



Baromètre de la Dépression : Belgique

Ce baromètre a été élaboré par 'The Health Policy Partnership' dans le cadre de l'initiative 'Words to Actions'. 'Words to Actions' a été lancée en 2018, avec la publication d'un rapport émanant de neuf organisations de santé mentale à travers toute l'Europe. Ce baromètre a été élaboré en tant qu'activité distincte, mais fait suite à cette initiative. Les auteurs ont exercé le contrôle éditorial exclusif. Tous les matériaux de 'Words to Actions' ont été élaborés à l'initiative de Janssen Pharmaceutica NV et financés par cette dernière. Pour plus de détails, veuillez consulter wordstoaction.eu/about. Aucun expert ayant contribué à ce travail, en dehors de 'The Health Policy Partnership', n'a été rémunéré pour le temps consacré au projet.

The
Health Policy
Partnership

À propos du baromètre de la dépression

Le baromètre de la dépression est un outil visant à supporter l'évaluation des performances au niveau national en ce qui concerne les aspects essentiels de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de lutte contre la dépression et des soins fournis aux personnes souffrant de dépression. Le cadre sur lequel se fonde le baromètre a été élaboré sur la base d'une analyse de la littérature internationale et d'une consultation d'un groupe d'experts.

Le cadre du baromètre a été appliqué dans un premier temps à quatre pays : la Belgique, la France, l'Italie et la Roumanie. Les conclusions ont été résumées dans des rapports individuels. Les conclusions formulées au niveau national ont été fondées sur une analyse approfondie de la littérature ainsi que sur des entretiens avec des experts nationaux reconnus dans le domaine de la dépression.

Le présent baromètre concerne la Belgique.

Informations sur les auteurs et contributeurs

Les recherches et l'élaboration du baromètre de la dépression ont été dirigées par Catherine Whicher, Suzanne Wait, Pooja Krishnaswamy et Jody Tate, membres de 'The Health Policy Partnership (HPP)'. Nous remercions les membres du Groupe consultatif sur le baromètre de la dépression, pour le temps qu'ils ont consacré afin de nous fournir les recommandations et feed-backs qui ont largement contribué à ce baromètre :

- Julian Beezhold, European Psychiatric Association
- Liesbeth Borgermans, Université de Gand
- Doina Cozman, Association roumaine de psychiatrie et de psychothérapie
- Massimo Di Giannantonio, Société italienne de psychiatrie
- Kevin Jones, European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI)
- Raluca Nica, Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe (GAMIAN-Europe)

Nous remercions également les experts nationaux ci-après, pour leurs précieuses informations sur la situation en Belgique :

- Geert Goderis, KU Leuven
- Rebecca Muller, Ups & Downs
- Bernard Sabbe, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Université d'Anvers

Responsable de la rédaction : Jody Tate, The Health Policy Partnership. Voir coordonnées en page 22.

Table des matières

Pourquoi la dépression est-elle importante	4
La dépression en Belgique	5
Évaluer la gestion de la dépression : le baromètre	6
Résumé du baromètre pour la Belgique	8
Des services de prise en charge de la dépression intégrés et complets	10
Des données pour favoriser l'amélioration de la prise en charge de la dépression	13
Impliquer et responsabiliser les personnes souffrant de dépression	14
Utiliser la technologie pour améliorer l'accès aux soins	16
Conclusions et recommandations	18
Références	20

Pourquoi la dépression est-elle importante

La dépression est le trouble de santé mentale le plus fréquent à l'heure actuelle.¹ D'après les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, la dépression toucherait pas moins de 4,3 % des Européens, soit 40 millions de personnes.² Ce chiffre pourrait être encore plus élevé aujourd'hui, compte tenu de l'impact psychologique de la pandémie de COVID-19.³

La dépression a des effets dévastateurs sur la vie des personnes affectées, leur famille et, plus généralement, la société. Elle est associée à de nombreuses répercussions négatives tout au long de la vie d'une personne, notamment une baisse des performances scolaires, des revenus plus faibles, des maladies chroniques, une qualité de vie réduite et un risque de décès accru.^{4,5} La dépression est la principale cause de suicide² : jusqu'à 60 % de l'ensemble des suicides dans le monde entier lui sont attribuables.⁶ Jusqu'à 15 % des personnes dont la dépression n'est pas traitée risquent de mourir de suicide.¹ La stigmatisation associée à la dépression peut exacerber les souffrances et empêcher les personnes de demander et de recevoir des soins de qualité pour leur maladie.⁷⁻⁹ La dépression a également un coût socioéconomique considérable pour les pays européens.

9,4 %

des personnes vivant en Belgique souffrent de dépression^{10*}

20,7 milliards d'euros

Le coût annuel (direct et indirect) de la santé mentale^{14§}

20,7 personnes sur 100 000

en Belgique sont mortes de suicide ou d'automutilation en 2017^{11*}, la moyenne européenne étant de 12,9^{12‡}. Les estimations mondiales indiquent que la dépression peut avoir contribué jusqu'à 60 % de ces décès⁶

La Belgique compte 17 psychiatres

pour 100 000 habitants, un chiffre qui reflète la moyenne européenne^{13*}

5,1 %

Le coût de la santé mentale en pourcentage du PIB annuel (dépenses directes et indirectes), la moyenne globale européenne étant de 4 %^{14§}



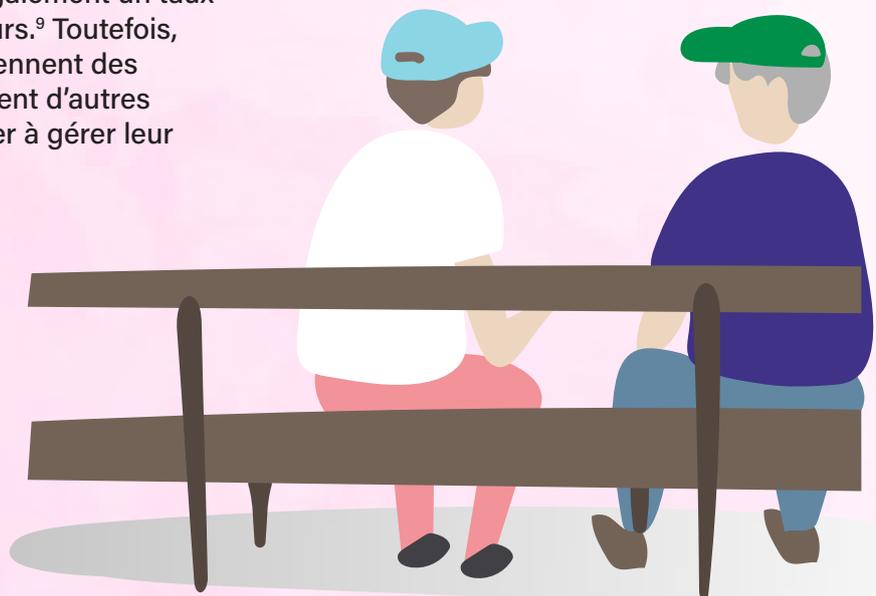
La dépression en Belgique

Le système de santé belge est complexe et fragmenté, avec une division des compétences entre le niveau fédéral et le niveau communautaire, et il est également compliqué par la structure de gouvernance régionale.¹⁵

