannabis, handicap et trouble psychique, précarité sociale et dépression sévère, etc.) ou d'une grande désocialisation (patients passant d'un service à un autre ou vivant à la rue). Ces solutions insatisfaisantes favorisent les rechutes et l'instabilité.
- Que ce soit pour **une sortie d'hôpital général ou spécialisé, un accompagnement pluridisciplinaire à domicile, un retour de cure à l'étranger**, la prise en charge est difficile à mettre en place quand les services extrahospitaliers ne sont pas impliqués, elle est rarement globale et demande aux professionnels d'inventer fréquemment des solutions intermédiaires d'attente ou insatisfaisantes, d'autant plus que la sortie est souvent rapide à cause de la pression exercée dans les hôpitaux pour libérer des lits.

Il est proposé de mettre en place un groupe de travail à la plate-forme pour proposer des améliorations aux faiblesses résiduelles, notamment en favorisant la mise en place d'initiatives via des projets pilotes à évaluer comme p.ex.

- l'intégration de nouvelles offres d'intervention précoce comme la « Stressberodung » offerte par un réseau,

- les initiatives de détection précoce notamment au niveau des services de santé au travail,

- la bonne utilisation des potentialités offertes par l'élargissement au recours de la psychothérapie, dès l'entrée en vigueur de la législation de cette profession et la mise en place de formations notamment universitaires au pays,

- l'orientation de la prise en charge vers **la stabilité des lieux de vie avec le développement de réponses dans la communauté** en mettant l'accent sur les soins de santé primaire, l'information et la formation des premières lignes, l'accompagnement de l'entourage et le maintien de conditions de vie propices au bien-être. Le développement de l'accompagnement dans les lieux de vie et le logement avec le concept de « housing first », permettant de trouver ou retrouver rapidement un logement stable et durable sont des points clés des propositions. Des modalités de prise en charge dans les logements privés et dans le cadre de logements adaptés sont à prévoir selon un schéma directeur en nombre suffisant sont à prévoir si le pays fait le choix de la qualité de vie de sa population, d'un accompagnement efficient et d'une sortie d'un système qui reste aujourd'hui hospitalocentrique malgré les avancées réalisées.

- le **redéploiement des potentialités et la modernisation des structures du CHNP** avec notamment

- des prises en charge post hospitalières et post-cure, souples, plus ou moins intensive, pluridisciplinaire, globale en fonction des besoins, pour une prévention des risques de troubles et de rechutes, notamment via le SPAD, là où les réseaux extra-hospitaliers n'interviennent pas où n'ont pas pour mission d'intervenir,

- la modernisation de la « réhabilitation stationnaire » et de ses structures,

- la création d'un long séjour encadré pour la patientèle qui ne peut plus être réhabilitée, ni prise en charge au sein des réseaux extrahospitaliers,

- la délocalisation dans les meilleurs délais de la psychiatrie « forensique » dans des structures adaptées d'un environnement plus sécuritaire, tel que convenu avec le Ministère de la Justice.

De la réforme de la psychiatrie vers la promotion de la santé mentale

Tant l'Union Européenne que le Plan OMS 2013-2020 préconisent l'amélioration du bien-être par des politiques plus appuyées de promotion de la santé mentale.

L'approche de la santé mentale est pangouvernementale ; elle implique des compétences de ministères distincts. Outre le Ministère de la Santé, le Ministère de la Famille et de l'Intégration pour le champ social, le Ministère de l'Education Nationale, de la Justice, du Travail, de la Sécurité Sociale et des Finances sont impliqués. Or, jusqu'à présent les initiatives en matière de promotion de la santé mentale et prévention des troubles apparaissent encore de manière isolée, sans véritable orchestration intersectorielle d'une stratégie à poursuivre : priorités nationales, objectifs intersectoriels, actions cibles et évaluation. Sans préjudice des déclarations gouvernementales et hormis pour une partie des intervenants dont la Plate-forme de psychiatrie, il n'y a pas encore de vision ou de concertation bien formalisées entre les différents acteurs ni de cadre conceptuel explicite ou de plan stratégique respectivement d'actions tangibles selon la recommandation du Plan OMS 2013-2020.

