

Modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques – Rapport KCE 265b

Présentation et Analyse critique

Benoit Van Tichelen

Psychologue - Directeur Administratif

Entre Mots - SSM Ottignies

Introduction

1. Rapport du KCE n'est pas le résultat d'une étude scientifique mais l'élaboration d'un modèle;
2. Commanditaires
3. Cette commande et le rapport qui en émerge ont lieu dans un contexte socio-politique déterminé (loi sur la psychologie clinique et sur la psychothérapie). Nécessité de ne pas l'oublier mais en même temps de séparer les questions pour ne pas tomber dans le risque de l'idéologie;
4. On peut se réjouir de la prise de conscience que la détresse psychique constitue un problème majeur et de la nécessité d'une offre de soins adaptée à ce constat;
5. Le rapport propose ici un modèle de remboursement des soins psychologiques;

Détresse psychique = problème majeur pour notre société

- Quelques indicateurs: chiffres et éléments
 - 1/3 de la population (de plus de 15 ans) dit éprouver des problèmes de santé mentale: 10% éprouvent de troubles anxieux, 15% des signes d'un trouble dépressif, 30% de troubles du sommeil;
 - 5 suicides par jour en Belgique (2013)
 - prescription d'anti-dépresseurs a doublé en 10 ans;
 - corrélation avérée entre la précarité sociale et les problèmes psychiques;
- Impact social considérable: absentéisme et perte de productivité

Organisation actuelle de l'offre de soins psychologiques en Belgique:

Une offre sur 3 niveaux

- Un premier niveau avec accès direct
 - Médecin généraliste, Maisons médicales, pratiques de groupes de MG;
 - Accès libre à des pratiques privées: psychiatres, psychologues, psychothérapeutes; Modalités de remboursement diverses;
 - Dans le champ psycho-social: les Centres de Planning Familial, PMS,
- Un deuxième niveau de soins spécialisés ambulatoires:
 - les psychiatres (accès direct mais soins spécialisés)
 - les Services de Santé Mentale
- Un troisième niveau plus hospitalo-centré
 - les hôpitaux, IHP, MSP et conventions inami
 - Projet « art. 107 »

Offre de soins à cette souffrance psychique est défailante à différents niveaux

- Le premier contact est difficile:
 - pas d'accueil véritablement organisé
 - portes d'entrée existantes sont difficilement identifiables
 - il reste difficile de frapper à une porte identifiée « psy »
 - la porte d'entrée la moins stigmatisante est le médecin généraliste
- L'offre manque de clarté et de garanties de qualité
 - multitude d'intervenants et de structures
- Les coûts pour le patient restent élevés
- Les structures subsidiées sont débordées (SSM) (=>liste d'attente, réorientations, ...)
- La continuité des soins est mise à mal

Accès soins psychologiques à l'étranger (1)

- Comparaison sur 5 pays européens (Pays-Bas, Allemagne, Royaume Uni, Suisse et Danemark)
- Aucun pays ne donne accès direct à des soins psychologiques spécialisés. Ceux-ci sont prescrits par un intervenant de 1^{ère} ligne;
- Soins psychologiques en accès direct:
 - Angleterre et Pays-Bas: le MG est le principal point d'accès et l'acteur central; ils sont en étroite collaboration avec psychologues et psychiatres;
 - En Suisse: Accès direct au psychiatre qui emploie des psychologues; (Modèle hiérarchique)
 - En Allemagne: Pratiques de groupes pluridisciplinaires (santé et santé mentale) de 1^{ère} ligne; (Modèle non-hiérarchique)

Accès soins psychologiques à l'étranger (2)

Conditions d'accès aux soins spécialisés:

(Comment conditionner le support financier ou le remboursement?)

- Gatekeeping: sur prescription médicale
- Indications: remboursement est conditionné à un diagnostic, parfois accompagné ou complété par des « circonstances de vie »;
- Modalités thérapeutiques: certains pays ne remboursent que certaines modalités thérapeutiques, notamment basé sur « l'evidence-based » dans l'indication concernée (Angleterre et Pays-Bas); d'autres remboursent sur base des orientations thérapeutiques (Allemagne); d'autres laissent une liberté complète mais réduisent fortement le nombre de séances (Suisse et Danemark)
- Nombre de séances: il y a un nombre maximum de séances remboursées dans tous les systèmes (fixées dès le départ, parfois variable en fonction du traitement ou en fonction du diagnostic)