Dans ce contexte, il n'est peut-être pas surprenant que la Belgique éprouve de sérieuses difficultés à proposer des soins intégrés aux personnes atteintes de dépression.¹⁶ Le changement de la politique fédérale a entraîné une désinstitutionnalisation des soins de santé mentale au profit des services de proximité.^{17,18} Cela pourrait toutefois avoir contribué à des prestations de soins désordonnées les services étant organisés en réseaux compartimentés et en circuits de soins.^{15,16,18}

Dans le monde, il est estimé que la dépression contribue à jusqu'à 60 % des suicides ; cela est particulièrement frappant en Belgique, qui affiche l'un des taux de suicide les plus élevés parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).¹⁹ La Belgique fait aussi partie des pays de l'Union européenne (UE) supportant des coûts de santé mentale les plus élevés, ces coûts incluant les dépenses directes pour le système de sécurité sociale et de santé ainsi que les coûts indirects liés aux pertes d'emploi et de productivité.¹⁵ La dépression touche plus d'un million de personnes en Belgique¹⁰ ; on pense cependant que la vraie dimension de cette maladie était sous-déclarée, même avant la pandémie de COVID-19.⁹ La Belgique affiche également un taux élevé d'utilisation d'antidépresseurs.⁹ Toutefois, de nombreuses personnes qui prennent des antidépresseurs n'ont pas forcément d'autres alternatives de soins pour les aider à gérer leur dépression.⁹

La volonté du gouvernement de lutter contre la dépression et d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins de santé mentale est illustrée par un certain nombre d'initiatives politiques majeures au niveau fédéral. Parmi celles-ci figure la réforme 107, qui vise à réduire le nombre de lits en institution et à intégrer davantage les soins de santé mentale à la communauté, en impliquant l'expérience des experts à tous les niveaux des soins de santé mentale.^{15,20} Cette réforme a inclus des stratégies en fonction de l'âge ainsi que des efforts politiques visant à accroître l'intégration de l'eSanté (outils et services utilisant les technologies de l'information et de la communication dans les services des soins de santé) dans tout le pays.^{15,21} Toutefois, le suivi et l'évaluation des programmes dans le domaine de la dépression sont inégaux dans les différentes parties du pays, ce qui nuit considérablement à la planification des services et à la compréhension des meilleures pratiques.^{15,22} Ainsi, la récente priorité accordée à la santé mentale en Belgique est donc prometteuse, mais la mise en œuvre effective des politiques risque de nouveau d'être freinée par la fragmentation excessive des compétences et des soins.¹⁵



Évaluer la gestion de la dépression : le baromètre

Le baromètre a été élaboré afin d'indiquer aux décideurs politiques quels changements sont les plus nécessaires pour améliorer la gestion de la dépression en Belgique. Nous espérons que ce document encouragera les dirigeants politiques à travailler en étroite collaboration avec tous les

partenaires impliqués afin d'inverser l'évolution croissante de la dépression en Belgique, tout en adoptant une approche globale et préventive afin de traiter ce problème dans toute sa complexité.

Le baromètre cible quatre domaines clés, dont l'amélioration est considérée comme prioritaire :

1

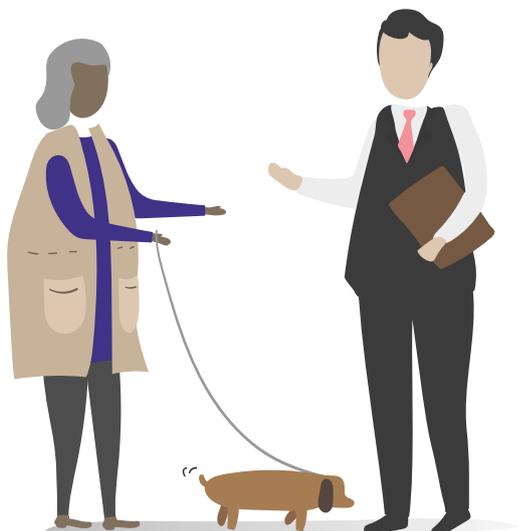
Des services de prise en charge de la dépression intégrés et complets

Des soins intégrés – c'est-à-dire un système axé sur le patient, qui soutient la personne souffrant de dépression tout au long de sa vie et de manière continue au travers du système de santé – sont essentiels à la délivrance d'un support et traitement adéquats. L'intégration des services de santé mentale dans les services de santé et sociaux au sens large est justifiée et elle peut accroître les niveaux de traitement, améliorer l'intégralité des soins et réduire les coûts globaux.²³

2

Des données pour favoriser l'amélioration des soins de la dépression

La collecte et l'analyse de données solides et récentes sur la dépression sont essentielles si l'on veut s'assurer que les services adéquats soient accessibles à toute personne qui en a besoin. Le suivi de l'évolution des patients aide à recenser et à partager les bonnes pratiques, et il peut ainsi donner de l'espoir aux utilisateurs des services quant aux possibilités d'amélioration de leur santé mentale.²³ Les données relatives aux services peuvent aider les professionnels de santé, les dirigeants politiques et les personnes souffrant de dépression à mieux comprendre quelles sont les options de traitement disponibles et accessibles. Des données plus transparentes faciliteront également l'apprentissage commun au travers de tous les aspects de la prise en charge de la dépression. Les nouveaux outils numériques peuvent faciliter la documentation à des fins de transparence et de recherche, tout en préservant l'anonymat de l'utilisateur.²³