Or, il est incontestable que **la santé mentale doit être incluse explicitement dans les politiques, plans et programmes de santé globale, dans une perspective de « Health in all Policies »** Pour une meilleure **visibilité** une étape clé serait la rédaction d'un **cadre conceptuel national** intégrant les valeurs et principes fondamentaux. **Ce cadre** conceptuel devra **s'articuler** avec les **stratégies et plans existants** ou en cours au niveau de la **gouvernance**, à savoir du Ministère de la Santé, ainsi que les stratégies liées à la santé mentale et dépendants de d'autres Ministères.

Parmi les principaux facteurs jugés nécessaires par l'OMS¹² pour l'élaboration de politiques et de plans efficaces en matière de santé mentale figurent : *« un solide leadership et un engagement des pouvoirs publics ; une participation de l'ensemble des parties prenantes concernées ; une définition claire des domaines d'action, et de lignes d'action s'appuyant sur des données factuelles et tenant compte des incidences financières »*.

L'évolution du paradigme, à laquelle le Grand-Duché ne saurait se soustraire, vers la promotion et la prise en charge de la santé mentale fait que la gouvernance doit être revue pour répondre aux enjeux qui se posent : concrétiser le plan d'action global pour la santé mentale, répondre aux problématiques transversales, favoriser le décloisonnement des secteurs (généraliste et spécialiste, social et médical, hospitalier et extrahospitalier). A l'image de la législation p.ex, dans le secteur hospitalier et de la planification hospitalière se pose la question si une base légale, découlant d'un cadre conceptuel tel que pré-mentionné, ne serait pas de nature à encadrer le pilotage des nombreuses actions et initiatives et de mieux les coordonner en pouvant répartir les missions et préciser les responsabilités et obligations de redevance tant des organes que des acteurs.

¹² OMS. Projet de plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Mai 2013. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-fr.pdf

Il est proposé, car inéluctable au vu du développement international, **d'inclure la santé mentale dans** les politiques, plans et programmes de **santé globale**, dans la perspective de « **Health in all Policies** » et de profiter de la **Plate-forme** comme coordination nationale et intersectorielle pour développer une **stratégie nationale** et de prévention ciblée, notamment en faveur de groupes à risque ou de populations vulnérables. Compte tenu du contexte national, les actions à privilégier devraient être le maintien de l'emploi, la facilitation des conditions de logement propices au bien-être, l'accompagnement des familles et la formation des professionnels de première ligne à l'accueil et l'accompagnement de personnes en souffrance psychique.

Dans la **perspective des recommandations internationales**, la stratégie nationale devrait viser 3 axes :

- promouvoir la santé mentale,
- prévenir versus prendre en charge rapidement le mal-être et les troubles psychiques,
- accompagner pour autant que de besoin, le patient dans son milieu de vie.

La stratégie devrait se décliner en une approche précoce, coordonnée, continue et globale et il est proposé **la définir et de rédiger, au sein d'un futur code-loi de la santé, un cadre conceptuel** cohérent, applicable aux différents âges de la vie, comprenant des principes, partagé, à objectifs mesurables via des indicateurs de suivi alimentés par des données pertinentes.

La gouvernance, globale et sectorielle devra être **clarifiée quant à ses rôles**, la coordination de l'**organisation**, l'attribution des **missions, responsabilités** et des règles de délégation à tous les échelons, quelques soient les sources du financement public.

En ce qui concerne **la Plate-forme**, dont la Présidence relève du Ministre ayant la santé en ses attributions, son **rôle, son statut formel, son organisation et ses missions** sont également à préciser pour la valoriser et pérenniser les apports précieux qui ont été les siens jusqu'à présent dans la réforme de la psychiatrie.

En vue de **favoriser l'adhésion** des forces vives à un projet partagé, **la bonne communication** de ce projet avec **les valeurs** qui le sous-tendent est un aspect à ne pas négliger ; veiller à une meilleure communication et qui va « au-delà des initiés » et vise notamment l'information, la dé-stigmatisation, la dynamique des efforts, est également une preuve de publique légitime.