

Résumé et enjeux de l'Accord Arizona concernant la santé mentale

L'« Accord de coalition » dite Arizona du 31 janvier 2025 a prévu un point consacré à la « résilience mentale ». D'autres sont à pointer qui ont directement trait au travail mené en santé mentale. A la lecture de l'accord, il faut constater qu'il y a une série de politiques annoncées qui risquent d'avoir des effets indirects mais conséquents sur la santé mentale de la population en général, et ses franges les plus vulnérables en particulier.

Nous suivons l'ordre des pages tel que numérotées dans le document.

I. Vue globale de l'accord

Le document est divisé en plusieurs chapitres :

- Fédéralisme de réforme et renouveau démocratique (1-7)
- Un nouvel équilibre (8-12)
- Budget (13-14)
- Marché du travail (15-28)
- Pouvoir d'achat (29-32)
- Fiscalité (33-49)
- Pensions (50-56)
- Economie (57-67)
- Matières administratives (68-77)
- Lutte contre la pauvreté (78-86)
- Energie (87-95)
- Climat et environnement (96-102)
- Mobilité (103-109)
- Santé (110-129)
- Questions éthiques (130)
- Sécurité (131-151)
- Justice (152-167)
- Asile et migration (168-183)
- Défense (184-192)
- Affaires étrangères (193-205)

Chaque chapitre peut être divisé en sections (elles-mêmes pouvant comporter des sous-sections), agglomérant des paragraphes reprenant un ou plusieurs éléments. Ces éléments sont tantôt des considérations, tantôt des mesures, elles-mêmes plus ou moins concrètes, plus ou moins précises. Un même paragraphe peut aborder plusieurs points différents. Et une même problématique peut être abordée dans plusieurs passages de l'accord.

Il est essentiel de rappeler que ce texte reprend des intentions. Il n'est pas sûr que toutes seront appliquées, de même que certaines mesures dont le gouvernement décidera peuvent ne pas s'y trouver¹. Enfin, d'énormes variations peuvent apparaître entre ce qui est écrit, les interprétations possibles, ce qui est décidé et ce qui est finalement appliqué.

En ce qui concerne la santé mentale, il y a une section spécifique dans le chapitre Santé, mais nous avons relevé plusieurs autres points importants.

Logiquement, cet accord fédéral mobilise essentiellement les dispositifs de santé mentale qui relèvent de ses compétences : les hôpitaux, les médecins indépendant-es, les réseaux de soins de santé mentale (issus

¹ Un premier exemple récent est l'investissement décidé tout récemment pour la Défense.

de la réforme Psy 107, soit à Bruxelles : Brumenta et BruStars), la convention des Soins psychologiques de première ligne (SPPL), et les équipes mobiles. Il est donc normal que cet accord fédéral ne traite pas directement des services agréés par les entités fédérées.

II. « Résilience mentale » (116-120)

Dans le chapitre santé long de 20 pages, un peu plus de 3 sont consacrées à la santé mentale. Cette partie est divisée en 4 sous-sections :

- Soins de santé mentale, qui pose les grandes lignes,
- Les personnes âgées,
- Les jeunes,
- Prise en charge des personnes souffrant d'addiction.

<i>Texte original</i>	Commentaires
<i>Résilience mentale</i>	
<i>La méthodologie décrite pour les objectifs de santé interfédéraux et les objectifs de santé fédéraux élaborés par la commission Objectifs soins de santé sont également suivis pour les soins de santé mentale afin d'organiser les efforts du côté fédéral. Accroître la résistance et la résilience mentale de notre population, une identification et une intervention plus rapides en cas de problème, l'administration de soins intégrés en cas de pathologies psychiques et psychiatriques sérieuses et complexes constituent des défis majeurs pour les années à venir. Les problèmes de santé mentale ont souvent un impact non seulement sur la personne elle-même mais également sur l'environnement proche et la société au sens large. Il suffit de penser, par exemple, à la proportion importante d'incapacités de travail causées par des problèmes mentaux tels que le burn-out, le décrochage scolaire chez les jeunes et l'augmentation du nombre d'internés et d'hospitalisations forcées. C'est pourquoi nous devons travailler main dans la main avec les Communautés pour parvenir à une politique de soins intégrée que nous mettrons en œuvre en collaboration avec les réseaux de soins de santé mentale. Le plan interfédéral prévoit également des initiatives nécessaires dans le domaine du traitement de la toxicomanie et de la médecine légale. Chaque Communauté a ses propres besoins et préoccupations. Il est donc approprié à cet égard de travailler à partir d'une approche interfédérale avec une politique qui tient compte des besoins spécifiques de chaque entité fédérée.</i>	<p>La Commission Objectifs soins de santé a été créée par le Ministre Vandembroecke au sein de l'INAMI en mars 2024. <u>Présidée par le Prof. Erik Schokkaert (KUL)</u>, elle doit établir des objectifs prioritaires en matière de soins de santé pour toute la période législative au début de chaque législature. Il faudra voir ce qu'elle annonce ici. Il y a un leitmotiv qui traverse l'Accord : « l'efficacité », qui doit s'entendre comme une intervention plus précoce et plus rapide.</p> <p>La santé mentale reste vue comme un problème individuel qui impacte l'environnement social. Le texte n'aborde que très peu les impacts de cet environnement sur les personnes.</p> <p>La question d'une politique intégrée est l'un des principaux nœuds, en particulier en ce qui concerne la santé mentale ambulatoire. Ce sera un point crucial à suivre.</p> <p>A vérifier : les spécificités de Bruxelles ne sont pas forcément bien comprises ou suivies de politiques réellement adaptées aux enjeux locaux.</p>
<i>En dépit des compétences actuellement morcelées, chacun doit pouvoir savoir où adresser sa demande</i>	La question de l'orientation est récurrente. Le champ de la santé mentale est souvent réputé