3

Impliquer et responsabiliser les personnes souffrant de dépression

Il est essentiel que les personnes souffrant de dépression – ainsi que leur famille, leurs amis et leurs aidants – soient activement impliquées et concernées dans toutes les étapes des plans de prise en charge de leur dépression. La responsabilisation suppose que la personne dispose d'informations et d'un contrôle suffisant sur sa propre vie, ainsi que de la capacité d'agir sur ce qui lui semble important, ce qui lui permettra alors de gérer de manière plus optimale sa dépression.²⁴ Le soutien mutuel, qui permet à une personne ayant déjà vécu la dépression d'offrir de l'empathie et de l'espoir à d'autres dans la même situation, peut favoriser le rétablissement des deux personnes.²⁵ Les systèmes sociaux, les groupes de protection des patients et les autres organisations de la société civile capables d'atteindre les communautés fragiles sont essentiels pour que les services de santé mentale soient accessibles à tous, y compris ceux qui sont « passés entre les mailles du filet ».²³

4

Utiliser la technologie pour améliorer l'accès aux soins

Les plateformes numériques telles que celles qui facilitent les séances thérapeutiques à distance et les demandes de prescription en ligne, ainsi que les autres logiciels, applications pour smartphone et plateformes virtuelles consacrés à la dépression, peuvent permettre aux personnes souffrant de dépression de disposer d'un choix plus vaste de traitements, tout en les aidant à prendre davantage d'autonomie face à la gestion de leur maladie. Si les séances virtuelles ne peuvent remplacer la thérapie en personne face à face, elles peuvent représenter une option flexible afin d'aider les personnes atteintes de dépression entre leurs séances régulièrement programmées. Les services de santé et services sociaux peuvent également mettre à profit les outils numériques afin de faciliter la collecte de données et d'assurer le suivi des soins.^{26 27} Les personnes souffrant de dépression peuvent également trouver les outils numériques utiles pour se connecter aux autres et se sentir moins isolées.²⁸



Résumé du baromètre pour la Belgique

Des services de prise en charge de la dépression intégrés et complets

La dépression est-elle incluse dans le plan national de santé ou dans un plan spécifique pour la santé mentale ?



Existe-t-il une impulsion gouvernementale en matière de santé mentale, avec une responsabilité interministérielle afin de favoriser une approche d'intégration de la santé mentale dans tous ses aspects ?



La collaboration entre les soins de santé primaires et les services de santé mentale est-elle soutenue et encouragée/incitée/facilitée ?



Existe-t-il des lignes directrices sur la prise en charge de la dépression, élaborées conjointement par le secteur des soins de santé primaires et le secteur de la psychiatrie ?



Une série d'options thérapeutiques sont-elles remboursées et accessibles aux personnes atteintes de dépression, par exemple des services de psychothérapie, de soutien psychologique et de thérapie cognitive et-comportementale ?



Des services de prise en charge de la dépression sont-ils disponibles et adaptés aux groupes à risque ?

- Personnes jeunes
- Personnes âgées
- Travailleurs sur leur lieu de travail
- Personnes sans abri



Des données pour favoriser l'amélioration de la prise en charge de la dépression

Le système de santé collecte-t-il systématiquement des données sur les personnes atteintes de dépression ?



Les données relatives aux services de santé mentale sont-elles utilisées à des fins de planification ?



Les résultats communiqués par les patients sont-ils systématiquement évalués ?



Non	
Dans une certaine mesure	
Oui	

Impliquer et responsabiliser les personnes souffrant de dépression

Les directives ou plans de prise en charge de la dépression reconnaissent-ils l'importance de la responsabilisation des patients ?



Les directives sur la dépression reconnaissent-elles le rôle des familles et des soignants dans la prise de décisions sur la planification et la délivrance des soins ?



Les représentants des patients et des soignants ont-ils été impliqués dans le tout dernier plan ou la toute dernière stratégie nationale en matière de dépression ?



Les soignants ont-ils accès à une aide financière pour les aider à soutenir leurs proches atteints de dépression ?



Un soutien entre pairs est-il recommandé dans les directives de prise en charge de la dépression ?



Les activités de soutien des pairs sont-elles remboursées ?



Existe-t-il des associations nationales de défense des droits

- des personnes souffrant de dépression ?
- des soignants de personnes souffrant de dépression ?



Utiliser la technologie pour améliorer l'accès aux soins

Les patients souffrant de dépression peuvent-ils accéder à des services de soutien à distance (par téléphone ou sur Internet) en complément des services en personne face-to-face ?



Les associations professionnelles ou les directives recommandent-elles l'utilisation de services à distance en complément des services en personne face-to-face ?



Le soutien à distance contre la dépression est-il remboursé ?



Les personnes souffrant de dépression ont-elles la possibilité d'utiliser des plateformes téléphoniques ou en ligne pour renouveler leurs ordonnances à distance ?



Des services de prise en charge de la dépression intégrés et complets

Ces dernières années, la Belgique a mis en œuvre d'importantes réformes des soins de santé mentale

La réforme 107, une réforme politique visant à désinstitutionnaliser les soins de santé mentale et à mettre en œuvre une approche de soins de proximité reposant sur des réseaux (voir **l'étude de cas n° 1**), a été lancée en 2010.²² Cette initiative a vu le jour en 2002, lorsque les ministres belges de la Santé ont adopté une déclaration commune en matière de santé, visant à fournir des soins de santé mentale au moyen de réseaux et de circuits de soins collaboratifs. Cette déclaration a également identifié trois groupes cibles : les adultes, les personnes âgées et les enfants et adolescents.^{15 17} En 2010, la réforme des soins de santé mentale pour adultes a été lancée, et une réforme spécifique pour les enfants et adolescents a débuté en 2015 avec l'adoption d'un plan national.^{17 29} À l'heure de rédiger le présent rapport, la réforme ciblant les personnes âgées doit être mise en œuvre prochainement.³⁰

Les dirigeants politiques belges semblent reconnaître le lourd impact que représente la maladie mentale dans notre pays. Fin 2020, ils ont alloué un financement supplémentaire important (200 millions d'euros) aux soins de santé mentale, en réponse aux besoins accrus constatés à la suite de la pandémie mondiale, et ils ont recommandé avec succès de pérenniser ce financement.³¹⁻³² Un projet pilote a débuté et propose un remboursement plus large pour les soins de première ligne prodigués par des psychologues cliniciens sans avoir besoin d'une référence. Le régime national d'assurance-maladie a également augmenté le remboursement des consultations à distance pour les personnes sollicitant des soins de santé mentale.³²⁻³⁴

Étude de cas n° 1. La réforme 107 : un changement politique qui a donné lieu à une désinstitutionnalisation majeure des soins de santé