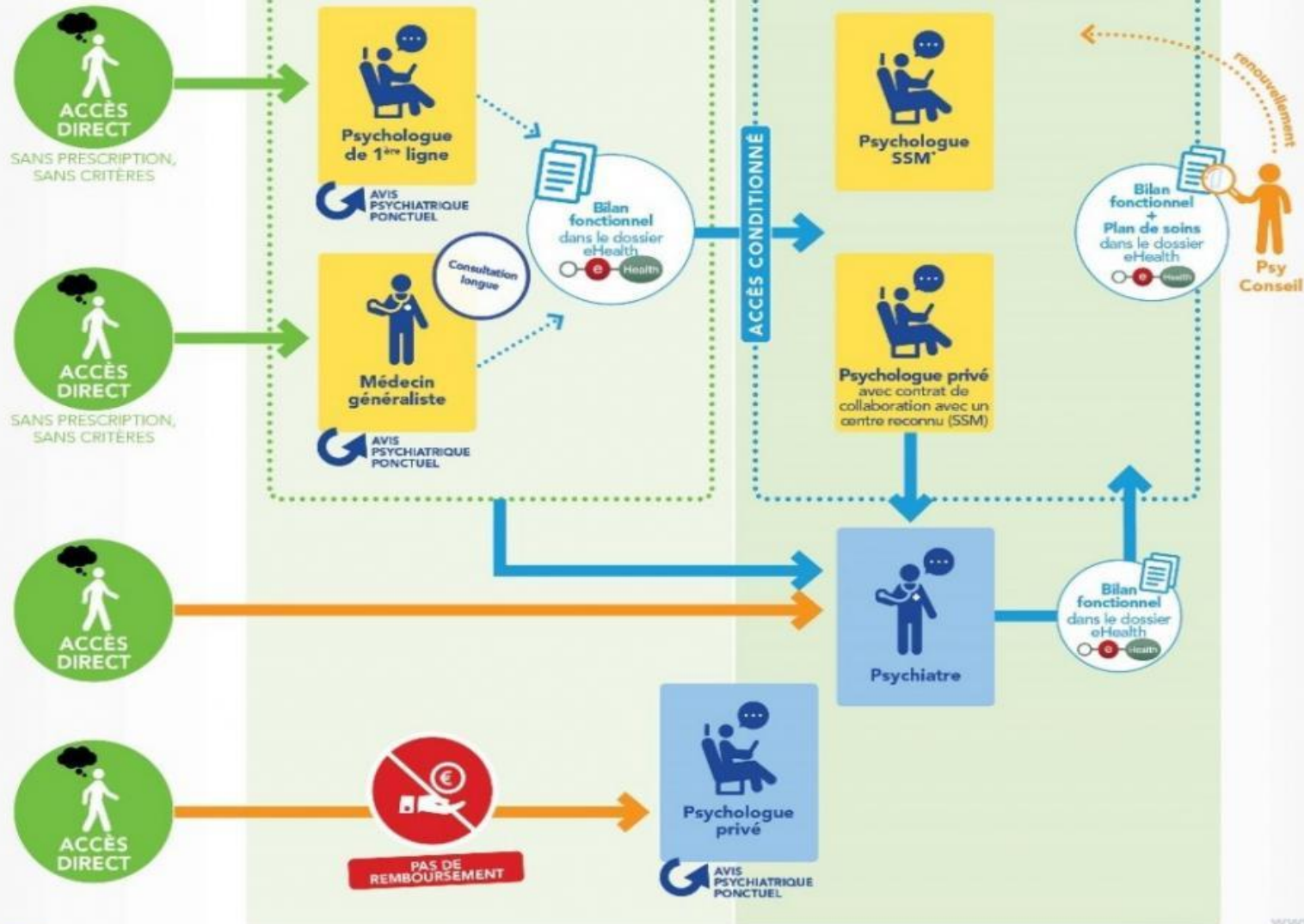
Origine du modèle: les projets pilotes flamands de psychologie de 1^{ère} ligne (PPL)

- Le modèle proposé s'inspire de projets pilotes développés en Flandres en articulation avec les médecins généralistes.
Un projet du même type se déploie à Liège, en Basse Meuse. (Ndlr)
- Objectifs de ces projets:
 - soins psychologiques généralistes et de courte durée pour des problèmes psy non-complexes et selon une approche à bas seuil d'exigence;
 - développer des collaborations avec d'autres intervenants des soins de santé sur le modèle du « stepped care »
 - améliorer la détection et l'intervention précoce en cas de problèmes psychologiques et psychiatriques
- Au niveau organisationnel:
un ETP Psychologue clinicien par projet et une collaboration structurée avec la première ligne de médecine générale
- Quelques résultats:
 - Motifs de consultation les plus fréquents: troubles adaptation, troubles de l'humeur, problèmes relationnels et problèmes anxieux
 - 56% des patients ont été renvoyé vers une structure appelée de 2^{ème} ligne.

