

Interreg

France-Wallonie-Vlaanderen



UNION EUROPÉENNE
EUROPESE UNIE



PSICOCAP

Avec le soutien du Fonds européen de développement régional

Profil des populations du territoire du projet Psicocap

(Départements des Ardennes et de la Marne en France ; Province de
Namur en Belgique)

Offre en santé mentale

Mars 2023

Opérateurs partenaires



Opérateurs associés



Rédaction

Laurent Chamagne : Chargé d'études démographe, ORS Grand Est

Richard Manirambona : Chargé de recherche, IWEPS

Docteur François Ihuel : Praticien hospitalier en santé publique, EPSM de la Marne

Mise en page

Cécile Joie : Chargée d'études démographe, ORS Grand Est

Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement l'ensemble des fournisseurs de données qui, par leur étroite collaboration, ont permis la réalisation de ce travail. Nos remerciements s'adressent également à toute l'équipe du projet Psicocap.

Sommaire

Sommaire	3
Introduction	4
Le système de soins en santé mentale en Belgique	5
Le système de soins en santé mentale en France	7
Catégorisation de l'offre en santé mentale	9
Matériel et méthodes	10
Limites	11
Soins de première ligne.....	12
Prévention et promotion des soins en santé mentale	12
Détection précoce, dépistage et pose de diagnostic	13
Structures de soins ambulatoires	14
Equipes mobiles	15
Réhabilitation psychosociale	16
Soins hospitaliers	17
Soins hospitaliers pour adultes.....	17
Soins hospitaliers infanto-juvénile	18
Formules résidentielles spécifiques	19
Formules résidentielles avec mission de soutien à l'organisation de la vie quotidienne	19
Formules résidentielles avec mission de dispenser les soins.....	20
Eléments à retenir	21
Référence bibliographique	22
.....	23

Introduction

Le projet Psicocap vise à construire un instrument transfrontalier d'observation et d'analyse sur le handicap et en particulier le handicap psychique afin d'éclairer les actions à mener par les promoteurs de projets et les décideurs locaux sur la base de données probantes. Au niveau géographique, ce projet couvre deux départements français (le département des Ardennes et le département de la Marne) et une province belge (la province de Namur).

Afin d'apporter une aide à la décision, le projet comporte un module de travail dont l'objectif est de récolter des données de contexte sociodémographique sur l'ensemble du territoire, mais surtout de l'état de santé et de l'offre de soins en matière de handicap et de handicap psychique. L'observation est une des clés pour agir, elle permet de dresser un état des lieux, de le partager et d'identifier des éventuelles disparités.

Une mise en perspective par rapport aux données nationales et une déclinaison infra-territoriale permettent d'identifier les forces et faiblesses et de cibler les secteurs dans lesquels des actions pourraient être menées.

Ce document concerne la troisième partie relative aux indicateurs de l'offre en santé mentale. Il est constitué de 9 fiches thématiques illustrant une partie des données présentes dans le **tableau des indicateurs téléchargeable**. Les indicateurs retenus l'ont été en fonction de leur pertinence et de leur comparabilité. La personne intéressée pourra trouver les données actualisées sur les sites internet des fournisseurs de ces données. La source des données pour chaque indicateur est précisée dans les encadrés.

Avant de présenter les différents indicateurs sélectionnés, il convient de faire une mise en contexte à l'aide d'une brève description de l'organisation du système de soins en santé mentale dans chaque pays.

Le système de soins en santé mentale en Belgique

En Belgique, les réformes successives de l'État ont modifié le paysage des soins en santé mentale. Actuellement, le niveau fédéral est responsable du financement des psychiatres et des services de psychiatrie dans les hôpitaux, tandis que les entités fédérées (régions et communautés) sont responsables de l'organisation et du financement des services de santé mentale ambulatoire (SSM).

Depuis le 1^{er} septembre 2021, grâce à une nouvelle convention avec un potentiel de 32 réseaux locaux de santé mentale couvrant l'ensemble de la Belgique, le niveau fédéral intervient dans le financement des soins psychologiques de première ligne et des soins psychologiques spécialisés. C'est l'assurance soins de santé qui prend en charge la majeure partie du prix de la séance, via le système du tiers payant. Le nombre de séances remboursées sur une période de 12 mois dépend du type de réseau (réseau enfants et adolescents versus réseau adultes) et du type de séance (séance individuelle versus séance collective)¹. Le secteur médico-social relève quant à lui de la compétence des entités fédérées.

En raison de cette dispersion des compétences, il n'existe aucune source de données standardisée couvrant l'ensemble du système de soins de santé mentale.

Sans toutefois être exhaustif, voici les quelques points clés de l'évolution de l'organisation des soins de santé mentale en Belgique à la suite des différentes réformes :

En 1948, les soins de santé mentale, qui avaient longtemps été organisés principalement par les ordres religieux, sont placés sous la responsabilité du ministère de la Santé. À cette date, les asiles jusque-là sous la responsabilité du ministère de la Justice ont été placés sous la tutelle du ministère de la Santé (Vrancken D. *et al*, 2010).

Au cours des années 1950, il est apparu un changement de paradigme important : les asiles se transforment progressivement en hôpitaux psychiatriques, l'aliéné devient un malade mental et les troubles mentaux un problème médical (Vrancken D. *et al*, 2010).

Au milieu des années 1970, des services psychiatriques ont été introduits dans les hôpitaux généraux (SPHG). Il y a également eu la création des services de santé mentale (SSM), des centres de revalidation communautaires pour les troubles de santé mentale, actuels centres de rééducation fonctionnelle (CRF) (KCE Reports 318, 2019).

En 1986, à la suite du contexte de crise budgétaire des années 1980, un moratoire sur la programmation hospitalière est institué par le ministre Dehaene dans le but de ne pas laisser augmenter le nombre total de lits résidentiels (Thunus S. *et al*, 2012).

Au cours des années 1990, la mise en application des deux Arrêtés royaux (*Arrêté royal 10 JUILLET 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques ; Arrêté royal 10 JUILLET 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques*) a marqué le début d'une nouvelle réforme qui a permis la création d'autres institutions notamment les Initiatives d'Habitations Protégées (IHP), les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les Soins Psychiatriques à Domicile (SPAD), ainsi que les « plateformes de concertation en santé mentale » pour la coordination régionale des différentes structures (Hermans *et al.*, 2012). Cette réforme a permis la conversion de lits psychiatriques classiques en places dans des maisons de soins psychiatriques et dans des IHP, et partiellement en soins psychiatriques à domicile (SPAD). Sur une période de 10 ans, 3 400 lits psychiatriques ont été reconvertis ; ce qui a permis à des personnes ayant des problèmes de santé mentale de vivre en dehors des hôpitaux psychiatriques (KCE Reports 318, 2019). Malgré ce résultat positif, le caractère résidentiel du système belge de soins de santé mentale est resté dominant.

¹ Plus de détails sur le remboursement des soins psychologiques sont à consulter sur le site web de l'INAMI : [https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/psychologue-clinicien/Pages/soins-psychologiques-premiere-ligne-specialises-reseaux-sante-mentale.aspx#Combien paie le patient ?](https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/psychologue-clinicien/Pages/soins-psychologiques-premiere-ligne-specialises-reseaux-sante-mentale.aspx#Combien%20paie%20le%20patient%20?)