La réforme 107 est une politique de santé mentale lancée en 2010 afin de transformer le secteur belge des soins psychiatriques, l'un des plus fortement institutionnalisés au monde, en favorisant davantage des soins globaux de proximité.^{15 17 22}

Cette transformation en profondeur a été financée en partie grâce au gel de la capacité d'accueil en lits d'hôpitaux dans les institutions et à une réorientation de ces fonds vers les soins de proximité.¹⁵ Cette réforme a permis de réduire de manière significative les hospitalisations de longue durée liées à des troubles de santé mentale, ainsi que la durée des admissions.²² Les équipes mobiles travaillant au sein de la communauté, y compris les équipes mobiles répondant aux situations aiguës et celles répondant aux problèmes de santé mentale chroniques,²² affichent un taux de satisfaction élevé.^{15 35}

Si des problèmes persistent au niveau de l'organisation et de la fourniture des soins de santé mentale en Belgique, bon nombre d'entre eux sont probablement liés au système de santé fédéré de notre pays, qui est considérablement fragmenté. La réforme 107 constitue un modèle très intéressant pour les autres pays qui envisagent d'opérer une transition similaire entre les soins hospitaliers et les soins de proximité, en particulier ceux qui ont la possibilité d'harmoniser leurs systèmes sur l'ensemble de leur territoire afin de garantir la cohérence de l'offre et la continuité des soins.

La fragmentation des compétences et responsabilités en matière de soins de santé mentale entraîne des carences dans les soins délivrés aux personnes atteintes de dépression

Si la transition vers les soins primaires de proximité a été accueillie très positivement, elle s'est également accompagnée de problèmes persistants de fragmentation, de compétences mixtes et de mise en œuvre hétérogène.^{8 18 35} En conséquence, de nombreuses personnes dans le besoin passent encore entre les mailles du filet.³⁶ Les critiques affirment que cette politique est peut-être trop ambitieuse en tentant d'appliquer un seul modèle de soins à toutes les personnes, quels que soient leurs besoins.^{18 36} La continuité de la gestion des soins dans l'ensemble du système de santé et dans le temps n'a pas été priorisée.

En plus de la complexité de l'organisation ministérielle de la santé aux niveaux fédéral et communautaire en Belgique, une partie des difficultés pour organiser des soins standardisés avec des compétences claires pourraient s'expliquer par le fait que le pays ne dispose pas de directives cliniques claires sur le traitement de la dépression qui couvriraient les soins primaires, secondaires et tertiaires.^{8 9} Si des directives de prise en charge de la dépression ont été élaborées par les médecins généralistes en Flandre³⁷, leur utilisation n'est pas homogène et la plupart des professionnels de santé appliquent des directives provenant des Pays-Bas ou du Royaume-Uni.⁹

Les taux de référence entre les prestataires de soins primaires et secondaires sont également difficiles à déterminer, la communication entre les différents acteurs du système de santé étant globalement très problématique.^{8 9 35 38} En l'absence de recommandations formelles, la gestion des patients entre ces niveaux de soins semble relever essentiellement du cas par cas, certains réseaux et circuits étant largement plus solides que d'autres.^{8 9}

Cela peut entraîner des variations inacceptables de la qualité des soins reçus par les personnes souffrant de dépression, ainsi que des échecs thérapeutiques, en raison d'une gestion sous-optimale et d'un manque de communication entre les prestataires de soins de santé.

Malgré les priorités définies par le gouvernement au niveau de la dépression et de la santé mentale, des problèmes subsistent

Les troubles psychiatriques tels que la dépression peuvent être considérés comme moins prioritaires que d'autres maladies, d'autant plus que de nombreux prestataires de soins de santé primaires disposent de très peu de temps pour chaque patient.⁹ Certains professionnels de santé peuvent traiter leurs patients exclusivement au moyen d'antidépresseurs,^{8 9} sans avoir les moyens de proposer de la psychothérapie, surveiller l'efficacité du traitement ni envisager une approche globale à long terme des soins et du rétablissement.

En dehors du système de santé, on observe une certaine prise en considération de la santé mentale dans d'autres secteurs tels que le secteur du travail l'aide sociale et le système judiciaire.¹⁵ Toutefois, il ne semble pas y avoir d'initiative majeure visant à traiter efficacement les risques et les problèmes de dépression dans l'ensemble des systèmes.

Les personnes souffrant de dépression peuvent accéder à des consultations et à une série de thérapies, mais les listes d'attente et le ticket modérateur y compliquent l'accès

Les personnes atteintes de dépression peuvent s'adresser elles-mêmes à des centres de santé mentale, mais ceux-ci sont souvent surchargés, et les délais d'attente sont donc longs.³⁵⁻³⁸ La Belgique apporte une réponse relativement solide en cas de crise aiguë, mais elle présente des carences en ce qui concerne la délivrance des soins à long terme nécessaires aux personnes souffrant de dépression chronique.³⁶

³⁸ La structure des réseaux et circuits de soins fragmentés laisse également les personnes atteintes de dépression insatisfaites de leur liberté de choix au niveau des soins de santé mentale.¹⁵

Le remboursement des services de prise en charge de la dépression était jusqu'à récemment considéré comme insuffisant,^{9, 32-35} de même que la transparence du système.⁸ Cependant, l'assurance-maladie nationale a rendu permanents le remboursement et la fourniture de services médicaux en ligne qui avaient été temporairement élargis pendant la pandémie de COVID-19. Néanmoins, les séances sont limitées et un ticket modérateur est toujours exigé,³²⁻³⁴ ce qui peut entraver l'accès des groupes à faible revenu.³⁹ Le nouveau programme pilote visant à élargir le remboursement pour les soins psychologiques de première ligne n'inclue pas nécessairement tous les psychologues cliniciens raison de contraintes budgétaires.³²



Des données pour favoriser l'amélioration des soins de la dépression

Il manque énormément de données sur l'ampleur de la dépression ainsi que sur les principaux indicateurs des soins de santé mentale, ce qui complique la tâche des dirigeants au moment de planifier des services répondant aux besoins des utilisateurs.

La Belgique ne possède pas de registre des patients souffrant de santé mentale ou de base de données similaire permettant de suivre et d'évaluer systématiquement les résultats des soins dispensés aux personnes souffrant de dépression. Il n'existe pas non plus de collecte de données au niveau fédéral,¹⁵ couvrant l'ensemble du système de santé mentale du pays.²² Des indicateurs quantitatifs de base liés à la dépression sont mis en place sur l'ensemble du territoire, par exemple sur les suicides et les lits en hôpital psychiatrique,^{15 22} mais ces données ne peuvent fournir à elles seules un aperçu complet du problème posé par la dépression en Belgique.