<p><i>de soins, qu'il s'agisse du citoyen ou du soignant. Les citoyens ayant une question concrète en matière de soins doivent être en mesure de s'adresser au prestataire de soins adéquat ou être orientés, sans devoir passer par toutes sortes d'étapes intermédiaires inutiles. Les demandes de soins complexes nécessitent une approche intégrée et une coopération entre plusieurs établissements. Les réseaux de soins de santé mentale doivent communiquer clairement sur l'offre de soins disponible et l'accès à celle-ci. Ils sont chargés d'organiser des soins intégrés et continus dans une perspective de santé mentale publique (public mental health), par le biais de contrats fixant les responsabilités mutuelles avec les prestataires de soins et les établissements. Ils s'engagent à favoriser la participation des usagers, la gestion de cas, la coordination des soins et l'intégration sociale.</i></p>	<p>comme trop complexe, trop diversifié et l'une des réponses proposées ici est une aide à l'orientation. Ce qui pourrait renvoyer par exemple à un n° d'appel centralisé pour le public et les professionnel·les.</p> <p>En ce qui concerne les « étapes intermédiaires inutiles », il faudrait voir à quoi cela fait référence exactement. On perçoit l'idée qu'à chaque problème il y aurait une solution adaptée et qu'il faudrait trouver plus rapidement la bonne combinaison.</p> <p>Le suivi des places disponibles est un autre sujet récurrent (qu'on connaît aussi depuis longtemps du côté des IPPJ ou des maisons d'accueil pour personnes sans-abri).</p> <p>La perspective de santé mentale publique renvoie à la préoccupation des autorités face à l'accroissement des problèmes de santé mentale, à la nécessité de recherches et de stratégies effectives. Le texte ici évoque la contractualisation de stratégies établies entre réseaux de soins (107), prestataires et établissements. Si le paragraphe précise certains éléments bien connus, il faudra voir ce que les futures directives fédérales diront en matière d'obligations à suivre ou respecter.</p>
<p><i>La résilience mentale ne nécessite pas uniquement une approche sociétale mais également une approche spécifique pour les groupes cibles qui sont difficiles à atteindre. En l'occurrence, il importe de cartographier les besoins de soins concrets. Les tabous des citoyens et de leur entourage en ce qui concerne les problèmes mentaux doivent être brisés dans le but d'ouvrir ce sujet à la discussion et de soutenir les soins autonomes. Si l'on peut en parler à son entourage, cela aide déjà beaucoup. Les professionnels de la santé et de l'aide peuvent encourager cela par le biais d'interventions communautaires dans les lieux d'accroche et identifier les soins qui s'avèrent nécessaires le cas échéant. Mais nous devons également veiller à ne pas problématiser, médicaliser et traiter toutes les formes d'inconfort mental.</i></p>	<p>La notion de résilience, qui a donné son titre à ce volet, est à questionner. Boris Cyrulnik dénonce une récupération de cette notion, la résilience étant de plus en plus souvent une injonction déguisée, voire un facteur de tri entre les personnes capables de résilience et les autres². Il faudra veiller à ce que les politiques menées ne tombent pas dans ce travers.</p> <p>Le présent paragraphe aborde plusieurs aspects : la lutte contre le non-recours (groupes plus difficiles à atteindre), la cartographie des besoins, la déstigmatisation et l'appui de l'entourage, les outils communautaires. Sur ce point, le travail communautaire semble abordé comme un moyen d'accroche en vue de soins y compris nécessaires. Cela est à mettre en miroir avec certaines propositions concernant les personnes toxicomanes où la nécessité de soins peut conduire à des mesures coercitives.</p> <p>La dernière phrase est bienvenue.</p> <p>Il y a cependant à veiller également à ce que la recherche d'un appui déstigmatisé par</p>

² CYRULNIK B. (sld.), Les deux visages de la résilience. Contre la récupération d'un concept, Paris, Odile Jacob, 2024.



	<p>l'entourage ne fasse pas l'économie de renforcer l'offre existante.</p> <p>C'est là où les propos du paragraphe précédent sont à prendre avec vigilance : la politique pour une meilleure santé mentale pourrait se limiter encore une fois à une réorganisation des soins face à un paysage trop « brouillon » alors que le problème principal est la faiblesse de l'offre face aux besoins.</p>
<p><i>Les soins de santé physique et mentale mais aussi les soins liés au bien-être sont indissociables. Les différents professionnels et institutions doivent davantage collaborer. L'intégration des services de santé mentale dans les foyers pour enfants, les CPAS, les centres de services locaux, les médecins généralistes, etc. se poursuit dans le cadre de la convention SPPL. Dans les hôpitaux généraux, nous mettons l'accent sur un meilleur screening des troubles psychiatriques par une collaboration avec les hôpitaux psychiatriques et les équipes mobiles. La coopération entre les prestataires de soins sociaux, somatiques et psychiatriques, tant à l'hôpital qu'à l'extérieur, est cruciale. Le développement de care sets au sein des services de santé mentale permet d'assurer un flux d'informations et un partage de données corrects.</i></p>	<p>La question du bien-être apparait ici en lien avec la santé, dans la foulée de la définition donnée par l'OMS.</p> <p>La question de la collaboration revient ici également. L'idée d'intégrer les « services de santé mentale » (qui ne renvoie pas aux SSM) dans d'autres lieux est intéressante et se situe dans la continuité des actions collectives liées au financement des PPL. Mais quid des autres services de santé mentale ? Le risque est élevé qu'on reste in fine dans une approche cloisonnée entre entités de pouvoir, la Région bruxelloise restant dans l'incapacité de co-financer un appui santé mentale à tous les opérateurs qui sont pourtant sur son territoire.</p> <p>L'importance de la santé somatique comme élément à prendre en compte quand on aborde la santé mentale est soulignée et rejoint des pratiques encouragées par les médecins eux-mêmes, à la fois pour mieux cerner les problèmes des personnes et pour aborder la personne dans sa globalité. Mais cela ouvre notamment la voie à un partage de données visiblement dans les 2 sens (somatique-santé mentale) alors que nous plaillons la spécificité des données santé mentale et l'importance que le partage d'informations se fasse essentiellement entre intervenant-es, avec les patient-es, et non par l'entremise du seul dossier.</p>
<p><i>Comme pour les soins de santé somatiques, la santé mentale doit se baser sur le principe de l'evidence based medicine. Nous collaborons avec le KCE pour élaborer des lignes directrices en matière de prescription, tant pour les médicaments que pour les thérapies ou autres actions appropriées (prescription sociale). L'utilisation et le sevrage des psychotropes doit toujours bénéficier d'un accompagnement.</i></p>	<p>L'EBM est la pierre angulaire des approches de soins prônées par les autorités. Elle peut cependant conduire à un appauvrissement important des soins en santé mentale et à une limitation de la marge d'interprétation et de prescription des intervenant-es, si elle exclut une série d'approches pourtant bien établies dans le champ de la santé mentale ou si elle réduit les prescriptions à des actes techniques dont on devrait mesurer « l'efficacité ». Qui va décider des lignes directrices ? Les intervenant-es de terrain seront-ils consulté-es ? Quelle place pour l'ambulatoire ? Nous insistons sur le fait que les décisions fédérales concernant les professions de santé s'imposent de facto à toutes les personnes</p>