En 2002, la Conférence interministérielle Santé publique, constituée des ministres de la santé publique des différents niveaux politiques a mis en place une Déclaration conjointe sur la politique future en matière des soins en santé mentale. Avec son amendement en 2004, la Déclaration précise que l'offre de soins en santé mentale sera à l'avenir organisée selon les principes de groupes cibles et de réseaux. Le but de cette réforme dénommée « *Projets thérapeutiques* » était d'offrir des soins intégrés adaptés, orientés vers le patient dans son milieu de vie (Gurnet *et al.*, 2014).

En 2010, des projets expérimentaux se basant sur l'application d'un article spécifique de la loi relative aux hôpitaux, à savoir « l'article 107 », ont marqué le lancement d'une nouvelle phase de la réforme du secteur des soins de santé mentale.

Cet article dit que « *Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes* ». La mise en œuvre de l'art. 107 est une technique financière qui permet la réallocation d'une partie du budget des moyens financiers (BMF) des hôpitaux afin d'adapter l'offre actuelle de soins en santé mentale (Ceuterick G, 2013).

L'objectif visé par cette réforme dénommée « *réforme 107* » est l'intégration des soins de santé mentale dans la société grâce aux « *projets 107* » en remplacement aux « *projets thérapeutiques* ».

Cette nouvelle réforme a comme originalité et spécificité d'associer, au sein d'une vision globale et intégrée, l'ensemble du dispositif en intégrant les ressources des institutions hospitalières et des services développés dans la société, qu'ils soient directement en lien avec la santé mentale ou non (Jacob B., 2016).

La philosophie de base de cette réforme s'articule autour de cinq principaux objectifs :(Jacob B., 2016).

- 1. Désinstitutionnalisation** : remplacement de l'hospitalisation par des formes de soins ambulatoires intensifs et spécialisés ;
- 2. Inclusion** : processus de revalidation et de réadaptation nécessitant une collaboration avec l'enseignement, la culture, le travail, le logement social... ;
- 3. Décatégorisation** : collaboration entre les soins de santé mentale, les soins aux personnes âgées, le secteur des personnes handicapées et le pouvoir judiciaire grâce aux réseaux et circuits de soins ;
- 4. Intensification** : intensification des soins dans les hôpitaux ;
- 5. Consolidation** : régularisation des différents projets pilotes, tant au niveau fédéral qu'au niveau communautaire et régional, dans le concept de globalisation des soins de santé mentale.

En 2019, sous forme de projet expérimental, le gouvernement fédéral met en place le remboursement des soins psychologiques de première ligne. Grâce à une nouvelle convention avec un potentiel de 32 réseaux locaux de santé mentale, le remboursement des soins psychologiques de première ligne et des soins psychologiques spécialisés est effectif depuis le 1^{er} septembre 2021.

En 2022, dans le but de permettre au patient de reprendre le plus rapidement possible sa vie et ses sentiments en main, le gouvernement fédéral a mis en place, sous forme de projet pilote, des unités HIC (High Intensive Care). Le concept HIC qui vient des Pays-Bas met en avant une prise en charge complètement individualisée du patient, avec implication de son entourage, ou encore du médecin généraliste. En 2022, la Belgique compte 9 unités HIC, toutes en Flandre, mais l'ouverture de nouvelles unités est programmée dans les autres régions dès 2023.

Le système de soins en santé mentale en France

La santé mentale en France tient une place particulière dans le système de santé en particulier par la responsabilité populationnelle confiée à une équipe de soin sur une aire géographique définie avec à la tête un médecin-chef de Service. Cette organisation a été définie par la circulaire Chenot du 15 mars 1960 du ministère de la Santé publique et de la population, qui voulait « diviser les départements en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquelles la même équipe médico-sociale devait assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure ». L'intention était clairement de couvrir les besoins de la population, tant préventif que curatif concernant la maladie psychiatrique, en mettant en place dans chaque secteur :

- des lits d'hospitalisation (avec l'objectif de l'OMS à l'époque de 3 lits pour 1000 habitants enfants et adultes confondus),
- un ou plusieurs dispensaires d'hygiène mentale (1 pour 20 000 habitants en milieu urbain et dans les gros bourgs de 10 000 habitants en milieu rural et semi-rural), appelés aujourd'hui Centres Médico-Psychologiques (CMP)
- un hôpital de jour (dans les zones à densité démographique importante),
- des foyers de post-cure (20 à 30 lits par secteur) pour faciliter la transition entre l'hospitalisation et le milieu de vie.
- des ateliers protégés permettant « aux patients » d'avoir des activités permettant de gagner leur vie sous surveillance médico-sociale.

Ces principes édictés en 1960 ont fait l'objet de lois dans les années 80 qui entérinaient cette organisation des soins. Au fil du temps, l'offre s'est également développée dans le secteur privé tant en hospitalisation qu'en consultation libérale. Les secteurs de psychiatrie publique ont progressivement abandonné les activités rémunératrices des patients liées à l'organisation asilaire des soins (ateliers protégés) pour le confier aux Institutions spécialisées médico-sociales (Établissements et Services d'Aide par le Travail - ESAT) beaucoup plus ouvertes vers le monde économique et industriel. La volonté politique, aujourd'hui, est de favoriser l'inclusion en milieu ordinaire dans un esprit de déstigmatisation de la maladie en aidant les entreprises par un accompagnement des travailleurs handicapés psychique et des employeurs.

Pour les soins, l'impulsion est là aussi de favoriser l'action au plus proche du domicile des personnes suivies par des centres de consultations publiques de proximité (CMP), des visites à domicile, voire par la mise en place d'équipe mobile permettant de renforcer la prise en charge sur les lieux de vie des patients. Les neurosciences font évoluer les pratiques diagnostiques et thérapeutiques par une approche plus structurée avec l'ambition du rétablissement permettant à la personne malade de retrouver une pleine autonomie.

Une des particularités de la maladie psychiatrique est la réponse du système de santé lorsqu'il y a une altération du jugement des personnes malades mettant en jeu un risque vital pour eux ou pour autrui. Dans ces circonstances, des soins peuvent être prodigués sans le consentement de la personne soignée à la demande du représentant de l'État (Préfet), de la Justice ou des directeurs d'établissement public de santé mentale sollicités par un tiers (souvent un proche de la personne malade). Une procédure rigoureuse avec des certificats médicaux à des temps donnés et la possibilité de recours par le patient auprès du Juge des libertés et de la détention permet de

garantir au mieux la protection de leur droit en particulier en cas de nécessité d'isolement et de contention.

