

EVALUATION OF PRIMARY CARE PSYCHOLOGY IN BELGIUM (EPCAP).

**VOIES VERS UNE INTÉGRATION DURABLE DES SOINS
PSYCHOLOGIQUES DE PREMIÈRE LIGNE EN BELGIQUE**

Résumé

30 juin 2023



CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les données scientifiques accumulées dans le cadre du projet EPCAP (janvier 2020 et juin 2023) montrent clairement qu'avec près de 150.000 patients traités annuellement, le cadre des soins psychologiques conventionnels en soins en première ligne est en train d'être validé socialement : il y a une proportion importante de patients qui n'ont jamais été en traitement auparavant ; et cette proportion augmente en fonction de la date d'inclusion. On constate également que les patients retardent moins le recours aux soins : les personnes ayant des problèmes de santé mentale/troubles psychiques entrent donc significativement plus rapidement dans le système de soins. L'admission du patient aux soins est plus fluide et plus rapide. Les données montrent également une validité clinique : après une période moyenne de 4 ans d'attente de recherche d'aide, après une moyenne de 6 séances, les symptômes psychologiques diminuent et la qualité de vie quotidienne et la résilience des patients traités augmentent, et ce pendant au moins 6 mois après le début du traitement.

Au **niveau des patients et de la communauté**, les résultats sont les suivants : (1) 34% des patients traités dans le cadre de la convention sont des patients sans troubles psychiques ou avec des troubles psychiques datant de moins d'un an ; (2) pour 44% des patients, le traitement est le tout premier, et le délai entre le début des problèmes de santé mentale et le moment de la recherche effective de l'aide est de 4 ans ; (3) 28% des patients traités sont dans des positions socio-économiques ou sociodémographiques vulnérables et précaires ; (4) environ un quart des patients ont besoin de soins ambulatoires ou résidentiels supplémentaires après le traitement dans le cadre de la convention ; (5) 10 % de toutes les séances ont lieu en groupe et 1 séance sur 6 dans un lieu d'accroche ; (6) le traitement sur place augmente l'accessibilité aux soins, notamment pour atteindre les groupes vulnérables (en particulier ceux qui se trouvent dans des situations plus précaires) ; (7) 6 mois après le début du traitement avec une moyenne de 6 séances, il y a une diminution de 41% de l'absentéisme au travail (de 5 à 2 jours par mois) et une amélioration du fonctionnement général au quotidien.

Au **niveau du psychologue clinicien/orthopédagogue**, les conclusions sont les suivantes : (1) la pratique clinique des soins psychologiques conventionnels de première ligne est menée par des psychologues cliniciens/orthopédagogues qui ont en moyenne 10 ans d'expérience ; (2) la collaboration avec les acteurs des soins de première ligne est importante et est considérée comme très précieuse, mais doit être davantage encouragée. Il s'agit d'ailleurs d'une demande explicite de la part des psychologues/orthopédagogues conventionnés et des réseaux ; (3) les psychologues/orthopédagogues cliniciens sont ouverts aux interventions de groupe, au travail sur les sites ou au travail dans les soins de première ligne en général, mais n'en sont pas encore suffisamment familiers et ont un besoin de formation, d'éducation, d'intervision/supervision ; (4) Les psychologues/orthopédagogues conventionnels et les réseaux de santé mentale sont, anno en 2023, sous réserve d'un certain nombre de conditions, très ouverts à l'idée de travailler dans le domaine des soins de première ligne et dans les lieux d'accroches. L'état d'esprit et la culture des soins psychologiques semblent évoluer vers un traitement plus ancré dans la société, dans lequel les besoins des patients et, partant, les besoins de la population sont au centre des préoccupations.