	qui entrent dans ce champ, quel que soit leur lieu de travail.
<p><i>Le cadre ambulatoire doit être utilisé au maximum pour toute personne dont le problème le permet. De cette manière, les soins résidentiels restent libres au maximum pour ceux qui en ont vraiment besoin et qui ne peuvent être aidés d'aucune autre manière. L'offre des soins psychologiques de première ligne via la convention INAMI dans le cadre de laquelle les réseaux de santé mentale déploient des psychologues cliniciens et des orthopédagogues via un budget fixé annuellement, est encore étendue pour mieux adapter l'offre aux besoins et permettre l'orientation vers l'offre de soins ambulatoires de seconde ligne au sein des secteurs fédéraux (psychiatres en ambulatoire et des hôpitaux) et des acteurs des entités fédérées. Au cours de la prochaine législature, en collaboration avec les entités fédérées, des investissements seront réalisés dans le suivi de la qualité, l'allocation transparente des ressources sur la base des besoins de soins et l'évaluation de l'affectation efficace de toutes les ressources en ambulatoires, y compris de la SPPL. Conformément aux dispositions du protocole d'accord du 2/12/2020, cette offre de la convention SPPL est complémentaire à l'offre ambulatoire des entités fédérées. Cela signifie, compte tenu de l'importance des besoins, que chaque autorité compétente doit mobiliser sa part des professionnels de la santé mentale pour inclure la prise en charge diagnostique et thérapeutique.</i></p>	<p>Positive est la mise en avant de l'ambulatoire. Mais du fait de la répartition des compétences, le fédéral se focalise sur l'extension des PPL. Les acteurs des entités fédérées sont mentionnés mais en 2^e ligne, et les psychiatres en ambulatoire sont cités uniquement sur la « 2^e ligne au sein des secteurs fédéraux ». Ceci souligne le manque de visibilité d'autres acteurs (comme les SSM ou d'autres structures thérapeutiques ambulatoires).</p> <p>Le paragraphe annonce par ailleurs une vaste évaluation sur l'efficacité de l'organisation des soins de santé mentale. Sur quels critères ? Par qui ? Avec quels impacts ? Autant de questions à suivre.</p> <p>Ce passage sur la complémentarité avec les entités fédérées est intéressant, mais en l'absence d'autre précision, chacun devrait se débrouiller avec ses propres moyens, ce qui nierait une nouvelle fois la possibilité existante depuis la 6^e réforme de l'Etat d'un transfert du Fédéral vers les entités fédérées pour poursuivre les objectifs du 107.</p>
<p><i>Le rôle du psychiatre est renforcé tant au sein des réseaux que des soins ambulatoires, tant pour les besoins en soins chroniques et complexes que pour les soins aigus, jouant un rôle actif dans les parcours de soins multidisciplinaires.</i></p>	<p>Autre élément positif, l'insistance sur le rôle des psychiatres. Cela peut-il ouvrir la voie à des changements dans les quotas et la nomenclature ? Pour la nomenclature, peut-être, comme cela est mentionné dans une autre section du chapitre Santé (voir plus bas) ; pour les quotas de médecins par spécialité, à voir car l'accord de gouvernement est assez précis et ce point ne s'y trouve pas.</p>
<p><i>Pour les urgences aiguës nécessitant une intervention de crise ou d'urgence, il existe une coopération étroite avec, entre autres, l'offre de crise et d'urgence des réseaux de santé mentale (qui disposent de lits de crise et d'équipes mobiles en la matière), l'offre de crise des services d'aide sociale et de toxicomanie, la police, les services d'urgence, les médecins généralistes et les postes de gardes, ainsi que les cabinets psychiatriques ambulatoires.</i></p>	<p>La question des crises et des urgences occupe déjà les réseaux, avec notamment le travail mené par Brumenta sur les trajets de soins de crise et une volonté du fédéral d'y inclure d'autres acteurs. Le développement de partenariats entre équipes mobiles EMUT+ et police est également en cours. Encore une fois, une série d'acteurs sont identifiés ici et d'autres pas.</p>
<p><i>Nous rendons le financement structurel et prévoyons une programmation pour les unités High & Intensive Care ainsi que des équipes mobiles de crise et d'urgence. Nous poursuivons le soutien</i></p>	<p>Il y a officiellement aujourd'hui 1 HIC à Titeca et 1 à Epsilon, ces unités en hôpitaux psychiatriques qui proposent à des personnes en situation aiguë des soins adaptés sur un délai</p>