Sur le plan social, à la demande des usagers et de leur famille, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances a reconnu le statut de handicap psychique permettant d'accéder à une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé avec des droits à des prestations compensatoires (PCH) et une allocation de ressource pour adulte handicapé (AAH). Pour lutter contre l'isolement social induit par la maladie psychique, la loi a promu la constitution de Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) sous forme d'associations d'usagers qui organisent des activités selon leur souhait dans le domaine du bien-être physique, mental et social. Plus de 700 GEM sont actuellement constitués en France et reçoivent une subvention de fonctionnement de plus de 75 000 € par an chacun. Certains GEM développent des activités de solidarités (entraide pour le bricolage) voire vont vers le rétablissement professionnel avec des activités de micro-entreprises bénévoles dont certaines prennent la forme de « Club House ». Cette dernière fait l'objet d'un plan de développement du Gouvernement.

La multiplicité des intervenants sanitaires, médico-sociaux et sociaux auprès des personnes souffrant de maladies psychiatriques a été prise en compte dans la loi du 26 janvier 2016 portant sur la modernisation du système de santé. Sous l'égide des Agences Régionales de la Santé (ARS), des Communauté Psychiatriques de Territoire (CPT) ont été constituées sur la base du volontariat des différentes Institutions composant le territoire défini par l'ARS, afin d'élaborer un diagnostic partagé et un projet territorial de santé mentale (PTSM), dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Cette volonté de démocratie sanitaire prend en compte toutes les personnes concernées, à savoir les usagers et leur famille, les acteurs du soin et de l'accompagnement, et les responsables administratifs du financement et de l'organisation territoriale. Elle a suscité un véritable engouement des partenaires de la CPT et se trouve aujourd'hui sur la voie d'une pérennisation avec un budget pour un coordonnateur et un contrat pluriannuel d'actions avec l'ARS sur des objectifs partagés.

Catégorisation de l'offre en santé mentale

L'offre en santé mentale recouvre une grande variété de catégories de services et institutions. Selon l'OMS, les soins de santé mentale n'impliquent pas seulement la promotion de la santé mentale, la prévention et le traitement des problèmes de santé mentale, mais aussi la prise en compte des mesures qui dépassent le seul secteur de la santé tels que le logement et l'emploi.

Cependant, que ce soit en France ou en Belgique, il n'existe aucune source unique permettant un aperçu complet de toutes les organisations et prestataires de soins de santé mentale, ce qui rend difficile leur identification ou l'accès aux données souhaitées.

Pour tenter de couvrir toutes les catégories de l'offre en santé mentale, nous avons adopté la catégorisation selon les 5 fonctions essentielles proposées par la Réforme 107 en Belgique. Selon cette réforme, il s'agit d'un nombre de fonctions minimum qui s'organisent en réseau de services alternatifs répartis sur un territoire et qui doivent être remplies pour répondre à l'ensemble des besoins en santé mentale de la population de ce territoire.

Ces fonctions sont :

Fonction 1 : Soins de première ligne ;

Fonction 2 : Équipes mobiles ;

Fonction 3 : Équipes de réhabilitation psycho sociale ;

Fonction 4 : Les soins hospitaliers ;

Fonction 5 : Les formules résidentielles spécifiques.

Le contenu de ces fonctions est résumé dans l'encadré suivant :

Résumé des cinq fonctions de la réforme 107

La fonction 1 rassemble les professionnels exerçant leurs activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, de détection précoce, de dépistage et de pose d'un diagnostic. Elle concerne également le secteur du soin ambulatoire (médical, psychiatrique, psychologique...) ainsi que les partenaires ayant une intervention de première ligne en santé somatique ou dans le secteur social.

La fonction 2 a pour mission d'amener l'aide et les soins sur le lieu de vie des personnes notamment grâce aux équipes mobiles psychiatriques de suivi intensif (2A) et continu (2B).

La fonction 3 concerne les institutions et services travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale (aide sociale, réinsertion socio-professionnelle, formation, centres de jour, hôpitaux de jour, loisirs...).

La fonction 4 vise les hôpitaux généraux avec service de psychiatrie, les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux de jour. Elle concerne les personnes qui sont dans une phase tellement sérieuse que l'aide dans l'environnement de vie ou au domicile n'est temporairement pas indiquée. Elles peuvent délivrer une observation et un traitement résidentiels spécifiques et intensifs en mettant l'accent sur les soins aigus, sur l'indication et l'établissement de diagnostic, sur la prise en charge intensive.

La fonction 5 rassemble les acteurs travaillant dans le domaine du logement (logements sociaux, agences immobilières sociales, etc.), de l'hébergement (maisons d'accueil, services résidentiels pour adultes, etc.) ou de l'habitat spécifique (Initiatives d'Habitations Protégées et Maisons de Soins Psychiatriques). Cette fonction a pour but de faciliter l'insertion sociale grâce à des programmes individualisés.

Source : Réseau 107 BW, disponible sur : <https://reseau107bw.be/cinq-fonctions/>

Matériel et méthodes

L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Grand Est et l'Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS), avec l'appui de l'ensemble des autres opérateurs du projet Psicocap, ont été chargés de réaliser ce portrait de territoire. Ce travail a nécessité, dans un premier temps de lister l'offre de soins, puis de comparer les définitions des données existantes de chaque côté de la frontière.

Ensuite, des recherches complémentaires sur l'offre en santé mentale dans les deux pays ont été réalisées. Il s'agit notamment de l'identification des prestataires et institutions intervenant dans le secteur de la santé mentale sur les deux côtés de la frontière franco-belge.

Ces deux premières étapes ont permis d'identifier les indicateurs pouvant être similaires entre les deux pays et de connaître les limites à leur comparabilité.

Les indicateurs, ainsi sélectionnés, ont été recueillis et traités de chaque côté de la frontière et les résultats ont été compilés dans des tableaux accessibles sur le site internet du projet Psicocap (<https://www.psicocap.eu/>).

Une présentation cartographique est réalisée pour les indicateurs dont les données par arrondissement sont disponibles. Ces cartes comportent 5 classes dont les limites sont définies à partir de la méthode des seuils naturels de Jenks².

² Selon la méthode des seuils naturels de Jenks, les seuils de classe sont créés de manière à optimiser le regroupement des valeurs similaires et à maximiser les différences entre les classes. Les entités sont réparties en classes dont les limites sont définies aux endroits où se trouvent de grandes différences dans les valeurs de données. <https://pro.arcgis.com/fr/pro-app/latest/help/mapping/layer-properties/data-classification-methods.htm>

Limites

L'offre de soins dans les deux pays recouvre une grande variété de catégories de services et d'institutions qui ne sont pas organisés de la même façon et selon les mêmes logiques de chaque côté de la frontière. Ces différences, qui ont été mises en évidence par l'observatoire des pratiques, conduisent souvent à ce que les services présents dans un pays n'aient pas d'équivalent dans l'autre pays. En effet, sur les deux côtés de la frontière franco-belge, la plupart des services et institutions intervenant dans l'offre en santé mentale sont différents quant à leur domaine d'intervention ou au groupe cible de leur public. Ainsi, la comparaison entre de nombreuses structures n'est souvent pas réalisable et les densités de nombreuses offres de soins n'ont, souvent, pas pu être comparées entre les deux pays.

Le recensement de l'offre de soins, du fait de la grande diversité des types de structures impliquées dans le traitement et l'insertion sociale des personnes atteintes d'un handicap psychique, n'a pas pu être réalisé de façon exhaustive.