Recommandations au niveau clinique

Quatre recommandations ont été formulées en vue d'une intégration durable des soins psychologiques de première ligne. La distinction entre les soins de première ligne et les soins spécialisés est difficile à faire pour les professionnels dans la pratique, car les profils cliniques des patients du PPL et des patients qui reçoivent des soins spécialisés sont indiscernables. Néanmoins, **la distinction entre PPL et soins spécialisés ne doit pas être abandonnée**: en effet, au niveau conceptuel, deux formes d'intervention se dégagent, des résultats de notre recherche et des pratiques cliniques menées. Celles-ci sont à la fois liées à la sévérité des symptômes ou des troubles, à la fois au type d'intervention indiqué. Le premier type de prise en charge est basé (PPL) sur une intervention précoce à caractère préventif et renvoie à

une prise en charge généraliste de courte durée. Il s'agit d'une série limitée de séances axées sur la mobilisation des ressources du patient et la prévention de l'aggravation des symptômes. La seconde forme, les soins spécialisés se rapproche du profil clinique et des besoins des patients ayant des antécédents psychiatriques, avec des objectifs plus cliniques au-delà de la mobilisation des ressources. Le praticien utilise alors le nombre de séances prévues pour le suivi à moyen terme, en répartissant les séances sur une période plus longue pour permettre un suivi à moyen terme.

Étant donné qu'un large éventail de problèmes et de troubles psychiques est traité, il est nécessaire de travailler avec des **instruments cliniques et des questionnaires** ("outils cliniques") pour le patient. Ceux-ci ne visent pas à trier les patients en vue d'une éventuelle inclusion/exclusion, mais à aider le professionnel à poser une indication adéquate pour le patient notifié (comme le PPL, les soins spécialisés, la psychothérapie et, par la suite, l'intervention individuelle/de groupe). Cette recommandation comprend trois éléments centraux. Premièrement, l'objectif des outils cliniques sera de décrire les besoins/ objectifs du patient, ainsi que les éléments psychiatriques (tels que les troubles psychiques), la résilience et la qualité de vie (McDaniel et al., 2014). Ainsi, un tel outil peut également être utilisé comme un outil qui démontre l'évolution du patient. Deuxièmement, cet outil clinique fournira des indications personnalisées, avec une validité prédictive concernant les soins nécessaires pour tel ou tel patient. Troisièmement, ce qui précède crée un cadre pour la collecte de données et le suivi des patients traités dans le cadre de la convention, tant au niveau du réseau qu'au niveau politique. Un tel système de suivi répond à la nécessité de recueillir des données générales sur les traitements, centrées sur le patient et déclarées par lui, au niveau de la population et du réseau, et donc de travailler concrètement à une politique de santé fondée sur la valeur (Porter & Teisberg 2006).

Une troisième recommandation concerne le parcours sociétal général des troubles psychiques avant traitement, en termes de **développement d'un continuum d'interventions**. Dans le contexte d'un parcours sociétal de soins (c'est-à-dire la mise en place d'interventions spécifiques dans la société qui permettent aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale légers et/ou naissants de recevoir un traitement opportun, à bas seuil et bref par le biais de sites d'orientation) et des obstacles connus à la recherche d'une aide professionnelle pour les problèmes de santé mentale, il est essentiel de continuer à **promouvoir les e-interventions et des programmes/ interventions 'auto-assistance psychologique**. Il existe suffisamment d'évidence scientifique pour affirmer que les interventions sur le site web et des programmes d'auto-assistance sont des "précurseurs" du traitement (Andrews et al., 2018 ; Wright et al., 2019 ; Richards et al., 2020 ; Palacios et al., 2022 ; Timulak et al., 2022). Dans ce cas, un portfolio destiné au psychologue individuel et comprenant des interventions en ligne fondées sur des données probantes et des initiatives d'auto-assistance psychologique pour des domaines problématiques spécifiques ou généraux pourrait être élaboré.

Une quatrième recommandation découle directement de l'observation selon laquelle la proportion **d'interventions sur le terrain et l' outreach** n'est pas pleinement utilisée. Ces interventions permettent pourtant de prendre en charge les patients vulnérables (par exemple, 25 % des patients vulnérables sont traités dans des lieux d'accroches, contre 17 % dans l'ensemble). Les interventions de groupe sont également des occasions inexploitées d'organiser des soins psychologiques à bas seuil (Kaldo et al., 2019 ; Sundquist et al., 2020 ; Dolan et al., 2021 ; Rogiers et al., 2022).