<p><i>scientifique dans le cadre des HIC et nous l'élargissons aux équipes mobiles pour qu'ils puissent se concentrer sur les urgences psychiatriques réelles et scientifiquement définies, telles que la psychose et le suicide.</i></p>	<p>court. Nous aimerions savoir quel impact a déjà le développement de HIC à Bruxelles pour anticiper les évolutions dans le travail en réseau. En ce qui concerne le soutien scientifique élargi, il nous manque des informations.</p>
<p><i>Nous accordons une attention particulière au groupe vulnérable des patients souffrant de troubles psychiatriques graves (TPG), notamment en leur apportant un soutien supplémentaire dans l'accès aux soins de santé (somatiques et mentaux). L'INAMI évaluera et adaptera ainsi les conditions d'application du forfait pour maladies chroniques afin que les patients souffrant d'un TPG soient aussi mieux protégés.</i></p>	<p>Meilleur remboursement pour les TPG ?</p>
<p><i>Outre les professions de santé reconnues existantes (psychiatres, psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens), d'autres professions peuvent également jouer un rôle important dans les soins de santé mentale. Nous examinons l'agrément des professions de support en santé mentale, afin d'augmenter le nombre de professionnels dans ce domaine. Dans ce cadre, la réglementation actuelle et l'agrément relative à la psychothérapie et aux infirmiers psychiatriques est également réexaminée. Le recours aux experts du vécu peut également être envisagé dans le cadre d'une fonction d'appui à la prévention et aux soins. Grâce à leur propre expérience, ils peuvent aider les autres malades et les familles dans leur propre processus. L'organisation du stage pour les étudiants en psychologie clinique et en orthopédagogie clinique sera réévaluée, vu les difficultés rencontrées pour trouver suffisamment de lieux de stages et de maîtres de stage. Une solution sera trouvée pour assurer un accompagnement adéquat à ces professionnels lorsqu'ils commencent leur carrière et pour assurer des soins de qualité aux patients qui font appel à eux.</i></p>	<p>Ce paragraphe porte sur plusieurs aspects.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Reconnaître de nouvelles professions de support en santé mentale. Cette tendance à la multiplication des fonctions de support s'observe dans l'ensemble des soins de santé, en Belgique et à l'étranger. Si l'idée d'élargir la palette des possibilités peut sembler intéressante, deux risques existent :<ul style="list-style-type: none">- le 1^{er} est de voir des fonctions moins chères à financer être encouragées pour « décharger » les professions existantes, dans un transfert de tâches qui complexifierait les choses et poserait des questions en termes de responsabilité.- le 2^e est qu'on diminue l'importance de bagages spécifiques pour aborder la santé mentale (y compris dans sa dimension psychiatrique). On pourrait alors être confronté à des pratiques rapidement inadéquates qu'il s'agirait dès lors de trier sous l'angle de l'EBM.2. Une nouvelle réforme de la psychothérapie ? On sait que l'accès au statut de psychothérapeute a fait l'objet de nombreuses tensions et la solution finalement imposée par le fédéral (du temps de Maggie De Block) a fermé la porte à une série de professionnel-les. Il semblerait que ce passage de l'accord ait été réclamé par des organismes comme la Fédération belge des psychothérapeutes. Si la réforme se concrétise, il faudra voir sur quelles bases, pour ouvrir à qui l'accès à la psychothérapie, et dans quelles conditions. La composition des instances d'avis et de décision sera une clé pour mieux cerner les réponses à ces questions. Et cela pose à nouveau la question de la place de l'ambulatoire dans les instances de l'INAMI.



<p><i>Nous garantissons l'accès à la formation en psychothérapie pour les autres masters en soins de santé.</i></p>	<p>Voir plus haut. De quels autres masters parle-t-on ?</p>
<p>Les personnes âgées</p>	
<p><i>Nous accordons la priorité aux soins intégrés pour les personnes âgées souffrant de problèmes de santé mentale, notamment les personnes atteintes de démence (précoce).</i></p>	<p>Soulignons qu'il y a un point spécifique pour ce public. Mais qu'il est particulièrement court.</p>
<p><i>Il convient également, dans une approche interfédérale, d'améliorer le diagnostic de dépression chez les personnes âgées, d'envisager les approches non médicamenteuses et d'être attentif, en cas de prise en charge médicamenteuse, à la surmédication, et de poursuivre la réforme relative aux réseaux de santé mentale en développant le volet "personnes âgées".</i></p>	<p>Ce paragraphe s'appuie sur les constats posés par les mutualités : pour leur santé mentale, les personnes âgées sont davantage soignées par médicaments plutôt que par psychothérapies. C'est un point d'attention que la Ligue soulève également.</p> <p>La poursuite de la réforme 107 Personnes Agées s'est interrompue sous la précédente législature, avec notamment 2 options restées sur la table : soit intégrer les personnes âgées dans les réseaux Adultes, soit développer un réseau spécifique afin de répondre aux besoins particuliers liés à l'âge avancé, éviter que les personnes concernées soient une nouvelle fois « diluées » dans la masse, et que leurs besoins restent négligés, particulièrement dans le contexte actuel de saturation généralisée.</p>
<p>Les jeunes</p>	
<p><i>La plupart des problèmes mentaux surviennent avant l'âge de 25 ans. La période Covid n'a rien apporté de bon à cet égard. La santé mentale des jeunes, le renforcement et le soutien des parents sont donc nos plus grandes priorités.</i></p>	<p>Effectivement, les études internationales montrent que ¼ des maladies mentales se déclarent avant 25 ans. Si une attention est portée aux parents, il serait utile de ne pas oublier le secteur scolaire où enfants et jeunes passent un temps conséquent, ni d'autres services actifs auprès des jeunes et qui sont parfois désemparés face au mal-être ou aux troubles et maladies mentales.</p>
<p><i>Nous maintenons le remboursement intégral des soins psychologiques de première ligne pour les enfants et les jeunes jusqu'à 23 ans afin que ce groupe cible puisse accéder à ces soins et nous renforçons la collaboration avec les lieux d'accroche pour les enfants et les jeunes.</i></p>	<p>C'est un point positif, avec, il faut le souligner, une mesure qui couvre en partie la période de transition entre l'adolescence et l'âge adulte, évitant ainsi une coupure nette à 18 ans.</p>
<p><i>La continuité des soins doit être garantie à tout moment. Les jeunes qui atteignent l'âge de 15 ans ne doivent pas être orientés automatiquement et sans accompagnement vers le système de soins pour adultes. Pour assurer la continuité et la collaboration avec la psychiatrie de l'adulte, nous élargissons la programmation et le financement des services de psychiatrie infanto-juvénile de 0 à 14</i></p>	<p>Une nouvelle qui paraît positive, pour peu que les encadrements suffisants soient posés. Cela questionne cependant une nouvelle fois l'articulation prévue avec l'ambulatoire non fédéral. Ainsi, dans les SSM bruxellois, la saturation est plus forte dans les équipes enfants-ados-familles. Or on doit pouvoir mieux aider ces publics, d'autant plus dans les situations</p>