Ces difficultés ont conduit à ce que, dans cette troisième partie, seuls cinq indicateurs comparables ont pu être illustrés par des graphiques.

Des informations détaillées sur les sources de données, les définitions et les précautions d'interprétation pour chaque indicateur sont présentées dans les encadrés à la fin de chaque fiche.

L'offre apportée aux personnes en situation de handicap psychique ne se limite pas aux soins, mais elle couvre également le domaine de l'aide sociale et à l'intégration dans la société. Elle n'est pas forcément spécifique à cette population, ce qui élargit considérablement son champ et la rend difficile à cerner dans son intégralité. Des informations complémentaires en ce qui concerne l'offre en santé mentale en France peuvent être consultées sur le site de Psycom : <https://www.psycom.org/comprendre/le-retablissement/les-soins/lorganisation-des-soins/#les-structures-publiques-640b352fa78d0>

Soins de première ligne

Cette première fonction concerne les soins de première ligne ; c'est-à-dire les missions de base de l'aide et des soins. Il s'agit d'actions qui se développent dans l'espace communautaire et qui concernent autant des actions de prévention et de promotion, de détection précoce ou de première intervention.

Ces actions portent sur l'organisation d'une réponse de proximité, basée sur un diagnostic qui permet de donner une réponse adaptée aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population du territoire concerné en assurant, si nécessaire, la continuité thérapeutique sur le long terme. À ce titre, cette fonction rassemble les professionnels exerçant leurs activités en matière de prévention et de promotion des soins en santé mentale, de détection précoce, de dépistage et de pose d'un diagnostic. Elle concerne également le secteur du soin ambulatoire (médical, psychiatrique, psychologique...) ainsi que les partenaires ayant une intervention de première ligne en santé somatique (médecins généralistes) ou dans le secteur social.

Prévention et promotion des soins en santé mentale

Les actions de prévention et promotion des soins en santé mentale sont réalisées par diverses institutions aussi bien en France qu'en Belgique. Il s'agit notamment des services d'accompagnement, des services de santé en milieu scolaire, les services de la médecine du travail...

Une exploration approfondie de ces services doit être réalisée. Actuellement, seule une partie des données correspondant au domaine des addictions a pu être recueillie.

De nombreux services, professionnels et associations soutiennent les démarches d'informations et proposent de l'aide aux personnes présentant une addiction et/ou à leur entourage. Parmi eux, nous pouvons citer par exemple les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues) en France et les services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes ainsi que les MASS (Maisons d'Accueil Socio-Sanitaires) en Belgique. En 2019, il y avait 2 CSAPA et 1 CAARUD dans le département des Ardennes et 5 CSAPA et 1 CAARUD dans le département de la Marne. La Région Grand-Est disposait de 38 CSAPA et 11 CAARUD.

Sur le côté belge, les services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes sont organisés en zones de soins. En 2021, on dénombre 26 services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes dans les 12 zones de soins de la Région wallonne et la province de Namur dispose de 8 services. La Région wallonne dispose également de 3 Maisons d'Accueil Socio-Sanitaires (MASS) basées à Mons, à Charleroi et à Liège.

Sources :

Belgique : AVIQ

France : ARS Grand-Est

Définitions :

Belgique : Les services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes proposent l'accueil, l'information, l'accompagnement individualisé, la prise en charge psychothérapeutique et médicale, tout en promouvant une réduction des risques liés aux dépendances. Ils font partie de réseaux de santé mentale spécialisés en assuétudes qui visent à former un réseau local d'aide et de soins autour de toute personne confrontée à un usage problématique de substances psychoactives.

Les MASS (Maisons d'Accueil Socio-Sanitaires) proposent un accueil, une écoute, une orientation, des suivis psychologiques, sociaux et médicaux (traitements de substitution) à toute personne dépendante aux produits illicites sans limites d'âge et sans délai d'attente. Leurs équipes sont pluridisciplinaires : psychiatres, médecins généralistes, psychologues, éducateurs, infirmiers et assistants sociaux.

France : Les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) accueillent, informent, assurent l'évaluation médicale, psychologique et sociale et orientent la personne. Ils assurent la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative (y compris le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux soins sociaux et l'aide à la réinsertion) et peuvent mettre en place des consultations de proximité.

Les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues) s'adressent aux personnes n'étant pas forcément engagées dans une démarche de soins. Ils informent, conseillent, soutiennent les usagers dans leurs soins, leur accès aux soins, au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle. Ils mettent à disposition des usagers du matériel de prévention.

Détection précoce, dépistage et pose de diagnostic

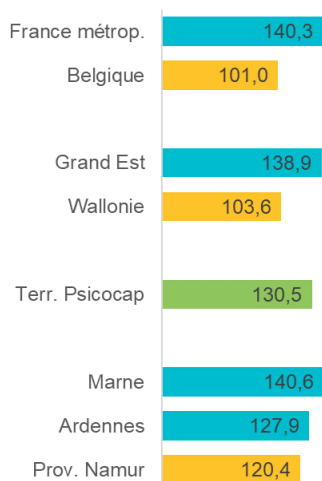
Diverses catégories de professionnels interviennent dans la détection précoce, dans le dépistage et dans la pose de diagnostic. Il s'agit notamment des médecins généralistes, des psychiatres, des psychologues, des assistants sociaux (pour la détection précoce)... pouvant exercer dans des maisons de santé pluridisciplinaire/maisons médicales, dans des services de santé mentale/Centres médico psychologiques ou dans des cabinets privés.

Les statistiques sur la densité des professionnels montrent que sur l'ensemble du territoire PSICOCAP, il y a 130,5 médecins généralistes et 16,1 psychiatres pour 100 000 habitants.

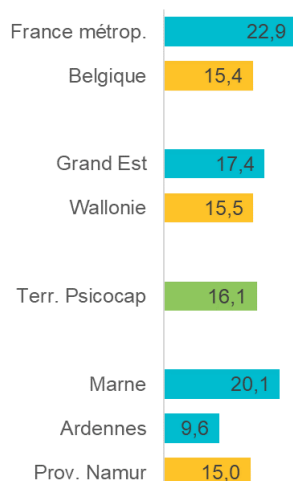
Dans l'ensemble, la densité des médecins généralistes est plus élevée sur le versant français que sur le versant belge. Cependant, même si cette tendance semble être observée pour les médecins psychiatres également, on constate que le département des Ardennes dispose d'un nombre de médecins psychiatres plus faible que celui observé dans la Province de Namur. La densité des médecins psychiatres dans le Département des Ardennes est effectivement aussi deux fois plus faible que dans le département de la Marne.

Densités en professionnels de santé en 2019 (pour 100 000 habitants)

Médecins généralistes



Médecins psychiatres



Sources :

Belgique : Agence Inter Mutualiste (AIM)

France : Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) au 1^{er} janvier 2019

Définitions :

Belgique : Les médecins généralistes sont identifiés sur la base de leur code de profession (10 à 19) et de leur numéro de qualification (003 à 004). Un médecin généraliste est considéré comme actif s'il a facturé un montant minimum de remboursements 5000 € au cours de l'année de prestation -1.