L'adoption d'outils d'eSanté tels que l'identification unique des patients et les dossiers médicaux électroniques est lente, malgré sa promotion par le gouvernement belge.^{21 35 38} L'identification unique des patients est particulièrement utile dans le cadre de maladies chroniques telles que la dépression, pour lesquelles il est difficile de collecter des données à long terme et il existe aussi un manque d'informations dans différents domaines, dont l'épidémiologie, les résultats à long terme et l'efficacité des traitements. Cette identification peut fournir de précieuses informations à long terme (anonymisées) afin d'orienter la planification des traitements, la délivrance de services et l'élaboration des politiques de santé. Elle peut également faciliter un partage efficace d'informations entre différents professionnels de la santé, afin de favoriser la continuité des soins.

Si certaines communautés et certains réseaux encouragent la collecte de données parmi les prestataires de soins, il n'y a aucune obligation en ce sens, et aucune coordination n'est assurée afin de garantir la comparabilité sur l'ensemble du territoire.

Ensemble, ces problèmes ont contribué à alimenter un manque majeur d'informations qui permettraient de comprendre l'efficacité et l'acceptabilité des soins de la dépression en Belgique.^{15 19 22} C'est la raison pour laquelle les meilleures pratiques ne sont ni reconnues, promues ni diffusées.

Les résultats communiqués par les patients, ainsi que d'autres données qualitatives, ne sont pas collectés, ce qui limite la capacité de prendre des décisions bien fondées sur les soins à leur apporter.

Malgré l'importance de comprendre l'efficacité des interventions et des services, ni le gouvernement national ni les entités fédérées ne recueillent systématiquement les résultats communiqués par les patients ou d'autres données qualitatives sur la satisfaction face à l'utilisation des services.⁹ Ces carences empêchent les personnes atteintes de dépression et leurs soignants de prendre des décisions fondées quant à leur programme de soins. Elles témoignent également d'un manque de priorité accordée à l'expérience des patients.

Des organisations de santé mentale et de traitement de la dépression ont essayé de rassembler des informations en ligne sur les différentes possibilités de traitement existantes.⁴⁰⁻⁴³ Toutefois, il n'existe aucune ressource complète et centralisée proposant des informations aussi basiques.⁹

Impliquer et responsabiliser les personnes souffrant de dépression

La Belgique a reconnu l'importance d'inclure les personnes atteintes de dépression, leur famille et leurs soignants dans l'élaboration des politiques et soins de santé

Les représentants des patients et des soignants ont été des acteurs majeurs de l'élaboration de la réforme 107,²² dont le but était de réorganiser les soins en fonction des besoins des utilisateurs des services de santé mentale.¹⁷ On constate néanmoins des écarts entre les communautés en ce qui concerne l'intégration de l'implication des patients dans la fourniture des services, la Flandre étant généralement considérée comme étant la plus avancée dans ce domaine^{8 15} (voir **étude de cas n° 2**).

Étude de cas n° 2. Les « experts par expérience » en Flandre

Le système de santé mentale flamand a accordé une importance particulière aux « experts par expérience » et inclut ces derniers à de nombreuses étapes de la délivrance et de la planification des soins et de l'élaboration des politiques.^{8 9} L'un des plus grands réseaux d'hôpitaux de santé mentale en Belgique compte, au sein de son conseil d'administration, des soignants, d'anciens patients et des membres de leur famille.²⁵ Ces personnes sont considérées comme étant importantes non seulement à des fins d'élaboration des politiques, mais aussi pour fournir des informations aux patients et aider les services à améliorer la satisfaction des utilisateurs.¹⁵ Certains observateurs pensent que les personnes atteintes de dépression pourraient bénéficier plus de leurs échanges avec des 'experts par expérience' comparé à leur travail avec des professionnels de santé, grâce, peut-être, au fait que les 'experts par expérience' sont les mieux placés pour offrir de l'espoir et de l'empathie.^{8 23}

La stigmatisation demeure un obstacle à la prise en charge de la dépression

Malgré les investissements du gouvernement dans des campagnes visant à réduire la stigmatisation de la dépression, le problème persiste.³⁸ La stigmatisation intériorisée – c'est-à-dire l'intériorisation des perceptions négatives entourant la maladie mentale – empêche de nombreuses personnes à solliciter les soins dont elles ont besoin.^{8 9} La discrimination inconsciente vis-à-vis des personnes ayant des besoins en santé mentale (en opposition à des problèmes exclusivement physiques) peut également expliquer en partie les obstacles rencontrés par les professionnels de la santé pour fournir des soins optimaux aux personnes qui en font la demande.^{8 9} D'après un expert interviewé pour les besoins de ce baromètre, cela pourrait expliquer en partie pourquoi tant de gens se voient prescrire des antidépresseurs en soins primaires, sans toutefois bénéficier d'un suivi adéquat ou être orientés de manière coordonnée vers des soins spécialisés.⁹

Bien que la valeur des patients et des soignants soit reconnue, il n'existe aucune organisation publique de patients spécifiquement axée sur la dépression

L'absence d'organisations de patients axées sur la dépression en Belgique peut s'expliquer par le fait qu'en raison de contraintes de financement, la société civile a jugé plus efficace de mener des actions sur le thème global de la santé mentale. Les communautés flamande et francophone possèdent toutes deux une association consacrée aux soignants de personnes atteintes de maladies mentales,^{44 45} et de nombreuses initiatives ont été lancées afin de promouvoir la santé mentale et de lutter contre la stigmatisation.^{40 46 47} Une association de patients en Flandre, Ups & Downs, vient en aide aux personnes atteintes de dépression et de trouble bipolaire, ainsi qu'à leur famille.⁴¹ Toutefois, ses activités ne bénéficient d'aucun financement des gouvernements belge ou flamand.⁴¹ Plus d'efforts pourraient être déployés afin de soutenir les associations de patients dans leur travail essentiel d'éducation, de défense et de soutien des personnes souffrant de dépression.