<p>ans jusque 17 ans (y compris la transmission de soins).</p>	<p>de troubles psychiatriques nécessitant le recours à des services hospitaliers.</p>
<p>Nous poursuivons la mise en œuvre de la convention AJA afin que les enfants et les jeunes adultes atteints d'un cancer puissent également bénéficier, dans d'autres hôpitaux, et au niveau des soins de première ligne, de l'assistance psychosociale et médicale spécifique à leur âge, là où ils sont traités ou suivis. La première période de convention permettra la mise au point d'une politique de soins AJA harmonisée.</p>	<p>Depuis 2023, l'INAMI finance des équipes de référence concernant les enfants et jeunes adultes cancéreux·ses. Il reste à voir ce que tout cela signifie concrètement. Quelle articulation avec l'ambulatoire ?</p>
<p>Pour les familles d'adolescents et de jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques graves, qui peuvent avoir affaire ou non à la justice, il est nécessaire, compte tenu de leur grande vulnérabilité, d'investir dans une approche qui garantisse la continuité des soins avec une transition en douceur vers des soins et un soutien appropriés tout au long de leur parcours.</p>	<p>Il faudra voir ce que tout cela signifie concrètement. Quelle articulation avec l'ambulatoire ?</p>
<p>Nous prévoyons une prise en charge suffisante en pédopsychiatrie (semi-)résidentielle pour les mineurs délinquants souffrant de graves problèmes psychiatriques. Cela nécessite également une intégration poussée des soins psychiatriques et psychologiques aux soins somatiques, aux soins sociaux et à l'intégration sociale, à travers le temps et dans tous les lieux où ces jeunes sont pris en charge (domicile, services d'hébergement, hôpitaux, etc.). De nombreux services sont concernés ; il faut non seulement une coopération interfédérale au niveau des soins mais aussi une approche encore plus globale qui mobilise également d'autres domaines politiques.</p>	<p>Ici, la question de l'articulation est posée de manière plus explicite, mais une nouvelle fois, comment sera-t-elle pensée et financée ? Les moyens entre le fédéral et les entités fédérées sont très déséquilibrés. Autre point d'attention : le fait que le point soit explicité en ce qui concerne les mineur·es délinquant·es renvoie directement à la question du secret professionnel partagé. La référence à d'autres domaines politiques ouvre la porte notamment aux services de police et de justice. C'est une préoccupation de ce gouvernement et sa volonté est de lever les obstacles au partage d'informations entre champs social-santé et champs sécuritaires.</p>
<p>Nous étendons les parcours de soins spécialisés à d'autres groupe cibles vulnérables, dont les mineurs délinquants souffrant de lourdes problématiques psychiatriques.</p>	<p>Idée positive, moyennant les remarques ci-dessus.</p>
<p>Nous évaluons également le parcours de soins pour les enfants et les adolescents souffrant de troubles alimentaires et l'étendons aux patients de plus de 23 ans. De manière complémentaire avec l'offre en ambulatoire, les centres de référence pour les troubles alimentaires prévus sont créés. Compte tenu des besoins importants en matière de traitement des jeunes souffrant de troubles alimentaires, les pédopsychiatres, qui travaillent souvent en collaboration interdisciplinaire avec d'autres prestataires de soins indépendants, sont également impliqués dans la lutte contre les troubles alimentaires.</p>	<p>Cela confirme une voie lancée sous la précédente législature, avec la reconnaissance de centres de référence comme le CEPIA.</p>
<p>Prise en charge des personnes souffrant d'addictions</p>	



<p><i>Les assuétudes se présentent sous toutes les formes et la sensibilité aux assuétudes varie d'une personne à l'autre. Par addiction, on songe souvent uniquement aux drogues, au tabac et à l'alcool mais le vapotage, les smartphones, les médicaments, les jeux d'argent et de hasard, entre autres, posent également des problèmes. Toutes les formes d'assuétude ont également un impact sur l'entourage de ces personnes : les enfants, la famille et le travail. Grâce à une politique proactive, nous prenons ces personnes en charge et nous prêtons attention aux aspects physiques et mentaux. L'assistance aux personnes souffrant d'assuétudes doit être suffisamment adaptée à chacun et plus particulièrement pour les groupes vulnérables tels que les femmes enceintes, les jeunes polytoxicomanes et les détenus.</i></p>	<p>La question des drogues traverse l'accord Arizona à plusieurs endroits, dont celui consacré à la santé (« résilience ») mentale. La volonté est de mener une politique de prise en charge « proactive ». La question de la prévention est peu abordée. Les personnes sont considérées comme en souffrance, et des groupes plus vulnérables sont cités, ce qui est positif. Mais si le texte souligne l'impact négatif que la toxicomanie entraîne sur l'environnement des personnes, encore une fois, la relation inverse n'est pas abordée. Par exemple, en ce qui concerne les détenu-es, de l'aveu même d'observateurs externes et de nombreux-ses agent-es pénitentiaires, la consommation de drogues en prison est en grande partie liée aux conditions déplorables de détention et dès lors, sans changer celles-ci, les politiques de soins en contexte carcéral risquent de rester sans effets notables.</p>
<p><i>La récente modification de la loi sur la protection des personnes atteintes de troubles psychiatriques permet aux femmes enceintes toxicomanes d'être admises contraintes dans des établissements de soins pour toxicomanes. Cette nouvelle possibilité est mise en pratique et soutenue de manière cohérente</i></p>	<p>Le gouvernement souhaite élargir les soins sous contrainte, notamment aux femmes enceintes toxicomanes, par le biais des soins psychiatriques sous contrainte. Ceci pose problème, tant dans l'élargissement de la notion de trouble ou de maladie psychiatrique que dans les objectifs du soin face aux addictions. La toxicomanie serait réduite à un trouble qui peut être arrêté, même contre la volonté de la personne.</p>
<p><i>Nous examinons si l'agrément d'une spécialisation en addictologie peut apporter une valeur ajoutée au traitement des addictions.</i></p>	<p>L'addictologie est une filière d'études qui existe notamment en France et au Québec.</p>
<p><i>Les drogues sont toujours nocives et il convient de communiquer en ce sens. La consommation de drogues ne doit jamais être banalisée. Le gouvernement ne prendra pas d'initiative de légalisation. En ce qui concerne la consommation des drogues, nous investirons dans la prévention de la consommation de substances, l'accompagnement dont le sevrage des personnes souffrant d'assuétudes et la réduction des dommages liés à la consommation de substances (avec un accompagnement médical) en concertation avec les entités fédérées. En collaboration avec le Collège des Procureurs généraux, nous cherchons à orienter le plus d'utilisateurs possible vers les services d'aide au niveau du parquet, en d'autres termes, avant que les utilisateurs ne soient poursuivis. Ceci sans préjudice des dispositions pénales. Nous devons avoir l'ambition d'intervenir le plus rapidement possible là où c'est nécessaire pour éviter une situation plus grave et d'aider les toxicomanes à se débarrasser de leur dépendance. Au niveau fédéral</i></p>	<p>L'Arizona ferme la porte à toute dépénalisation (pourtant réclamée par le secteur depuis de nombreuses années).</p> <p>A nouveau, l'aide sous contrainte est ici réaffirmée. Elle existe déjà avec les mesures alternatives à la détention préventive, à la possibilité pour le Parquet de suspendre des poursuites (en fonction de la gravité des faits) si la personne se soumet à un traitement. Il s'agit d'une vision réductrice qui détourne le soin vers la disparition d'un comportement source de nuisances.</p>