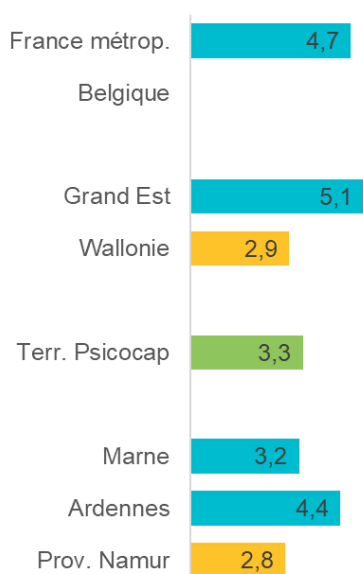
Les médecins psychiatres sont identifiés sur la base de leur code de profession (10 à 19 et de leur numéro de qualification (790 à 799). Un Psychiatre est considéré comme actif s'il a facturé un montant minimum de remboursements 10 000 € au cours de l'année de prestation -1.

France : Médecins généralistes (ou médecins psychiatres) libéraux ou salariés pratiquant une activité standard de soins, y compris les remplaçants.

Structures de soins ambulatoires

Les soins ambulatoires sont des soins spécifiques réalisés dans un lieu et dans un temps hors hospitalisation. Ces soins sont prodigués essentiellement dans les CMP (Centres Médico Psychologiques), sous forme de consultations, en France et dans les SSM (Services de Santé Mentale) en Belgique pour une durée de quelques heures ou par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins psychiatres, psychologues, infirmiers, aides médico psychologiques et d'ergothérapeutes. Ces soins peuvent également être prodigués dans un CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel). Les consultations psychologiques de premières lignes peuvent être également incluses dans cette catégorie.

Densités de structures de consultation en psychiatrie ambulatoire* en 2019 (pour 100 000 habitants)



En 2019, on compte 44 structures de consultation en psychiatrie ambulatoire sur le territoire de Psicocap, soit 3,3 pour 100 000 habitants.

Cette densité est plus faible dans la province de Namur, avec 2,8 pour 100 000 (14 SSM) et plus élevée dans les Ardennes, avec 4,4 pour 100 000 (12 CMP).

Selon un rapport de KCE³ publié en 2019, les services de santé mentale aident 70 000 nouvelles personnes chaque année sur l'ensemble de la Belgique.

Ces statistiques méritent d'être interprétées avec précaution, car ces structures peuvent avoir des tailles variables et elles ne sont pas les seules à réaliser des consultations en psychiatrie ambulatoire ; certaines pouvant être réalisées dans un hôpital de jour ou dans des cabinets privés.

* SSM (Belgique), CMP (France)

Sources :

Belgique : AVIQ
France : DREES-SAE

Définitions :

Belgique : Un Service de santé mentale (SSM) est une structure ambulatoire qui, par une approche pluridisciplinaire, répond aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population du territoire qu'il dessert. Il s'adresse à tout public.

France : Un centre médico psychologique est un lieu de soins publics sectorisés proposant des consultations médico-psychologiques et sociales à toute personne en difficulté psychique.

Un Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) est un lieu de soin public proposant des actions thérapeutiques de soutien. Ces activités (musique, peinture, expression corporelle, groupes de parole par exemple) s'adressent à des personnes (enfants et adultes) vivant à domicile, parfois isolées et souhaitant trouver un cadre plus structuré en journée. Elles visent à maintenir ou favoriser une existence autonome, favorisent les approches relationnelles, la communication et l'affirmation de soi.

³ KCE 2019. Organisation des soins en santé mentale pour adultes en Belgique

Équipes mobiles

La deuxième fonction concerne les équipes mobiles dont la mission consiste à apporter l'aide et les soins sur le lieu de vie des personnes en situation aiguë ou subaiguë (fonction 2a : Équipes mobiles de suivi intensif) ou des personnes qui présentent des difficultés psychiatriques chroniques (fonction 2b : Équipes mobiles de suivi continu).

Dans les deux cas, les soins sont dispensés dans l'environnement du patient. Leur intervention peut être sollicitée par la personne concernée, par un membre de sa famille ou par un prestataire de soins.

Sur le côté français, on y retrouve notamment les Unités de soins psychiatriques intensifs à domicile, les unités psychiatriques mobiles de gestion de crise, les cellules d'urgence médico-psychologique, les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP : 2 dans la Marne et 1 dans les Ardennes)... On manque néanmoins de données précises sur la répartition et le nombre de ces services ainsi que le nombre de patients qui les fréquentent et les types d'interventions qu'elles proposent. Le dispositif d'équipe mobile se développe au sein des secteurs ou en intersectoriel pour renforcer les visites à domicile. Chaque secteur public de psychiatrie a normalement la possibilité d'intervenir à domicile. On compte 9 secteurs dans la Marne et 4 dans les Ardennes.

Sur le côté belge, on y retrouve les cellules mobiles d'intervention (CMI) ainsi que les services de Soins psychiatriques à domicile (SPAD). Il existe également des dispositifs mobiles de soutien à l'inclusion (DSI) qui sont destinés aux enfants de 0-12 ans.

En 2021, les cellules mobiles d'intervention étaient au nombre de 7 sur le territoire de la Région wallonne, dont 2 dans la province de Namur ; ce qui correspond à un taux de 0,4 pour 100 000 habitants.

Les équipes SPAD quant à elles étaient en 2021 au nombre de 16 sur le territoire de la Wallonie, dont 3 dans la province de Namur ; ce qui représente respectivement un taux de 0,4 et 0,6 équipe sur 100 000 habitants.

S'agissant des dispositifs mobiles de soutien à l'inclusion (DSI), ils étaient en 2021 au nombre de 16 sur le territoire de la Wallonie dont 2 dans la province de Namur ; ce qui représente un taux de 3 dispositifs pour 100 000 enfants de 0-12 ans.

Sources :

Belgique : Aviq
France : DREES (Atlas de santé mentale)

Définitions :

Cellule mobile d'intervention (CMI) : Les CMI ont pour mission de prévenir, réduire, voire supprimer l'exclusion des personnes qui présentent un double diagnostic.

Leurs objectifs sont de :

- soutenir et accompagner les équipes des milieux d'accueil et d'hébergement que fréquentent les personnes concernées ;
- outiller le personnel des milieux d'accueil afin qu'ils puissent construire une manière de faire en situation professionnelle et qu'ils intègrent des réflexes liés au handicap.

Les Soins Psychiatriques pour personnes séjournant à domicile : Les SPAD ont pour mission essentielle d'assurer la coordination des soins pour les patients psychiatriques séjournant au domicile, en apportant soutien et collaboration aux services généralistes de soins à domicile.

Les dispositifs mobiles de soutien à l'inclusion : Les DSI ont pour mission de favoriser l'inclusion d'enfants(0-12ans) en situation de handicap / à besoins spécifiques dans les milieux d'accueil ordinaires.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) : Dispositif de prévention allant au-devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Elles assurent l'interface entre le secteur de la psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales.