Vers un modèle d'organisation de soins psychologiques

- Un système à 2 composantes
 - une 1^{ère} ligne de soins psychologiques généralistes, à bas seuil d'accès, sans prescription, sans critère de diagnostic, de bénéficiaire ou de gravité, MAIS limitée à 5 séances;
 - des soins plus spécialisés, réservés à ceux dont les problèmes ne peuvent être résolus par la 1^{ère} ligne; soins accessibles sur référence par la 1^{ère} ligne ou via un psychiatre;
- Parallèlement, un système de pratique privée pourra continuer à exister, mais sans remboursement

MODÈLE ORGANISATIONNEL
DE LA PRISE EN CHARGE DES PROBLÈMES
PSYCHOLOGIQUES COURANTS ET MODÉRÉS



*SSM : Service de Santé Mentale

Quelques éléments d'une analyse critique (1)

- On peut se réjouir:
 - Prise de conscience de l'ampleur des difficultés psychiques
 - Volonté de réfléchir à un modèle de remboursement
 - Aujourd'hui le gros investissement est hospitalier, avec un risque accru d'un focus uniquement médical des troubles (Diagnostic médical et « lits »). Dans cette proposition il est question de l'ambulatoire;
- Ce projet bouleverse l'organisation des soins ambulatoires telle qu'elle est pensée depuis le milieu des années 70 avec la création des Services de Santé Mentale. Ces services proposent une offre généraliste et pluridisciplinaire. Aujourd'hui, si le territoire est globalement couvert par cette offre, la population ne l'est pas, d'où les délais importants de prise en charge.
- Le modèle cherche à articuler un accès aux soins, et en même temps un contrôle du budget. C'est bien légitime dans une politique de santé publique. Le modèle soulève cependant une série de questions:
- Qu'est-ce que le soin psychologique:
 - soin ≠ guérison, représentation globale ≠ diagnostic, vision bio-psycho-sociale, c'est le patient qui est l'auteur et l'acteur de son changement...
 - comment ce modèle va-t-il ou non altérer la fonction du soin;

Quelques éléments d'une analyse critique (2)

- 1ère ligne de soins psychologiques:
 - une demande d'aide est une démarche qui fait partie intégrante d'un processus de soin et qui nécessite du temps pour émerger. Ce nouveau dispositif ne fera pas l'économie de ce temps nécessaire;
 - a toute sa pertinence dans le cadre d'une analyse de cette demande et une présentation d'une offre possible;
 - comment établir une continuité dans l'offre entre les soins de 1^{ère} ligne et les soins spécialisés? Il est essentiel que l'alliance thérapeutique soit maintenue et de permettre au psychologue de 1^{ère} ligne de poursuivre le travail avec le patient;
 - quelle est la pertinence d'attribuer cette fonction au MG, avec le risque de perdre le dialogue MG-Psychologue;
- L'arbitrage pour l'accès aux soins spécialisés et/ou leur prolongation:
 - Quels seront les critères ?
 - Importance de veiller à ce que le patient ne soit pas dépossédé de sa demande par le fait de sa validation (ou non) par un autre;
 - Comment sera garantie la durée du soin ?
 - Nécessité d'assurer une confidentialité des données cliniques;

Quelques éléments d'une analyse critique (3)

- Impact sur les Services de Santé Mentale:
 - les SSM se situent comme un service de 1^{ère} ligne et de 2^{ème} ligne;
 - Renforcer les collaborations avec les psychologues indépendants:
 - ça se fait déjà aujourd'hui de façon sans doute informelle
 - le formaliser assurerait cette fonction;
 - nécessité de moyen supplémentaires au risque de voir les SSM se réduire à une fonction de coordination et de formation;
 - Quel va être le positionnement des entités régionales qui ont ces services sous leur tutelle?
- La charge administrative et la complexité de la procédure sera (trop?) importante: rapport toutes les 5 séances, ...

Quelques éléments d'une analyse critique (4)

- Risque de basculer dans une logique de la rentabilité, logique très présente dans notre société contemporaine et qui est non-pertinente dans le champ de la relation thérapeutique. Le soignant est soumis à une obligation de moyens et non de résultats.