<p><i>nous renforçons les soins aux addictions, dans le cadre des soins réguliers, par exemple au cabinet du médecin généraliste. Nous consacrons également des efforts supplémentaires à la prise en charge des problèmes mentaux et liés à la drogue chez les adolescents et les enfants par le biais d'équipes mobiles.</i></p>	
<p><i>En collaboration avec les entités fédérées, nous cartographions les effets de l'utilisation excessive des écrans et des réseaux sociaux sur les jeunes et élaborons une politique à cet égard en tenant compte des compétences des entités fédérées pour limiter au maximum les effets sur la santé.</i></p>	<p>La question de la dépendance aux écrans est intéressante car elle soulève une contradiction profonde : la numérisation des services est recommandée partout et le digital doit devenir un pilier de l'économie, mais on veut diminuer le recours aux écrans des jeunes. Cette contradiction notoire peut participer à un discours moralisateur sur et à destination de la jeunesse, alors que la question de la place du numérique dans nos vies est un véritable enjeu qui vaut pour toutes les composantes de la société.</p>

III. Le plan global de prévention et de réinsertion des malades de longue durée (p.20-24)

L'accord de gouvernement se penche longuement sur cette question, le poids des invalidités de longue durée n'ayant cessé de croître ces dernières années.

Le plan prévoit une « responsabilisation accrue des 5 acteurs impliqués : les employeurs, les salariés, les médecins (médecins traitants, médecins du travail et médecins-conseils), les mutuelles et les services régionaux de l'emploi » (p.20), l'objectif étant la prévention des maladies, la prévention de l'absence longue durée et le retour rapide au travail.

Du côté des employeurs

Les employeur-ses sont ainsi encouragé-es à créer un environnement de travail pensé pour éviter l'absentéisme de longue durée, en travaillant sur le bien-être au travail. Les employeur-ses hors PME devront contribuer à 30% des 2 premiers mois payés par l'INAMI (après le 1^{er} mois dont le salaire est supporté à 100% par l'employeur-se). Cela est contrebalancé par la suppression annoncée des sanctions qui prévalaient jusqu'ici.

La réintégration au travail peut se traduire par un emploi en-dehors de l'entreprise, et implique un « dossier d'invalidité » accessible à toutes les parties concernées (« mutualité, médecin du travail, médecin traitant, etc. »).

Le partage d'informations démarre au bout d'un mois d'incapacité, quand le médecin traitant envoie le certificat sur la plateforme TRIO, une plateforme déjà existante à laquelle accèdent les médecins généralistes, les médecins-conseils des mutualités et les services de médecine du travail. Ces derniers devront agir au-delà du 1^{er} mois d'incapacité.

Les employeur-ses sont invité-es à entamer un plan de réintégration, obligatoire pour les entreprises de plus de 20 travailleur-ses dans les 6 mois d'absence.

Du côté des travailleurs salariés

Lorsque les personnes en invalidité longue durée (plus d'un an) ont un potentiel d'emploi, elles devront suivre un parcours de réintégration professionnelle, sous peine d'une réduction voire d'une suspension des indemnités. L'accord prévoit en outre qu'il faudra 8 semaines de reprise de travail pour que la personne, en cas de nouvelles absence, ait droit à son mois de salaire garanti.

Du côté des médecins traitants

Le rôle du médecin traitant et du médecin du travail change : ils pourront désormais autoriser une reprise du travail sans passer par le-la médecin-conseil. Les deux pourront se consulter en cas de rédaction, par le-la médecin traitant·e, d'une « fit note » ou certificat d'aptitude, afin de déterminer ce que le-la travailleur·se est en mesure de faire, des suggestions qui seront ensuite partagées sur TRIO.

Un rôle de médecin traitant·e responsable est prévu après 2 mois d'incapacité, celui-ci étant chargé de fournir un Dossier Médical Global (DMG) et de coordonner le suivi et l'accompagnement du·de la patient·e.

Les prescriptions pour incapacité seront contrôlées via les bases de données, et les médecins invité·es à « comparer leur comportement de prescription avec des « standards » fondés sur des bases scientifiques et avec le comportement de prescription de leurs confrères dans la même région » (23).

Du côté des mutualités

Elles deviennent des partenaires à l'activation des invalides de longue durée et y seront incitées financièrement : le calcul et la répartition entre mutualités du budget frais de fonctionnement seront revus dans ce sens.

Du côté des services régionaux de l'emploi

Le plan entend ne plus se focaliser sur l'approche médicale mais élargir à une approche multidisciplinaire davantage axée sur le marché de l'emploi. Les services régionaux (Actiris pour Bruxelles) auront également accès à la plateforme TRIO.

Des accords de coopération prévoient que ces services contactent « activement » les personnes concernées avec des propositions d'emploi, étant incités financièrement et devant justifier pourquoi un parcours n'est pas entamé.

Brève analyse

Ces mesures annoncées témoignent d'une individualisation de la problématique, avec une nuance : les entreprises doivent veiller au bien-être de leurs employé·es. A l'inverse, les médecins, les mutuelles et les organismes régionaux seront incités ou sanctionnés s'ils prescrivent « trop » de certificats, n'interviennent ou ne justifient pas suffisamment leurs actions pour amener à une réduction effective du nombre d'invalidités. Quant aux personnes concernées, elles devront s'inscrire comme demandeuses d'emploi si elles en ont la capacité, risquent de voir leurs sanctions quadruplées (de 2,5 à 10% du salaire), peuvent être plus rapidement licenciées pour raisons médicales (au bout de 6 mois et non plus 9 mois de maladie).

Ce cadre est à lier aux chapitres consacrés au travail, avec une flexibilisation accrue et la réduction des allocations de chômage dans le temps. Le droit à ces allocations est ouvert quand la personne a travaillé au moins 1 an sur les 3 dernières années, et s'élève à 1 an maximum. Cette durée augmente d'1 mois par tranche de 4 mois de travail justifié. 5 années de travail justifié donnent donc droit au maximum des 2 années annoncé par le gouvernement (pour les plus de 55 ans, un aménagement est prévu dans le mécanisme avec des conditions précises). Ces allocations sont vues « comme un instrument d'activation du marché du travail » (p.2).

IV. Secret professionnel

Un autre volet concernant notre secteur est le traitement annoncé par l'accord Arizona concernant le secret professionnel.