Réhabilitation psychosociale

La troisième fonction s'inscrit dans le secteur de la réhabilitation psychosociale. Elle concerne les institutions et services s'occupant de l'accompagnement professionnel ou de l'inclusion sociale des usagers. Les actions de réhabilitation psychosociale peuvent s'inscrire à la suite ou complémentaiement aux missions de base remplies par les ressources de la première fonction ou dans la continuité des interventions réalisées dans le milieu de vie par les équipes mobiles de la deuxième fonction.

C'est à ce titre qu'on y retrouve également des services d'aide en milieu de vie parmi lesquels nous pouvons citer les services d'accompagnement, les services d'aide précoce, les services d'aide à l'intégration... Ces services s'adressent aux personnes ayant toute forme d'handicap (psychiques ou autres).

Sur le côté français, diverses catégories d'acteurs sont actives dans le domaine de l'accompagnement professionnel en vue d'une réhabilitation psychosociale. Il s'agit notamment des centres de formation et des établissements d'aide par le travail destinés aux personnes en situation de handicap.

La densité de places en centres de formation pour personnes en situation de handicap varie très fortement entre les deux territoires français du projet Psicocap. En 2022, il y avait 27,0 places pour 100 000 habitants dans le Département des Ardennes contre 7,8 places pour 100 000 habitants dans le département de la Marne. Ces densités sont inférieures aux densités observées dans le Grand Est (29,3 places pour 100 000) et en France métropolitaine (30,7 places pour 100 000).

Concernant les établissements d'aide par le travail (ESAT), la densité est plus élevée dans les Ardennes (425,9 places pour 100 000) que dans la Marne (366,9 places pour 100 000 habitants) et dans le Grand Est (357,8 places pour 100 000 habitants). Dans ce dernier département, une partie des places en ESAT, correspondant à une densité de 44,3 places pour 100 000, sont exclusivement destinées aux personnes en situation de handicap psychique.

Sur le côté belge, on y retrouve notamment les entreprises de formation par le travail, les entreprises de travail adapté...

En 2018, en Wallonie, il y avait 55 entreprises de travail adaptées représentant plus de 10 000 travailleurs, dont près de 8 500 travailleurs en situation de handicap.

Sources :

Belgique : Les Entreprises de Travail Adapté

France : FITNESS (Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux)

Définitions :

Belgique : Les Entreprises de Travail Adapté (ETA) ont pour but l'insertion des personnes souffrant de handicap en leur sein.

France :

Centres de formation pour personnes en situation de handicap :

- Établissements et services de pré-orientation (ESPO) pour les personnes reconnues travailleurs handicapés
- Établissements et services de réadaptation professionnelle (ESRP) pour les personnes en situation de handicap
- Unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) pour les personnes cérébrolésées

Établissements d'aide par le travail (ESAT) : Les ESAT offrent des activités productives et une prise en charge médico-sociale aux adultes handicapés dont la capacité de travail est inférieure d'au moins un tiers à celle d'un travailleur valide

Soins hospitaliers

La quatrième fonction vise les établissements psychiatriques qui peuvent être les services psychiatriques des hôpitaux généraux en Belgique, les hôpitaux psychiatriques ainsi que les hôpitaux de jour.

Elle concerne les soins résidentiels spécialisés délivrés aux personnes pour lesquelles l'aide dans l'environnement de vie ou à domicile n'est temporairement pas indiquée. L'offre de soins hospitaliers a été analysée en termes de densité de places en psychiatrie pour adultes et en psychiatrie infanto-juvénile.

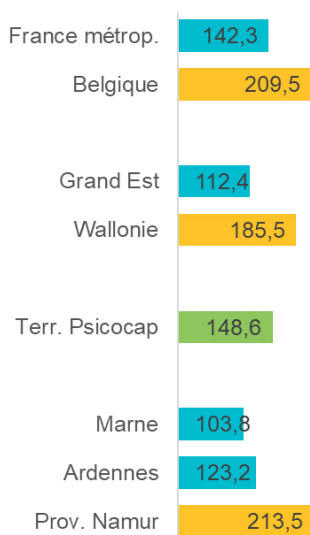
Soins hospitaliers pour adultes

La densité de places pour adultes en établissements ou services psychiatriques est plus élevée sur le versant belge que sur le versant français. Dans l'ensemble des sept sites hospitaliers de la province de Namur, la densité des places pour adultes est de 213,5 pour 100 000 habitants âgés de 20 ans ou plus. Cette densité est environ deux fois moins élevée dans le Département de la Marne (103,3) et dans le Département des Ardennes (123,2).

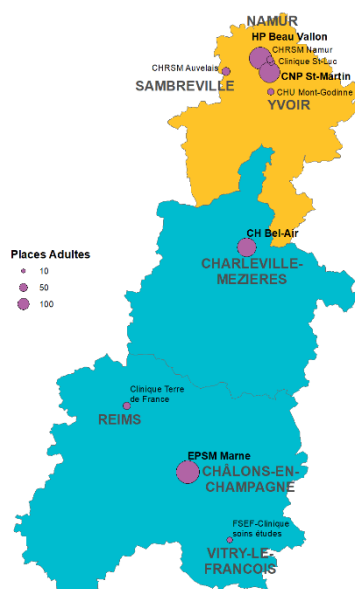
La quatrième fonction recouvre plus spécifiquement les hospitalisations complètes. En excluant les hospitalisations de jour ou de nuit, qui sont incluses dans la 3^e fonction, la densité pour 100 000 adultes est de 192,3 lits dans la province de Namur, soit une densité supérieure à la densité régionale (172,2). En France, elle est égale à 89,2 dans les Ardennes et à 89,4 dans la Marne, ce qui est supérieur au niveau régional (83,1).

Ces places sont principalement réparties dans les grandes villes du territoire : ville de Namur pour toute la Province, Charleville-Mézières pour les Ardennes et Châlons-en-Champagne et Reims pour la Marne.

Densité de places pour adultes en établissements psychiatriques en 2019 (Belgique) et 2020 (France) pour 100 000 habitants âgés de 20 ans ou plus



Établissements psychiatriques pour adultes en 2021 (Belgique) et en 2020 (France)

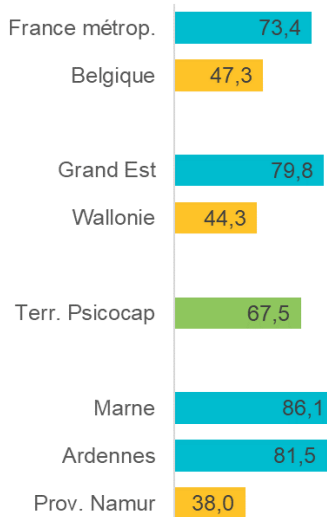


Soins hospitaliers infanto-juvénile

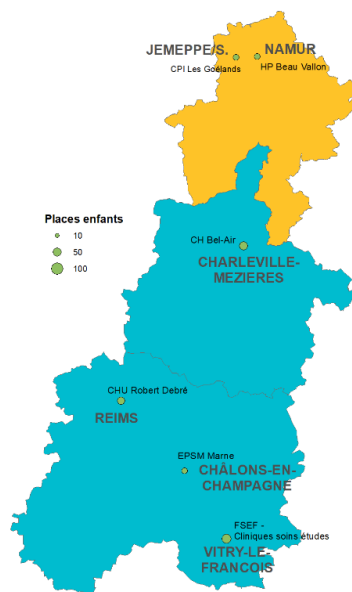
Contrairement à la densité de places pour adultes, la densité de places infanto-juvéniles en établissement psychiatrique est plus élevée sur le versant français que sur le versant belge. Avec une densité de places infanto-juvéniles de 38,0 pour 100 000 habitants âgés de moins de 20 ans, la province de Namur est plus de deux fois moins équipée en termes de places infanto-juvéniles par rapport à ses voisins français (86,1 et 81,5 places pour 100 000 habitants âgés de moins de 20 ans respectivement à la Marne et dans les Ardennes).