Utiliser la technologie pour améliorer l'accès aux soins

Le plan fédéral visant à élargir l'utilisation des outils numériques pour la santé pourrait favoriser l'amélioration des soins fournis aux personnes atteintes de dépression

Les professionnels de santé ont bénéficié d'incitations financières et de soutien technique afin de promouvoir et de faciliter l'adoption d'outils numériques tels que les dossiers médicaux électroniques, les prescriptions électroniques, la facturation électronique, etc.²¹ La toute dernière version de la politique fédérale (Plan d'actions e-Santé 2019–2021 / Actieplan e-Gezondheid 2019–2021)⁴⁸ prévoyait le lancement de l'eHealthMonitor, une enquête récurrente relative à la connaissance et à l'utilisation d'applications d'eSanté en Belgique.⁴⁹ Les conclusions de cette enquête pourraient aider à améliorer la compréhension qu'ont les dirigeants des besoins et carences dans le domaine relativement neuf de l'eSanté, ainsi qu'à recenser les obstacles à l'adoption optimale de ces outils.

En dehors des applications, les personnes disposant d'un dossier électronique peuvent accéder à leurs informations personnelles sur un portail de santé en ligne, [MaSante.be](https://www.miasante.be) / [Mijngezondheid.be](https://www.mijngezondheid.be).⁵⁰ Les prescriptions électroniques sont elles aussi en train de devenir la norme : en janvier 2020, elles sont devenues obligatoires pour tous les médicaments, et depuis juin 2021, les patients doivent pouvoir aller chercher des médicaments chez leur pharmacien sans être obligés d'apporter une preuve physique de leur prescription.⁵¹ Ces initiatives constituent des avancées positives grâce auxquelles les personnes atteintes de dépression pourront aller chercher plus facilement leurs médicaments et pourront mieux comprendre leur historique de traitement, ce qui leur permettra de s'impliquer davantage dans les futures décisions prises concernant leurs soins.

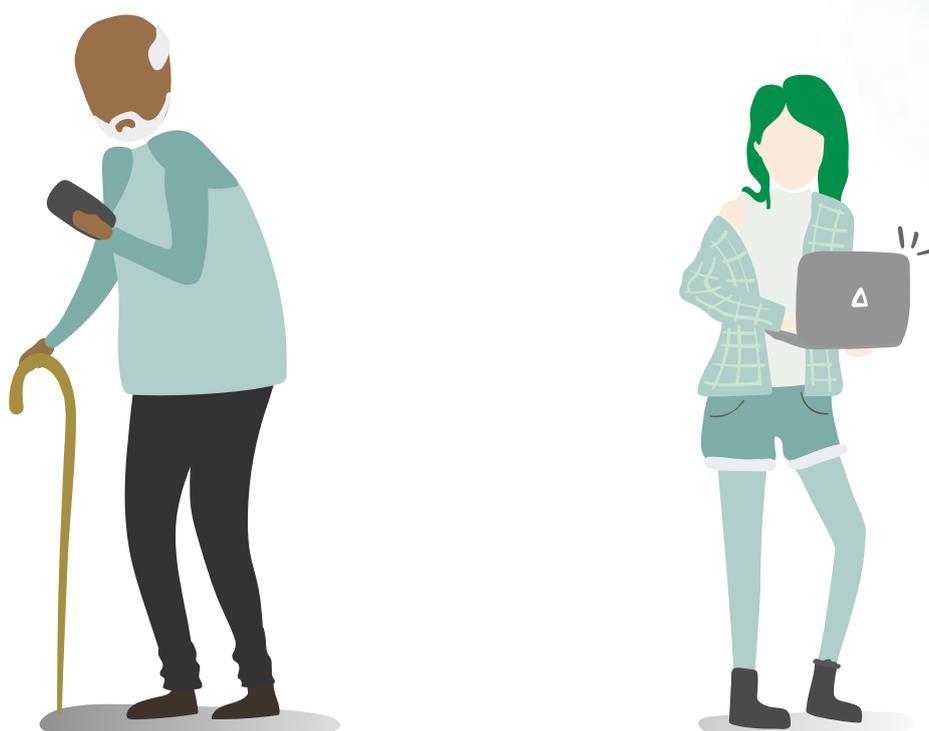


Malgré la priorisation, l'aide technique et la formation, des obstacles à l'adoption des outils numériques persistent

Parmi les problèmes cités par les médecins généralistes pour intégrer les outils d'eSanté dans leur travail figurent une fonctionnalité médiocre, des difficultés techniques, un coût d'utilisation perçu comme étant élevé par rapport aux bénéfices et des craintes de pertes de données en cas de panne informatique.²¹ Certains professionnels de santé ont des questions sur l'utilisation des données à caractère personnel et le respect du Règlement général sur la protection des données (RGPD).³⁵ Davantage d'efforts doivent être déployés afin de répondre à ces préoccupations et veiller à ce que des systèmes sécurisés et faciles à utiliser soient disponibles et contribuent à la gestion de la dépression. L'intégration complète des solutions numériques dans les plans de soins ne pourra pas avoir lieu tant que les professionnels de santé et les personnes atteintes de dépression n'auront pas été rassurés à ce propos.

La crise de la COVID-19 a permis l'amélioration de l'accès aux consultations en ligne

Compte tenu de l'impact négatif de la pandémie sur la santé mentale, l'assurance-maladie nationale facilite l'accès aux consultations de psychologues en ligne. Certains professionnels de santé proposaient déjà avant la pandémie des consultations en ligne via le site web [Psy.be](https://www.psy.be).⁵² Chaque professionnel de santé peut choisir les types de services à offrir, et les coûts peuvent varier d'un praticien à l'autre et d'un réseau à l'autre.¹⁵



Conclusions et recommandations

La priorisation par la Belgique des soins de santé mentale, dont la dépression, témoigne d'une volonté sociale et politique d'améliorer les soins et le traitement des millions de personnes souffrant de dépression. La politique phare du pays en matière de santé mentale, la réforme 107, a permis de réaliser des avancées considérables en désinstitutionnalisant les soins au profit des soins de proximité, mais un manque de capacités met le système à très rude épreuve.

« Le système de santé belge est globalement performant et les personnes souffrant de dépression devraient pouvoir accéder facilement à l'aide dont elles ont besoin, mais ce n'est pas toujours le cas ».

Professor Bernard Sabbe,
Psychiatrie et psychologie médicale
Université d'Anvers

En outre, la réforme 107 n'a pas facilité une approche de la dépression coordonnée, intégrée et axée sur le patient à tous les niveaux de soins (primaire, secondaire et tertiaire). La fragmentation et les problèmes de communication restent l'une des carences les plus significatives, en raison de l'éparpillement des compétences entre les niveaux fédéral et fédérés et les nombreux ministres de la Santé. Le manque d'harmonisation de collecte de données, associé à l'absence de données qualitatives sur l'efficacité des programmes et les résultats communiqués par les patients, résulte dans un système rempli de carences et de chevauchements, manquant d'efficacité et ne promouvant pas les meilleures pratiques recensées.