1. Cette notion apparaît 7 fois dans l'accord. La 1^e fois concerne la lutte contre la fraude à la TVA et l'attention au secret professionnel dans le suivi des factures (48).
2. Ensuite, dans le chapitre de lutte contre la pauvreté, un point aborde la question des mutilations génitales :
« Nous veillons à une approche stricte et un suivi cohérent de l'abandon, du mariage forcé et de la mutilation génitale des filles mineures. Nous veillons à ce que les travailleurs sociaux, la police et la justice soient correctement formés et équipés à cette fin. Les travailleurs de la santé doivent être sensibilisés à la possibilité légale de rompre **le secret professionnel** dans les cas (à risque) de mutilation génitale. Nous intensifions les poursuites à l'encontre de parents qui autorisent les mutilations génitales sur leur enfant. Les mêmes sanctions s'appliquent aux autres formes de violence liée au genre et à l'honneur. » (85)
3. Dans le chapitre santé, la préservation du **secret médical** est affichée dans le cadre du développement de l'IA, au même titre que la qualité des soins et la liberté thérapeutique du prestataire des soins. (122)
4. Dans le chapitre Justice, on retrouve les 4 dernières occurrences :
« Les victimes de violences sexuelles ou intrafamiliales doivent toujours être protégées. Le **secret professionnel** ne doit pas y faire obstacle. C'est pourquoi dans la loi sur le secret professionnel, nous concrétisons la définition de "situation d'urgence", avec de facto une obligation de signalement pour chaque citoyen et chaque travailleur social (à l'exclusion de l'avocat de l'accusé). Nous prévoyons également la possibilité d'élargir la possibilité de consultation de l'affaire.
Nous améliorons l'échange et le flux d'informations sur plusieurs fronts. Les informations devraient être échangées plus facilement entre les tribunaux, les zones de police et les services d'aide aux victimes. De cette manière, aucune information n'est perdue lorsque les délinquants et les victimes déménagent et un suivi continu est assuré. Nous améliorons également le partage et le flux d'informations entre le triangle police-justice-assistance en modernisant le **secret professionnel partagé** et en renforçant la concertation de cas prévue à l'article 458ter du Code pénal. La base juridique nécessaire sera fournie à cet effet. Nous mettons ici l'accent sur les informations qu'un travailleur social peut ou doit partager plutôt que sur celles qu'il ne peut pas partager.
Nous renforçons la détection et la sanction effective des auteurs de mutilations génitales féminines, de violences liées à l'honneur et de mariages forcés. Nous sensibilisons les travailleurs de la santé à la possibilité de rompre **le secret professionnel** pour des cas (à risque) de mutilation génitale. » (152-153)

Brève analyse

A part pour la TVA et le secret médical face à l'IA, l'accord Arizona entend lever le secret professionnel vu comme un « obstacle ». Il s'agit de faciliter voire d'obliger le partage d'informations entre acteurs du social-santé et police-justice. Le modèle de la concertation de cas établi dans l'article 458ter du Code Pénal est appelé à s'élargir, cet article ayant été introduit en 2017 après les attentats qui ont frappé Bruxelles. Il s'agissait d'inclure les acteurs sociaux (en particulier dans les CPAS) dans la détection du terrorisme, élargi aux signes de radicalisation. La lutte contre les violences sexuelles ou intrafamiliales justifie, pour le gouvernement fédéral, d'élargir et de renverser dans certains cas l'obligation de se taire en une obligation de parler, en précisant même ce que les travailleurs-ses sociaux *doivent* partager.

A l'heure d'écrire ces lignes, la N-VA a déposé au Parlement fédéral [une proposition de loi](#) visant à modifier l'article 458bis du Code Pénal pour remplacer la possibilité de partager des informations au Parquet en une obligation, ceci au nom de la protection des personnes vulnérables exposées aux violences.

Cette évolution n'est pas neuve mais tend à s'accélérer, et nous pose de graves questions qui rejoignent un cadre plus général de renversement du respect de la confidentialité (le partage des données numériques de santé devient désormais la règle, à moins que le-la patient·e s'y oppose). Nous percevons 3 dangers :

- D'abord, que les données concernant la santé mentale soient incorrectement interprétées et figent les personnes concernées sous certaines étiquettes diagnostiques ;
- Ensuite, que le soin soit détourné vers d'autres objectifs (la rapidité des soins, les économies ou la sécurité) ;
- Enfin et surtout, que cela éloigne de nombreuses personnes des services d'aide et de soins, les gens ayant peur de révéler certains problèmes puisque les intervenant·es psycho-médico-sociaux auraient l'obligation de signaler à la Justice. Un effet pervers serait dès lors que les situations de violences que le gouvernement dit vouloir combattre, passent dans la clandestinité, alors que les services d'aide et de soins pouvaient justement offrir un espace de confiance ouvrant la voie à une fin des violences (et, dans les situations de nécessité, à un signalement).

V. Points supplémentaires

Asile et migration

Un des gros chapitres de l'accord a été accompagné d'annonces dans les médias : le durcissement des procédures et des conditions d'accueil des **personnes en migration**. La volonté du gouvernement est de mener une politique restrictive dans le fil du nouveau Pacte européen sur la migration et l'asile : en diminuant fortement le nombre de places dans les centres d'asile, en supprimant le recours aux hôtels et aux logements via les CPAS, en limitant le matériel distribué dans les centres (« L'accueil doit être sobre, dans le respect de la dignité humaine. » (169)), en retirant les aides accordées pour les limiter au matériel, en modifiant les instances chargées de traiter des recours juridiques, en intensifiant les campagnes de dissuasion, en élargissant les possibilités de mettre fin au séjour et de consulter le contenu des appareils électroniques des demandeurs d'asile, en rajoutant des conditions notamment financières et de langue pour l'octroi de titre de séjour, ...

Le gouvernement, tout en reconnaissant l'accès à l'aide médicale urgente comme « un droit humain auquel même les personnes en séjour illégal ont droit » (180), souhaite que les professions de soin soient cependant sensibilisées pour éliminer les abus.

Ce sont là quelques mesures parmi d'autres, mais on perçoit ici très vite les impacts délétères que cela va entraîner, à la fois sur les conditions de vie et donc la santé mentale de toutes ces personnes, et sur Bruxelles qui concentre à elle seule la moitié des demandeurs d'asile du pays.