En tenant compte uniquement des lits en hospitalisations complètes, qui correspondent à la définition de la 4^e fonction de la réforme 107, les densités pour 100 000 habitants sont beaucoup plus faibles. Elles sont égales à 21,1 dans la province de Namur, contre 34,7 en Wallonie. Côté français où seuls 19% des places le sont en hospitalisation complète au niveau national, les densités sont de 12,3 dans les Ardennes et 53,7 dans la Marne contre 16,1 dans le Grand Est. Il faut noter également que parmi les sept sites hospitaliers de la Province de Namur, seuls trois disposent de places infanto-juvéniles.

Densités de places infanto-juvéniles en établissement psychiatrique en 2019 (Belgique) et 2020 (France) pour 100 000 habitants âgés de moins de 20 ans



Établissements psychiatriques infanto-juvéniles en 2021 (Belgique) et en 2020 (France)



Sources :

Belgique : SPF Santé Publique-Résumé Psychiatrique Minimum (RPM)

France : DREES – Statistiques Annuelles des Établissements (SAE)

Définitions :

Belgique

Places pour adultes : Nombres de lits en hospitalisation complète et de places en hospitalisation de jour ou de nuit dans les établissements psychiatriques destinés aux personnes âgées de 20 ans ou plus. Cet indicateur regroupe les index de lits A, A1, A2, I1, S6, T, T1, T2, TG, ET, TFB, TFP.

Places infanto-juvéniles : Nombres de lits en hospitalisation complète et de places en hospitalisation de jour ou de nuit dans les établissements psychiatriques destinés aux personnes âgées de moins de 20 ans. Cet indicateur regroupe les index de lits K, K1, K2.

France :

Places pour adultes : Nombres de lits en hospitalisation complète et de places en hospitalisation de jour ou de nuit dans les établissements psychiatriques destinés aux personnes âgées de 20 ans ou plus.

Places infanto-juvéniles : Nombres de lits en hospitalisation complète et de places en hospitalisation de jour ou de nuit dans les établissements psychiatriques destinés aux personnes âgées de moins de 20 ans

Formules résidentielles spécifiques

La cinquième fonction concerne le développement d'habitats spécifiques pour des personnes qui souffrent de problématiques psychiatriques chroniques stabilisées et qui présentent des difficultés d'intégration sociale.

Ces habitats ont pour but d'apporter un soutien à l'organisation de la vie quotidienne afin de faciliter l'insertion sociale par des programmes individualisés qui prennent en compte les besoins d'autonomie exprimés par les personnes en leur apportant notamment un soutien dans leur démarche pour trouver un logement indépendant.

Cette première catégorie regroupe notamment les initiatives d'habitation protégées en Belgique ainsi que les foyers pour les personnes en situation de handicap en France.

Les formules résidentielles spécifiques ont également la mission de dispenser les soins aux personnes ayant une affection psychiatrique stabilisée de longue durée ou des capacités intellectuelles limitées, et qui nécessitent une surveillance ou des soins permanents.

Il s'agit notamment en Belgique, des maisons de soins psychiatriques et des centres de révalidation fonctionnelle des troubles mentaux. Pour le côté français, on trouve dans cette catégorie notamment des appartements de coordination thérapeutique (ACT), des maisons d'accueil spécialisées (MAS), des Unités de soins de Longue Durée (USLD)...

Ces structures ayant des modes de fonctionnement différents, les indicateurs correspondants sont difficilement comparables entre la France et la Belgique.

Formules résidentielles avec mission de soutien à l'organisation de la vie quotidienne

Les données qui ont pu être récoltées dans le cadre des formules résidentielles avec mission de soutien à l'organisation de la vie quotidienne pour les personnes en situation de handicap mental ou psychique concernent les initiatives d'habitation protégées (IHP) en Belgique et les foyers pour les personnes en situation de handicap en France.

En 2017, il y avait en Wallonie 27 IHP (dont 4 IHP dans la province de Namur) disposant de 788 places (184 places pour la province de Namur) ; ce qui correspond à une densité de 22 places pour 100 000 habitants (37 places pour 100 000 habitants dans la province de Namur).

L'ensemble de la Belgique disposait de 98 IHP avec 4 358 places ; ce qui correspond à 38 places pour 100 000 habitants.

Pour le côté français, ce type de formules résidentielles accueille aussi des personnes travaillant en ESAT. Par conséquent la densité de places est plus élevée qu'en Belgique. Elle s'élève à 140 pour 100 000 habitants dans les Ardennes (299 places) et 179 pour 100 000 habitants dans la Marne (799 places). Dans le Grand Est, cette densité s'élève à 174 pour 100 000.

Sources :

Belgique : AVIQ

France : FINESS (Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux)

Définitions :

Belgique

Initiatives d'Habitation Protégée (IHP). Les IHP sont des structures résidentielles pour patients ayant des problèmes psychiatriques et des difficultés à vivre de façon autonome. Ils bénéficient d'un accompagnement adapté et suivent des activités de jour.

France :

Foyers pour les personnes en situation de handicap :

- Foyer de vie pour adultes handicapés (foyers occupationnels) : Accueillent des personnes handicapées ne pouvant pas travailler, mais ayant une certaine autonomie physique et intellectuelle
- Foyer d'hébergement adultes handicapés : Accueillent principalement les adultes travaillant en ESAT ou en entreprise ordinaire ou adaptée

Formules résidentielles avec mission de dispenser les soins

En 2017, il y avait 40 maisons de soins psychiatriques en Belgique, avec au total plus de 2 900 places ; ce qui correspond à une densité de 25,4 places pour 100 000 habitants. La Région wallonne disposait de 13 maisons de soins psychiatriques avec 788 places (densité de 21,7 places pour 100 000 habitants) et dans la Province de Namur, il y avait 2 maisons de soins psychiatriques avec 180 places (densité de 36,4 places pour 100 000 habitants).

En 2022, il y avait 77 centres de revalidation fonctionnelle financés par l'Aviq dans la Région wallonne.

Pour le côté français, ces formules résidentielles s'adressent aux personnes porteuses de tout type de handicap. Elles regroupent les appartements de coordination thérapeutique (ACT), les foyers d'accueil médicalisés (FAM), les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil polyvalents. On compte 345 places dans les Ardennes et 567 dans la Marne, soit 161,8 pour 100 000 adultes dans les Ardennes et 127,2 pour 100 000 adultes dans la Marne, ce qui est supérieur à la densité dans le Grand Est (126,1 pour 100 000).