Toutefois, grâce aux politiques visant à accroître l'utilisation des outils numériques pour soigner la dépression, aux ajustements des remboursements rendus nécessaires par la pandémie de COVID-19 et à la priorité particulière accordée à la santé mentale des enfants et des adolescents, l'approche adoptée par la Belgique pour lutter contre la dépression présente certains points forts qui doivent être encouragés et renforcés.

Recommandations prioritaires

Des services de prise en charge de la dépression intégrés et complets

- Élaborer et encourager, grâce à une aide à la formation, l'adoption de recommandations cliniques fédérales visant à recenser et à harmoniser les meilleures pratiques en matière de traitement des troubles dépressifs majeurs dans l'ensemble des soins de santé primaires et secondaires, en améliorant les circuits d'orientation et les résultats des traitements et en limitant les stratégies de soins strictement axés sur les médicaments.
- Créer dans chaque région des systèmes, des aides et des incitations afin d'améliorer la communication et la coordination entre les centres de santé mentale de proximité, les soins de santé primaires et les soins spécialisés, et évaluer systématiquement la prestation et l'intégration des soins liés à la dépression dans ces groupes.
- Élargir d'avantage le remboursement des traitements non médicamenteux de la dépression qui sont appuyés par des éléments probants, et accroître les investissements dans les centres de soins primaires multidisciplinaires afin de fournir des soins de proximité de meilleure qualité et plus efficaces et de faciliter la coordination avec les niveaux de soins secondaires et tertiaires.

Des données pour favoriser l'amélioration des soins de la dépression

- Imposer une collecte de données standardisée sur la dépression, incluant les données cliniques, les données de la médecine du travail, les données d'évaluation des programmes et les données communiquées par les patients. Cette collecte devrait être effectuée sur la base d'une identification unique des patients, afin d'assurer la continuité des soins et l'observation des résultats à long terme. Ces données peuvent ensuite être utilisées par les dirigeants politiques et les gestionnaires des soins de santé afin de planifier, de surveiller et d'évaluer efficacement les services offerts aux personnes souffrant de dépression.
- Collecter des données sur l'efficacité, l'acceptabilité et l'adhésion aux traitements disponibles contre la dépression et mettre ces informations à la disposition des personnes atteintes de dépression et de leurs soignants afin d'orienter les décisions de soins axées sur le patient.

Impliquer et responsabiliser les personnes souffrant de dépression

- Établir des mécanismes afin de mettre en contact les personnes souffrant de dépression, leur famille et leurs soignants avec les associations locales et les centres capables de leur fournir un soutien continu, et veiller à ce que ces associations et centres disposent de suffisamment de fonds pour jouer leur rôle d'éducateurs, de défenseurs et de soutien.
- Accroître la sensibilisation à la dépression et à la santé mentale afin de réduire la stigmatisation, en se focalisant notamment sur la stigmatisation intériorisée et les discriminations inconscientes, et encourager les personnes souffrant de dépression à demander des soins.
- Impliquer davantage les personnes ayant souffert de dépression, ainsi que leurs soignants et famille, dans les conseils d'administration des hôpitaux et à tous les niveaux de prise de décision en matière de soins de santé mentale.

Utiliser la technologie pour améliorer l'accès aux soins

- Veiller à ce que les logiciels, les plateformes et autres outils numériques soient faciles à utiliser tant par les professionnels de santé que par les personnes souffrant de dépression, afin de faciliter leur adoption en toute sécurité et leur intégration dans les soins conformément aux réglementations relatives à la protection des données.
- Rendre permanentes les nouvelles politiques nationales de remboursement décidées par l'assurance-maladie concernant les consultations à distance, et augmenter le nombre annuel de séances auxquelles les patients peuvent accéder.
- Accroître l'utilisation des outils numériques facilitant la fourniture de soins coordonnés et multidisciplinaires, y compris les dossiers médicaux en ligne intégrés et les technologies facilitant les consultations conjointes et les réunions interdisciplinaires.

Références

1. Centre for Suicide Prevention. 2015. *Depression and suicide prevention: resource toolkit*. Calgary: CSP
2. World Health Organization Europe. Depression. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/areas-of-work/depression> [Accessed 11/06/20]
3. Pan K-Y, Kok AAL, Eikelenboom M, *et al.* The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *Lancet Psychiatry*. 10.1016/S2215-0366(20)30491-0
4. Linder A, Gerdtham U-G, Trygg N, *et al.* 2019. Inequalities in the economic consequences of depression and anxiety in Europe: a systematic scoping review. *Eur J Public Health* 30(4): 767-77
5. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, *et al.* 2014. Comprehensive Meta-Analysis of Excess Mortality in Depression in the General Community Versus Patients With Specific Illnesses. *Am J Psychiatry* 171(4): 453-62
6. Ng CWM, How CH, Ng YP. 2017. Depression in primary care: assessing suicide risk. *Singapore Med J* 58(2): 72-77
7. Tavormina MG, Tavormina R, Nemoianni E, *et al.* 2015. A questionnaire to assess social stigma. *Psychiatr Danub* 27 Suppl 1: S328-31
8. Muller R. 2020. Interview with Pooja Krishnaswamy at The Health Policy Partnership [Video conference call]. 20/11/20
9. Sabbe B. 2020. Interview with Pooja Krishnaswamy at The Health Policy Partnership [Video conference call]. 06/11/20
10. For a Healthy Belgium. Mental health. [Updated 06/11/20]. Available from: <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/mental-health> [Accessed 17/02/21]
11. World Health Organization. 2017. *Mental Health Atlas Member State Profile: Belgium*. Geneva: WHO
12. World Health Organization. 2018. *Mental health atlas 2017*. Geneva: WHO
13. Eurostat. Physicians by medical specialty. [Updated 10/07/20]. Available from: <https://bit.ly/2ZlnS6x> [Accessed 30/10/20]
14. Organisation for Economic Co-operation and Development/European Union. 2018. *Health at a Glance: Europe 2018*. Paris/Brussels: OECD Publishing/European Union
15. Belgian Health Care Knowledge Centre. 2019. *Organisation of mental health care for adults in Belgium*. Brussels: KCE
16. Van den Broeck K, Ketterer F, Remmen R, *et al.* 2017. Why Collaborative Care for Depressed Patients is so Difficult: A Belgian Qualitative Study. *Int J Integr Care* 17(2): 7-7
17. Borgermans L, Jacob B, Coture M, *et al.* 2018. *Good practice brief: Multisectoral mental health networks in Belgium*. Copenhagen: World Health Organization Europe
18. Nicaise P, Dubois V, Lorant V. 2014. Mental health care delivery system reform in Belgium: the challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy* 115(2-3): 120-7
19. Organisation for Economic Co-operation and Development. 2016. *Health policy in Belgium*. Paris: OECD
20. Belgian Health Care Knowledge Centre. 2020. *Barriers and facilitators for eHealth adoption by general practitioners in Belgium*. Brussels: KCE
21. Muller R. 2021. Personal communication by email: 01/03/21
22. Schnatz J. 2019. Reform 107: Belgium's transition to a community-based approach to mental healthcare. [Updated 20/12/19]. Available from: <https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/reform-107-belgiums-transition-community-based-approach-mental-healthcare/> [Accessed 23/12/20]
23. Beezhold J, Destrebecq F, grosse Holftorth M, *et al.* 2018. *A sustainable approach to depression: moving from words to actions*. London: The Health Policy Partnership
24. European Patients Forum. 2015. *EPF Background Brief: Patient Empowerment*. Brussels: EPF
25. Repper J, Carter T. 2011. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health* 20(4): 392-411
26. European Commission. 2018. Tackling depression with digital tools. [Updated 04/06/18]. Available from: https://ec.europa.eu/research/infocentre/article_en.cfm?id=/research/headlines/news/article_18_06_04_en.html?infocentre&item=Infocentre&artid=48877 [Accessed 06/11/20]
27. Hallgren KA, Bauer AM, Atkins DC. 2017. Digital technology and clinical decision making in depression treatment: Current findings and future opportunities. *Depress Anxiety* 34(6): 494-501
28. Prescott J, Hanley T, Ujhelyi K. 2017. Peer Communication in Online Mental Health Forums for Young People: Directional and Nondirectional Support. *JMIR Ment Health* 4(3): e29-e29