Nomenclature

Dans un tout autre registre, le gouvernement entend achever une **réforme de la nomenclature** avec plusieurs objectifs : « assurer une rémunération adéquate pour tous, améliorer l'attractivité de certaines professions confrontées actuellement à d'importantes pénuries et valoriser davantage le temps d'écoute, de communication et de coordination » (111) ; « garantir une sécurité tarifaire au patient » en rendant « le conventionnement suffisamment intéressant pour les prestataires de soins de santé »

(114) ; s'inscrire dans la réforme plus large du financement des hôpitaux que le gouvernement souhaite axer sur la pathologie (111). La réforme intégrée des hôpitaux et de la nomenclature est annoncée pour cette année 2025.

Les questions qui se posent de façon aiguë sont :

- Quelle prise en compte des besoins et réalités extra-hospitalières dans la future nomenclature ?
- La psychiatrie sera-t-elle considérée comme une profession en pénurie ? Rien n'est dit explicitement à ce sujet. Ainsi, le texte annonce un renforcement du rôle des psychiatres dans les soins de santé mentale mais sans évoquer le renforcement de l'offre en psychiatrie.

Prisons et mises en observation

Dans le chapitre Justice, un point concerne l'**évaluation psychiatrique des suspects** et veut renforcer le Centre d'observation clinique en ce sens (156). Ce Centre, basé à la prison de Bruxelles, comporte actuellement une trentaine de lits.

Le problème de la surpopulation est reconnu comme urgent (159) et on connaît l'impact des conditions de détention sur la santé mentale et physique des détenu-es comme du personnel pénitentiaire. Mais pour y répondre, les mesures concrètes annoncées portent principalement sur un nouveau Masterplan censé augmenter encore la capacité carcérale, sur le recours à des constructions modulaires, l'augmentation de certains personnels pénitentiaires, le recours à la surveillance électronique en détention préventive, le renvoi de détenu-es vers d'autres pays, la location de places dans des prisons européennes. Pour certains types de crimes, le gouvernement envisage que les détenus contribuent au coût de leur détention (162).

Les maisons de détention devraient également être davantage déployées, ce qui est une nouvelle positive.

En ce qui concerne les **internés**, le gouvernement entend augmenter le nombre d'institutions sécurisées avec un cadre juridique fixant un statut aux internés dans ces institutions. Là encore, le recours à des bâtiments vides ou des constructions modulaires est envisagé.

Via un accord de coopération entre niveaux de pouvoir, un plan interfédéral de soins médico-légaux devrait être mis en œuvre « organiser l'entrée, le transit et la sortie nécessaires aux personnes hospitalisées d'office, internées ou détenue. » (161) Cela devrait impliquer des services de santé mentale appelés à collaborer aussi avec la police, la justice et les procureurs.

L'accord se réfère à la **nouvelle loi relative à la protection des malades mentaux**, entrée en vigueur ce 1^{er} janvier 2025. Il prévoit des accords de coopération pour « une coopération permanente entre tous les acteurs concernés, tels que les soins de santé mentale, l'aide sociale, la police et la justice. » (161). La loi devrait être évaluée en 2027.

Autres points

Le gouvernement entend élargir « le champ d'application du **MAF** (Maximum à Facture, ndlr) notamment pour les patients psychiatriques de longue durée » (114).

Un seul point concerne la **logopédie** : « Sur la base du rapport du KCE et en concertation avec les logopèdes, nous élaborons un dispositif pour améliorer l'accessibilité des prestations de logopédie via l'assurance soins de santé aux enfants avec un QI faible et aux enfants atteints d'autres troubles dont celui du spectre autistique. » (115) Ceci répond à une polémique en avril 2023 et une recommandation d'acteurs comme Unia et le DGDE. Depuis septembre 2024, le remboursement de soins logopédiques

pour des enfants avec un QI inférieur à 86 est prévu sous conditions. Il reste à voir ce que le fédéral entend améliorer.

Quant à la **psychomotricité**, elle pourrait être reconnue comme profession paramédicale (115).

VI. Quelques commentaires plus généraux

De la lecture de ces éléments et de leur inscription dans le cadre plus large de l'Accord, plusieurs réflexions émergent.

Tout d'abord, l'attention enfin portée à la santé mentale par les autorités fédérales, une attention qui s'inscrit dans un contexte post-COVID. Cependant, cette attention porte au moins 3 limites :

- Elle se focalise, de façon assez naturelle, aux compétences fédérales, évoque des accords à établir avec les entités fédérées mais ne précise jamais le problème des moyens, en particulier pour les entités fédérées qui ont pourtant un rôle à jouer dans la réforme 107.
- Tous-tes les acteurs de terrain insistent sur le sous-investissement structurel en santé mentale. La [résolution votée en 2020](#) au Parlement fédéral n'est pas évoquée.
- La prévention reste trop peu abordée, et la recherche ignorée, alors que ces deux éléments sont cruciaux pour pouvoir améliorer de façon adéquate et durable la santé mentale de la population.

On peut regretter une approche fort centrée sur l'individu, comme dans beaucoup d'autres chapitres de l'accord : l'impact de l'environnement, notamment au niveau socio-économique, sur la santé mentale n'est pas abordé. Or, on sait que les déterminants sociaux et environnementaux influent fortement sur la santé mentale des populations.

Le principal élément qui pose un vrai problème de fond, tient dans le fait que l'accord Arizona accentue la pression sur de nombreux publics déjà vulnérables, privilégie une approche sécuritaire sur certaines problématiques, entend lutter contre la pauvreté mais annonce des mesures qui vont l'accentuer³. Ces politiques annoncées ne sont pas sans effet sur la santé mentale, tant des publics concernés que du reste de la population qui constate une plus grande insécurité et une accentuation des inégalités.

Dans ce contexte, le détournement des objectifs des soins est un risque prégnant, comme nous le soulignons en ce qui concerne la lutte contre les invalidités longue durée, celle contre la toxicomanie, le durcissement des politiques d'asile ou encore les nouvelles brèches annoncées dans le secret professionnel.

Il nous paraît également important de rappeler que l'approche globale de la personne en santé mentale implique de pouvoir situer les symptômes dans une compréhension plus large de ce que vit la personne. Certains troubles très préoccupants peuvent masquer d'autres difficultés qui, si on s'attaque aux seuls symptômes visibles, restent cachées, ce qui entraîne bien souvent l'échec des interventions. Comprendre cette complexité permettrait de mieux calibrer l'encadrement et le financement des soins de santé mentale.

³ Nous renvoyons pour une analyse plus explicite à la [note de la Coalition Santé](#).