Recommandations de niveau de l'organisation et les réseaux

La formation et l'éducation comprennent trois éléments : (1) une formation axée sur les traitements fondés sur des données probantes pour les soins psychologiques de première ligne, ainsi qu'une formation spécifique pour des problèmes cliniques particuliers ; (2) la formation à l'utilisation d'outils cliniques dans la pratique psychologique de première ligne et (3) des modules de formation sur les modèles de traitement fondés sur des données probantes dans les interventions de groupe (y compris l'interprétation des différences entre l'intervention de groupe et la thérapie), les modèles de traitement

fondés sur des données probantes dans les soins psychologiques spécialisés et de première ligne (y compris les différences avec les modèles de traitement dans un cadre psychothérapeutique), les modèles de traitement pour le travail sur sites et de proximité, et le travail multidisciplinaire.

Une deuxième recommandation au niveau des réseaux concerne **la création de leviers qui stimulent davantage la coopération au sein des réseaux** afin d'être en mesure de travailler davantage sur le terrain (par exemple en fournissant une compensation en cas d'absence), d'avoir une meilleure connaissance des possibilités d'orientation au sein de son propre réseau, des possibilités d'échange de bonnes pratiques et des possibilités de communication optimale entre les parties prenantes. Il convient ici d'envisager des alternatives au bilan fonctionnel en vue de créer une communication optimale entre les parties prenantes et le patient.

Recommandations au niveau politique

Les recommandations au niveau politique s'articulent autour de deux objectifs. Le premier objectif est **la poursuite du développement d'un outil de gestion de la population** : une politique qui opérationnalise et valide cliniquement la place des soins psychologiques de première ligne dans la société d'une manière substantielle et quantifiable. Dans le cadre de cette recommandation, il est essentiel de travailler sur (1) les données de la population sur la prévalence et l'utilisation des soins pour les troubles psychiques et les problèmes émotionnels au niveau de la population et du réseau, qui articulent les besoins de la population et de ses groupes vulnérables, (2) les trajectoires de soins qui se déroulent dans le cadre de ces données démographiques et au niveau du réseau, et (3) une distribution durable des ressources financières basée sur la population dans laquelle la vulnérabilité et la précarité sont des principes directeurs au niveau régional, local et municipal.

Une deuxième recommandation au niveau politique est **le développement d'une ligne directrice étape par étape pour la poursuite du développement des soins psychologiques de première ligne**, articulée autour du développement et de la poursuite (1) de normes dans les parcours de mise en œuvre des soins psychologiques de première ligne, (2) de normes dans les soins psychologiques de première ligne et le suivi (y compris les bonnes/meilleures pratiques, les interventions fondées sur des preuves au niveau individuel et collectif) et (3) de normes dans les parcours de collaboration et d'aiguillage au sein des réseaux. Par analogie avec les moniteurs HIC et ART (des moniteurs similaires pour le traitement résidentiel et ambulatoire des personnes souffrant de problèmes psychiatriques graves - voir Van Melle et al., 2019 ; Zomer et al., 2022), une version adaptée belge pour les soins psychologiques de première ligne (un "moniteur PPL") pourrait servir de guide pour la mise en œuvre, la qualité et la fidélité au modèle, en garantissant un ensemble de normes de soins et en identifiant et en évaluant les indicateurs de qualité pour la pratique et l'organisation des soins. Pour ce faire, il est nécessaire de disposer d'une échelle fiable de fidélité au modèle. Le travail dans le domaine des soins de première ligne étant multiforme - il se compose de plusieurs éléments, dont chacun est important pour la qualité des soins au sens large - il est crucial de pouvoir mesurer le degré de fidélité du modèle et les normes effectivement mises en œuvre au sein des réseaux. Une fois développé, ce moniteur aura une fonction d'échelle d'évaluation de la qualité et de la fidélité au modèle des interventions et de l'organisation des soins psychologiques de première ligne en Belgique. Le moniteur permettra aux réseaux de visualiser leur propre fonctionnement par rapport à un certain nombre de normes. Cela permettra aux réseaux d'optimiser davantage la qualité des soins et la fidélité des interventions en fonction des résultats obtenus sur le moniteur du PPL. (4) Une dernière norme concerne l'allocation des ressources financières au niveau du réseau, en tenant compte des caractéristiques spécifiques de la population des communautés, des régions et des réseaux en termes de précarité, de vulnérabilité et d'inégalités, afin d'élaborer une clé de répartition selon un principe de solidarité.