29. Government of Belgium. 2015. *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents*. Brussels: Government of Belgium
30. Belgian Health Care Knowledge Centre. 2018. *How to improve the organisation of mental healthcare for older adults in Belgium?* Brussels: KCE
31. Magnette P, De Croo A. 2020. *Verslag van de formateurs*. Brussels: Government of Belgium
32. Van Maldegem, P. 2021. *Tarief van 11 euro niet voor elke sessie bij psycholoog* [online]. De Tijd. Available from <https://www.tijd.be/netto/analyse/gezinsuitgaven/tarief-van-11-euro-niet-voor-elke-sessie-bij-psycholoog/10324523.html> [Accessed 07/09/21]
33. National Institute for Sickness and Disability Insurance. Covid-19 - Primary psychological care: Video consultation, more flexibility, whatever the patient's age. Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/covid19/Pages/soins-psychologiques-premiere-ligne-consultation-video-autres-assouplissements-covid19.aspx> [Accessed 31/01/21]
34. National Institute for Sickness and Disability Insurance. First-line psychology sessions with a clinical psychologist or a clinical remedial teacher. Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/soins/Pages/seance-psychologie-1er-ligne-psychologue-clinicien-orthopedagogue-clinicien.aspx> [Accessed 31/01/21]
35. Goderis G. 2020. Interview with Jody Tate and Pooja Krishnaswamy at The Health Policy Partnership [Video conference call]. 29/11/20
36. Lorant V, Grard A, Van Audenhove C, et al. 2016. Assessment of the priority target group of mental health service networks within a nation-wide reform of adult psychiatry in Belgium. *BMC Health Serv Res* 16(1): 187
37. Declercq T, Habraken H, Van den Aemele H, et al. 2017. *Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Depressie bij volwassenen*. Antwerp: Domus Medica vzw
38. Borgermans L. 2020. Interview with Catherine Whicher, Jody Tate and Suzanne Wait at The Health Policy Partnership [Video conference call]. 14/07/20
39. Belgian Health Care Knowledge Centre. 2020. *Health system performance assessment: How equitable is the Belgian health system?* Brussels: KCE
40. Psytoyens. Accueil. Available from: <https://www.psytoyens.be/> [Accessed 29/01/21]
41. Ups & Downs. Home page. Available from: <https://www.upsendowns.be/> [Accessed 30/01/21]
42. Steunpunt Geestelijke Gezondheid. Hulp zoeken. Available from: <https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/hulp-zoeken> [Accessed 30/01/21]
43. Steunpunt Geestelijke Gezondheid. Home page. Available from: <http://www.steunpuntgg.be/> [Accessed 27/01/21]
44. Similes. Home. Available from: <https://nl.similes.be/> [Accessed 31/01/21]
45. MètIS-EUROPE. Bienvenue. Available from: <http://www.metis-europe.eu/> [Accessed 31/01/21]
46. Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid. Home. Available from: <http://www.vvvg.be/> [Accessed 27/01/21]
47. Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale. Accueil. Available from: <https://lbsm.be/ligue-bruxelloise-pour-la-sante-mentale/> [Accessed 29/01/21]
48. Conférence interministérielle de la santé publique. 2019. *Plan d'actions e-Santé 2019-2021*. Brussels
49. eHealthMonitor. Home page. Available from: <https://www.imec-int.com/en/ehealthmonitor> [Accessed 31/01/21]
50. MaSante.be / Mijngezondheid.be. Home page. Available from: <https://www.masante.belgique.be/#/> [Accessed 31/01/21]
51. Recip-e. Home page. Available from: <https://recip-e.be/> [Accessed 31/01/21]
52. Psy.be. Home page. Available from: <https://www.psy.be/fr> [Accessed 31/01/21]

Coordonnées

Pour plus d'informations sur ce baromètre, veuillez contacter Jody Tate au The Health Policy Partnership (jody.tate@hpolicy.com)

The Health Policy Partnership
68-69 St Martin's Lane
Londres WC2N 4JS
Royaume-Uni

© 2022 The Health Policy Partnership. Le présent rapport est uniquement destiné à un usage personnel, éducatif ou à des fins de recherche. Il ne peut être utilisé à des fins commerciales. Toute adaptation ou modification du contenu du rapport est interdite, sauf autorisation de The Health Policy Partnership.



The
Health Policy
Partnership

Réédition octobre 2022

EM-82938