Sources :

Belgique : AVIQ

France : FINESS (Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux)

Définitions :

Belgique

Maisons de soins psychiatriques (MSP). Les maisons de soins psychiatriques (MSP) prennent en charge des patients psychiatriques stabilisés de tous les âges qui ont besoin d'un suivi de santé mentale permanent sur le long terme et des personnes en situation de handicap mental qui ont besoin de supervision permanente. Les personnes qui vivent dans ces centres de vie collective sécurisés n'ont pas besoin d'un traitement psychiatrique (neuropsychiatrique) intensif à l'hôpital, mais ne peuvent pas vivre de manière autonome dans la communauté ou dans d'autres communautés de vie (par exemple, dans les initiatives d'habitations protégées, ou encore les maisons de repos pour personnes âgées).

Centre de revalidation fonctionnelle : Ces centres dispensent des soins auprès de patients, enfants, adolescents et adultes, dont les problématiques lourdes et complexes entraînent une altération de plusieurs fonctions adaptatives, relationnelles, cognitives, physiques et sensorielles.

France :

Appartement de coordination thérapeutique : Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) sont des logements individuels de relais à titre temporaire. Ils sont dédiés avant tout aux personnes ou familles qui se trouvent en situation de fragilité psychologique, sociale ou financière et qui ont besoin de soins et de suivi médical.

Un service propose une prise en charge médicale, psychologique et sociale des personnes hébergées.

Foyers d'accueil médicalisés (FAM) : Accueillent les personnes lourdement handicapées (voir polyhandicapées) ne pouvant pas exercer une activité professionnelle

Maisons d'accueil spécialisées (MAS) : Accueillent les personnes handicapées nécessitant une surveillance médicale et des soins constants

Foyer d'accueil polyvalent : Foyers d'hébergement proposant à la fois de l'internat, des activités occupationnelles et une prise en charge médicalisée

Éléments à retenir

L'offre de soins destinée aux personnes en situation de handicap psychique et souvent peu comparable entre les deux pays. Les données présentées dans ce document ne permettent pas de couvrir l'intégralité de l'offre pouvant s'adresser à cette population.

Détection précoce, dépistage et pose de diagnostic

- Densité en médecin généraliste plus élevée dans la Marne (141 pour 100 000) et plus faible dans la province de Namur (120 pour 100 000).
- Densité en médecins psychiatres plus élevée dans la Marne (20 pour 100 000) et plus faible dans les Ardennes (10 pour 100 000).

Structures de soins ambulatoires

- Le nombre de structures de soins ambulatoires pour 100 000 habitants varie de 2,8 dans la province de Namur à 4,4 dans les Ardennes.

Équipes mobiles

- 2 cellules mobiles d'intervention, 3 services de soins psychiatriques à domicile et 2 dispositifs mobiles de soutien à l'inclusion dans la Province de Namur.
- Peu d'informations disponibles en France

Réhabilitation psychosociale

- Densité en place en centre de formation pour 100 000 habitants plus élevée dans les Ardennes (27) que dans la Marne (8), mais plus faible que dans le Grand Est (29).
- Densité en établissement d'aide par le travail (ESAT) pour 100 000 habitants plus élevée dans les Ardennes (426) que dans la Marne (367) et dans le Grand Est (358).
- 55 entreprises adaptées employant 8 500 travailleurs handicapés en Wallonie

Soins hospitaliers

- Proportionnellement plus de places pour les adultes en Belgique qu'en France : 213 pour 100 000 dans la province de Namur, 104 pour 100 000 dans la Marne et 123 pour 100 000 dans les Ardennes.
- Mais moins de places infanto-juvéniles en Belgique qu'en France : 38 pour 100 000 dans la province de Namur, 86 pour 100 000 dans la Marne et 81 pour 100 000 dans les Ardennes.

Formules résidentielles avec mission de soutien à la vie quotidienne

- Densité plus élevée dans la province de Namur (37 places pour 100 000) qu'en Wallonie (22 pour 100 000).
- 179 places pour 100 000 dans la Marne et 140 pour 100 000 dans les Ardennes

Formules résidentielles avec mission de dispenser des soins

- Densité plus élevée dans la province de Namur (36 places pour 100 000) qu'en Wallonie (22 pour 100 000).
- Pour 100 000 habitants : 162 places dans les Ardennes et 127 dans la Marne

Référence bibliographique

Bernard Jacob, Donatien Macquet, Stéphanie Natalis, *La réforme des soins en santé mentale en Belgique : exposé d'un modèle*, L'information psychiatrique 2016/9 (Volume 92), pages 731 à 745

Ceuterick G, Duveillier G. *La loi coordonnée sur les hôpitaux et les autres établissements de soins (10e édition)*. Bruxelles : UGA, 2013.

Gurnet N, Costa Campos J, Nicaise P, Lorant V, De Roeck G, Lodewyckx T, et al. *Étude de faisabilité : recherche évaluative du programme de réforme fédérale "vers de meilleurs soins en santé mentale" / Haalbaarheidstudie : wetenschappelijke opvolging en evaluatie van het hervormingsprogramma "naar een betere geestelijke gezondheidszorg"*. Brussel: Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu; 2014.

Hermans MH, de Witte N, Dom G. *The state of psychiatry in Belgium*. Int Rev Psychiatry. 2012 ; 24(4) : 286-94.

Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Farfan-Portet MI, Ricour C. *Organisation of mental health care for adults in Belgium*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 318. D/2019/10.273/50.

Thunus S, Cerfontaine G, Schoenaers F. *Evolution du champ de la Santé mentale en Belgique : de l'asile vers les réseaux et circuits de soins*. In : Revue d'Action Sociale et Médico-Sociale, Vol. 72

Vrancken D., Schoenaers F. & Cerfontaine G. (2010) *L'organisation des soins de santé mentale à l'épreuve du laboratoire. Vie et trépas d'un instrument d'évaluation*. Rapport final de l'orientation 3, Knowledge and Policy in education and health sectors (FP 6), 46 p.

Disponible à l'adresse :

https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/82043/1/O3_2.Belgium%20health.FR.pdf, consulté le 01/02/2023

Interreg

France-Wallonie-Vlaanderen



UNION EUROPÉENNE
EUROPESE UNIE



PSICOCAP

Avec le soutien du Fonds européen de développement régional

Institut wallon de l'évaluation, de la prospective
et de la statistique (IWEPS)



Route de Louvain-la-Neuve, 2
B-5001 Belgrade (Namur)

Tél : 32 (0)81 46 84 11
Site internet : www.iweps.be
E-mail : info@iweps.be

Observatoire régional de la santé Grand Est
(ORS Grand Est)



Observatoire Régional de la Santé

Siège : Hôpital Civil – Bâtiment 02 – 1^{er} étage
1, place de l'Hôpital – 67091 STRASBOURG Cedex
Tél. : 03 88 11 69 80

Site de Nancy : 2, rue du Doyen Jacques Parisot
54500 Vandœuvre-lès-Nancy
Tél. : 03 83 67 68 69

Site internet : www.ors-ge.org – E-mail : contact@ors-ge.org